



La valutazione cognitiva dell'anziano in medicina generale

Data 14 luglio 2012
Categoria psichiatria_psicologia

Il GPCog (General Practice Cognitive Test) è un valido strumento particolarmente indicato per la valutazione rapida dello stato cognitivo del soggetto anziano nel setting della medicina generale.

La valutazione cognitiva prende in esame le funzioni corticali superiori ed in particolare la attenzione, l'orientamento, la memoria, il linguaggio, le funzioni esecutive (ossia la programmazione delle attività) e le funzioni prassiche (ovvero la successione delle attività).

La valutazione dello stato cognitivo dovrebbe essere effettuata sistematicamente nell'anziano in quanto esso influenza le prestazioni funzionali e quindi lo stato di salute del soggetto.(1)

Un recente articolo del British Medical Journal prende in esame le funzioni cognitive dell'anziano e propone una scala di valutazione semplice e facilmente utilizzabile nel contesto delle cure domiciliari. (2)

Le affezioni che più comunemente comportano problemi cognitivi nell'anziano sono la demenza, la depressione e gli stadi deliranti.

La demenza interessa il 20% della popolazione sopra gli 80 anni, il delirio può colpire fino al 50% degli anziani ricoverati e gli episodi depressivi maggiori colpiscono ogni anno fino al 30% degli ultra 70enni.(3)

Si definisce **demenza** una sindrome clinica caratterizzata da difficoltà di memoria, disturbi del linguaggio, modificazioni psicologiche e comportamentali e talora sintomi psichiatrici, difficoltà di vario grado nella esecuzione delle attività quotidiane.

Per **depressione** si intende un disturbo psichico caratterizzato da abbassamento del tono dell'umore, perdita di interesse e di piacere nelle attività (anedonia), scarsa cura di sé, perdita di speranza per il futuro, pensieri tristi che possono talora giungere fino a desideri di morte.

Per **delirio** si intende una variazione rapida dello stato di coscienza con agitazione o sonnolenza, scarsa capacità di mantenere la attenzione e di interagire con l'ambiente, ideazione e linguaggio incoerente: esso generalmente insorge in pazienti con precedente deficit cognitivo che incorrano in episodi febbrili, si sottopongano a particolari stress (ricoveri, interventi chirurgici) od assumano farmaci psico-attivi.

La distinzione tra i diversi quadri è molto importante in quanto sia lo stato delirante che la depressione possono essere efficacemente curati con ripristino dello stato psichico-cognitivo antecedente.

Il medico di famiglia è nelle migliori condizioni per sospettare un deficit cognitivo, in quanto conosce da tempo il paziente ed il suo livello culturale ed intellettuale e può facilmente riscontrare una variazione delle prestazioni cognitive in un arco di tempo.

Come effettuare la valutazione cognitiva dell'anziano in medicina generale

Le prime, più importanti indicazioni ci giungono, come sempre, dalla osservazione diretta, che dovrebbe essere nel contempo minuziosa, accurata e discreta, in quanto i primi segni di declino cognitivo possono essere sottovalutati dai familiari che possono considerarli segni del procedere del tempo e "compensarli" all'interno del nucleo familiare, adattando la organizzazione della vita familiare al declino dell'anziano.

La attenzione del medico andrà focalizzata sul modo di presentarsi del paziente, sul suo modo di vestire, sulla cura di sé: il medico di famiglia è spesso in grado di cogliere il variare di queste caratteristiche in un arco di tempo e di sospettare un declino cognitivo.

Dalla fase di osservazione è opportuno passare ad una discussione aperta, senza toni inquisitori, ove il medico deve verificare se vi siano stati mutamenti nella vita quotidiana: forse il paziente dimentica scadenze ed appuntamenti, non ritrova oggetti riposti in sedi inusuali, smarrisce soldi o documenti, è soggetto ad infortuni domestici.

Si invita il paziente a parlare liberamente e si valuta tanto il contenuto quanto la organizzazione del discorso: con tatto e gradualità si devono ricercare disturbi della memoria, specie quella anterograda più precocemente compromessa, ma anche la memoria semantica (significato delle parole) e la fluenza verbale.

Il modo di esprimersi del paziente può essere poco chiaro, incoerente, interrotto da pause legate ad anomalie e coperte con parole "passe partout" o da frasi fatte: può avvenire che il paziente perda più volte il filo del discorso e non ricordi più né l'argomento né il contesto.

