

Supporti bibliografici selezionati dal Prof. Gianfranco Salvioli

La valutazione delle IADL può segnalare la presenza di problemi cognitivi nell'anziano?

È noto che IADL (instrumental activities of daily living) valutate nel tempo rappresentano uno strumento indicativo di declino funzionale e mentale legato all'età o a patologie associate all'invecchiamento; la compromissione delle funzioni esecutive, in particolare, contribuisce alla riduzione della capacità a svolgere le attività strumentali della vita quotidiana (J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2007; 19: 249); queste attività elencate più avanti consentono vita autonoma nella comunità e rappresentano un riferimento anche per individuare di quali servizi necessita il paziente anziano per rimanere autonomo (vedi figura sotto).

Basic Self Care	Intermediate Self Care	Complex Self Management
Toileting (ADL)	Bathing (ADL)	Handling Money (IADL)
Dressing (ADL)	Walking (ADL)	Phone Use (IADL)
Eating (ADL)	Housework (IADL)	Self-medicating (IADL)
Transferring (ADL)	Meal Prep (IADL)	
Grooming (ADL)	Shopping (IADL)	
	Walking Outside (IADL)	

Il carico assistenziale è più dettagliatamente e precisamente determinabile utilizzando lo strumento RUG-III (resources utilization groups) che richiede l'esecuzione della valutazione multidimensionale geriatrica http://www.unife.it/master/emss/documenti-e-file/materiale-viii-edizione/documenti-e-file/drg_art3.pdf, strumento fondamentale per la corretta assistenza agli anziani.

Ritornando alle IADL va ricordato che la buona qualità di vita, il livello educativo elevato, l'attività fisica e la conoscenza dell'informatica rappresentano fattori modificabili che riducono l'incidenza della compromissione delle varie attività (JAGS 2014; 62:1630).

Nel corso dell'invecchiamento si assiste al progressivo deterioramento delle attività previste nella scala IADL con modalità, però, non uniformi e spesso asimmetriche; per le IADL si parla di "stepping stone towards Alzheimer's disease diagnosis in participants with mild cognitive impairment" (Acta Neurol Scand Suppl 2003; 179: 42-46). È consolidata l'iniziativa Medicare (negli USA) della AWW o Annual Wellness Visit prevista per chi compie i 65 anni; l'obiettivo dell'accertamento è prevalentemente preventivo; si veda per informazioni più dettagliate il sito <http://cms.crosstechpartners.com/Client/MPCA/FilesStage/Medicare%20Annual%20Wellness%20Visits.pdf>. In Italia non si fa nulla di simile; al compimento dei 65 anni chi scrive ricevette una tessera dal Comune per l'ingresso ai cinema al pomeriggio a costo ridotto; dal Medico di famiglia invece non ricevetti alcun segnale o raccomandazione! Un sistema sanitario universalistico ed equo come quello italiano dovrebbe prevedere che ogni cittadino che invecchia sia oggetto di questa valutazione (IADL) estremamente economica da parte del medico curante. Di certo non è così. I test più semplici, come appunto la compilazione delle IADL e la misurazione della velocità del cammino (di cui già si è parlato), rimangono enunciazioni in quanto la pratica quotidiana (cure primarie) è spesso povera e carente da questo punto di vista. La medicina accademica in questi ultimi decenni continua ad insistere (a torto) sull'ospedale come sede formativa fondamentale anche per la Geriatria; non si deve dimenticare che la maggior parte delle consultazioni mediche per le persone anziane avvengono nell'ambito delle cure primarie.

La capacità di eseguire correttamente gli items previsti nelle IADL richiede complessa organizzazione neuropsicologica regolata dalle funzioni cognitive; sono soprattutto le funzioni esecutive ad essere coinvolte. Il punteggio totale della scala IADL non è forse il dato unico e più

rilevante; applicando la *item response theory* è stato valutato, di ogni item delle IADL, la sua difficoltà e anche il potere discriminativo in termini diagnostici: si è stabilito che fare spesa e telefonare rappresentano i due item in possesso del più elevato potere discriminativo utilizzabile in clinica come facile screening di performance cognitive (A&A 2014; 43:491-5); anche altri autori hanno individuato nel telefonare, assumere farmaci e maneggiare denaro le IADL “cognitive”.

Poiché le IADL hanno il difetto di fornire un risultato complessivo con un *ceiling effect* molto netto, si è proposto una IADL estesa con 9 items; nella realtà si continua ad utilizzare la scala tradizionale non raramente distorta. Di seguito si tenta di fornirne una versione corretta da utilizzare anche nella pratica clinica, che prevede 8 item con punteggio tricotomico per consentire una maggior variabilità del punteggio dei singoli item e anche di quello globale

Scala di LAWTON (IADL) per le attività strumentali della vita quotidiana*

Attività		Punteggio†
Potete preparare il vostro pasto	senza aiuto,	2
	con un po' di aiuto, o	1
	siete completamente incapaci a preparare qualunque cibo?	0
Potete fare i vostri lavori di casa o un lavoro manuale	senza aiuto,	2
	con un po' di aiuto, o	1
	siete completamente incapaci di fare qualunque lavoro di casa?	0
Potete farvi il vostro bucato	senza aiuto,	2
	con qualche aiuto, o	1
	siete completamente incapaci di fare qualsiasi bucato?	0
Sapete o potete prendere i farmaci prescritti	senza aiuto (cioè, la dose giusta al momento giusto),	2
	con qualche aiuto (cioè, qualcuno prepara il farmaco e/o vi ricorda di prenderlo), o	1
	siete completamente incapaci di prendere i farmaci prescritti senza aiuto?	0
Vi potete spostare per lunghe distanze	senza aiuto,	2
	con qualche aiuto, o	1
	siete completamente incapaci di viaggiare senza che siano presi degli accorgimenti speciali?	0
Potete andare a fare degli acquisti al mercato alimentare	senza aiuto,	2
	con qualche aiuto, o	1
	siete completamente incapaci di fare qualunque tipo di acquisti?	0
Potete gestire i vostri soldi	senza aiuto,	2

	con qualche aiuto, o	1
	siete completamente incapaci di gestire il denaro?	0
Potete servirvi del telefono	senza aiuto,	2
	con qualche aiuto, o	1
	siete completamente incapaci di utilizzare il telefono?	0
*Alcune domande possono essere specifiche per un determinato sesso e possono essere modificate dall' intervistatore.		
† Il massimo punteggio è 16		

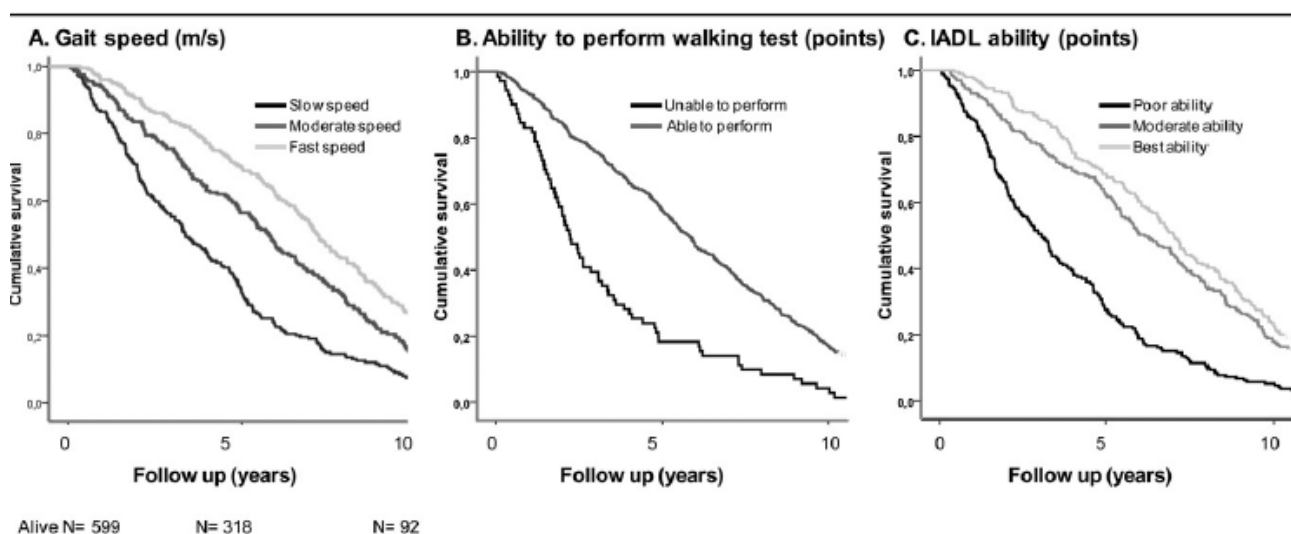
Per conferire competenze ai futuri Medici serve un insegnamento pratico agli studenti che comprenda anche le IADL e le ADL: il loro risultato fornisce infatti indicazioni su possibili condizioni associate anche in rapporto all'età del paziente; nella tabella che segue sono riportate alcune di queste associazioni con eventuali suggerimenti.