Se clinicamente riscontriamo anomalie di questo tipo possiamo formulare una diagnosi di declino cognitivo e passare ad una valutazione del grado di declino e ad una diagnostica differenziale sulle cause.

Un importante supporto al medico viene fornito da alcuni test di valutazione molto affidabili ma che debbono sempre essere utilizzati a complemento della indagine clinica e non in sostituzione di essa.

I Test di valutazione cognitiva nella medicina pratica

Il test più usato e più ampiamente convalidato nel mondo occidentale è il Mini-Mental State Examination che tuttavia richiede una quantità di tempo non sempre disponibile nella medicina pratica ed è inoltre stato recentemente coperto da un brevetto che ne limita le condizioni d'uso.

Un'importante novità ci viene dai colleghi australiani che hanno creato e validato un test molto semplice che ha una sensibilità e specificità diagnostiche (85% ed 86% rispettivamente) che sono raffrontabili con quelle del Mini-Mental, pur richiedendo meno di 4 minuti per il paziente e circa 2 minuti per il care giver; si tratta del GPCog (General Practice



Cognitive Test) : date le sue caratteristiche favorevoli esso si è diffuso largamente nei paesi a lingua e cultura inglese.(4)

Qui è riporta la versione italiana:

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/download.asp?dl=364>

Quando il medico, sulla base della valutazione clinica e dei dati forniti dal GPCog formula diagnosi di demenza deve anzitutto escludere che si tratti di una forma depressiva o di uno stato delirante e quindi ricercare accuratamente le forme di demenza secondaria, specie quelle correggibili (cause ormonali, neoplasie cerebrali benigne ecc).

Accertata la presenza di una demenza non secondaria vanno distinte mediante la indagine clinica, la diagnostica per immagini e la consulenza specialistica, le forme di Alzheimer (50% circa) , le forme Vascolari (25% circa), le forme miste, le demenze con corpi di Lewy (15% circa) e le forme meno comuni (demenze fronto-temporali, forme sottocorticali, ad es. secondarie a m. di Parkinson ecc.).(5) (6)

La valutazione delle ipotesi diagnostiche fino alla diagnosi di ragionevole certezza può essere efficacemente riassunta in un semplice schema.

[b]Tab.2 Dal Riscontro del Deficit Cognitivo alla Diagnosi di Demenza[/b]

- 1) Accertare mediante valutazione clinica e test appropriato la presenza di un Deficit Cognitivo
- 2) Escludere che il Deficit Cognitivo sia secondario a Depressione od a Stato Delirante
- 3) Porre diagnosi di forma di demenza
- 4) Escludere tutte le forme secondarie a cause internistiche ed a lesioni cranio-cerebrali
- 5) Distinguere mediante la indagine clinica, la diagnostica per immagini e la consulenza specialistica, le varie forme:
 - a) Alzheimer
 - b) Forme Vascolari e miste
 - c) Demenze con corpi di Lewy
 - d) Forme meno comuni (demenze fronto-temporali, forme sottocorticali ecc)

Conclusioni

Nessun medico pone in discussione la importanza della rilevazione della pressione arteriosa nel corso di una visita medica di un anziano.

La valutazione cognitiva non è meno importante in quanto un declino cognitivo comporta sempre una menomazione funzionale ed il grado di menomazione funzionale aumenta il rischio di complicanze e diminuisce la sopravvivenza (1).

Se ricordiamo come con l'invecchiamento della popolazione stia aumentando in maniera considerevole il numero di pazienti affetti da demenza(7) è essenziale che il medico ed in particolare quello di medicina generale acquisiscano una particolare sensibilità al problema, effettuino sistematicamente un' accurata indagine clinica dello stato cognitivo del paziente e sappiano utilizzare strumenti semplici ma efficaci quale il GPCog che potrebbe a buon diritto trovare uno spazio nella pratica quotidiana di ogni medico.

Riccardo De Gobbi

Bibliografia

1. Cooper R et Al.: Objectively measured physical capability levels and mortality: systematic review and meta analysis. BMJ 2010;341:c4467
2. Young J et Al.: Cognitive Assessment in older people. BMJ 2011; 343:d5042
3. Alexopoulos GS: Depression in the elderly. Lancet 2005; 365:1961
4. Brodaty H et Al.: What Is the Best Dementia Screening Instrument for General Practitioners to Use? JAGS 2002; 50:530
5. Burns A et Al.: Dementia. BMJ 2009; 338:b75
6. Burns A et Al.: Alzheimer's disease. BMJ 2009; 338:b158
7. Ferri CP et Al.: Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005;336:2112