Some trends between questionnaire-based IADL tasks and cognitive variables in MCI and community-dwelling older adults

<i>IADL task</i>	<i>Associated variable</i>
Overall IADL enactment	General cognitive functioning, clinical/demographic variables, executive function, memory, verbal learning, motor skills, psychomotor speed
Overall IADL enactment (in the "old-old")	Pure motor function (more so than cognitive function)
Overall IADL enactment (questionnaire- based more than performance)	Phonemic fluency (initiation, response generation)
Socialization	Memory, source memory
Finances	Inhibition, processing speed, memory
Difficulty managing finances	Future decline (e.g., conversion to dementia)
Transportation (driving)	TMT-B
Medication use & household activities	Prospective and temporal order memory
Future IADL decline	Decline in executive function independently, and with memory

Note. IADL = instrumental activities of daily living; MCI = mild cognitive impairment; TMT-B = Trail Making Test-B.

Come la velocità del cammino, anche le IADL rappresentano non solo un parametro utile alla diagnosi, ma anche alla prognosi: la loro compromissione è indice prognostico di mortalità a 2 anni in una popolazione di oldest-old (Am J Med 2012; 125: 1188-94- figura che segue).

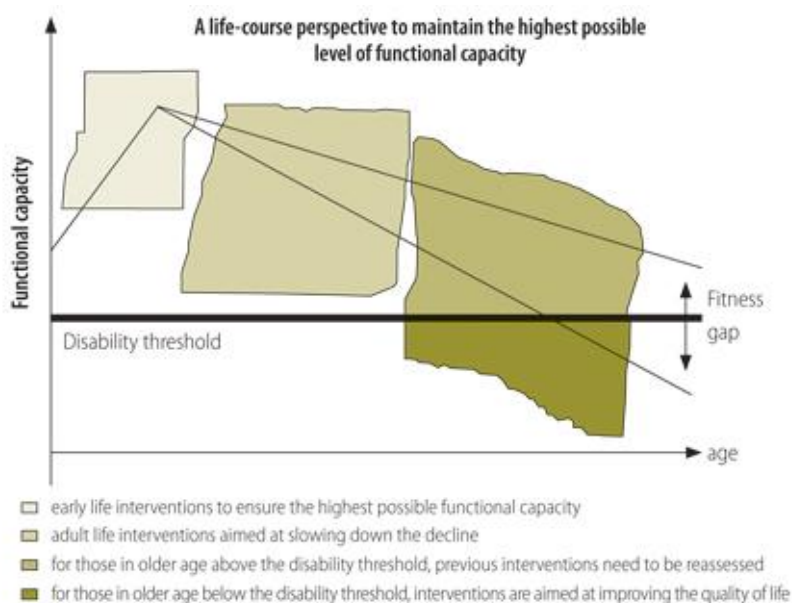


Quindi, semplici domande riguardanti le capacità funzionali (che possono essere confermate dal caregiver) aiutano a distinguere fra un anziano "normale" e uno affetto da MCI ; inoltre può indicare un trend verso la compromissione cognitiva se le valutazioni sono eseguite con regolarità nel tempo.

Invece, nella pratica quotidiana maggiore è la consuetudine a ricorrere agli esami di laboratorio

che soddisfano di più il paziente e i parenti; negli oldest-old le modificazioni di 7 esami di laboratorio (HDL-C, omocisteina, proteina C reattiva, emoglobina, creatinina, albumina e transaminasi) predicono la mortalità con la stessa attendibilità della velocità del cammino e delle IADL (PLOS ONE 2012;8:e58050). È evidente che il costo di questi accertamenti è elevato rispetto alla compilazione delle IADL.

Le IADL servono ad indagare la velocità dei processi che portano a disabilità più o meno importante (*disablement process*); l'andamento di solito è lento, descrivibile con traiettorie di funzioni, con transizioni fra stati funzionali diversi influenzati non solo dall'invecchiamento e dalle eventuali patologie, ma anche dalla partecipazione dell'anziano, dalla qualità dell'ambiente di vita più o meno "protesico". La valutazione nel tempo delle IADL e di un questionario che indaga le condizioni generali del benessere come, per esempio, il GHQ-12 (<http://sacsuniag.altervista.org/alterpages/files/QuestionariosulBenesseregenerale..pdf>) consentirebbe di monitorare le condizioni dell'anziano che diventa sempre più vecchio; i parametri potrebbero/dovrebbero essere riportati sul fascicolo sanitario elettronico (<https://www.fascicolo-sanitario.it/cittadino/login>) che ormai è a disposizione di tutti gli utenti del servizio sanitario online e che dovrebbe essere attivato dal cittadino consigliato dal proprio medico di famiglia; si creano così i presupposti per realizzare una banca dati sugli aspetti elementari dell'invecchiamento (big data) che sono ancora persistentemente ignorati, necessari per affrontare con misure preventive i problemi emergenti.



Ma la sanità pubblica continua ad essere senza iniziative da questo punto di vista.

Il **disablement process** (J Gerontol 1996; 51: M123) dovrebbe essere valutato anche nei trials di ricerca per dimostrare la capacità dei trattamenti ad influenzare positivamente le prestazioni fisiche, mentali ed emozionali dei pazienti trattati. È questo un obiettivo per il futuro dal momento che gli interventi di solito centrati sulle patologie specifiche dovrebbero essere in grado di ritardare il raggiungimento della soglia della disabilità come illustrato nella figura della WHO (vedi sopra) ; in genere gli interventi sono tardivi e pertanto di modesta efficacia. Mantenere l'autosufficienza degli anziani è obiettivo di una buona società e di una sanità consapevole e partecipata: servono valutazioni e misurazioni sulla popolazione che per ora mancano perché non rientrano fra gli obiettivi primari della sanità. Come esempio si cita l'*Older Americans Independence Centers* <http://www.nia.nih.gov/research/dgcg/claude-d-pepper-older-american-independence-centers-oaics> che ha come obiettivo il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza degli anziani: in Italia non c'è nulla di simile.

Anche la Psicogeriatría dovrebbe contribuire a questo fondamentale obiettivo; l'attenzione per le IADL e la sua compilazione periodica sono rilevanti non solo come supporto diagnostico nel settore della cognitivtà, ma anche per acquisire elementi utili alla prevenzione della disabilità dell'anziano.

È augurabile che la valutazione delle IADL sia inserita anche nella cartella clinica informatizzata di cui tanto si parla, ma che risulta ancora scarsamente implementata nonostante la sua utilità (JAGS

2014; 62:865).