

CENTRO STUDI FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI

1° Congresso SIRAS

Le Frontiere della Riabilitazione Multispecialistica

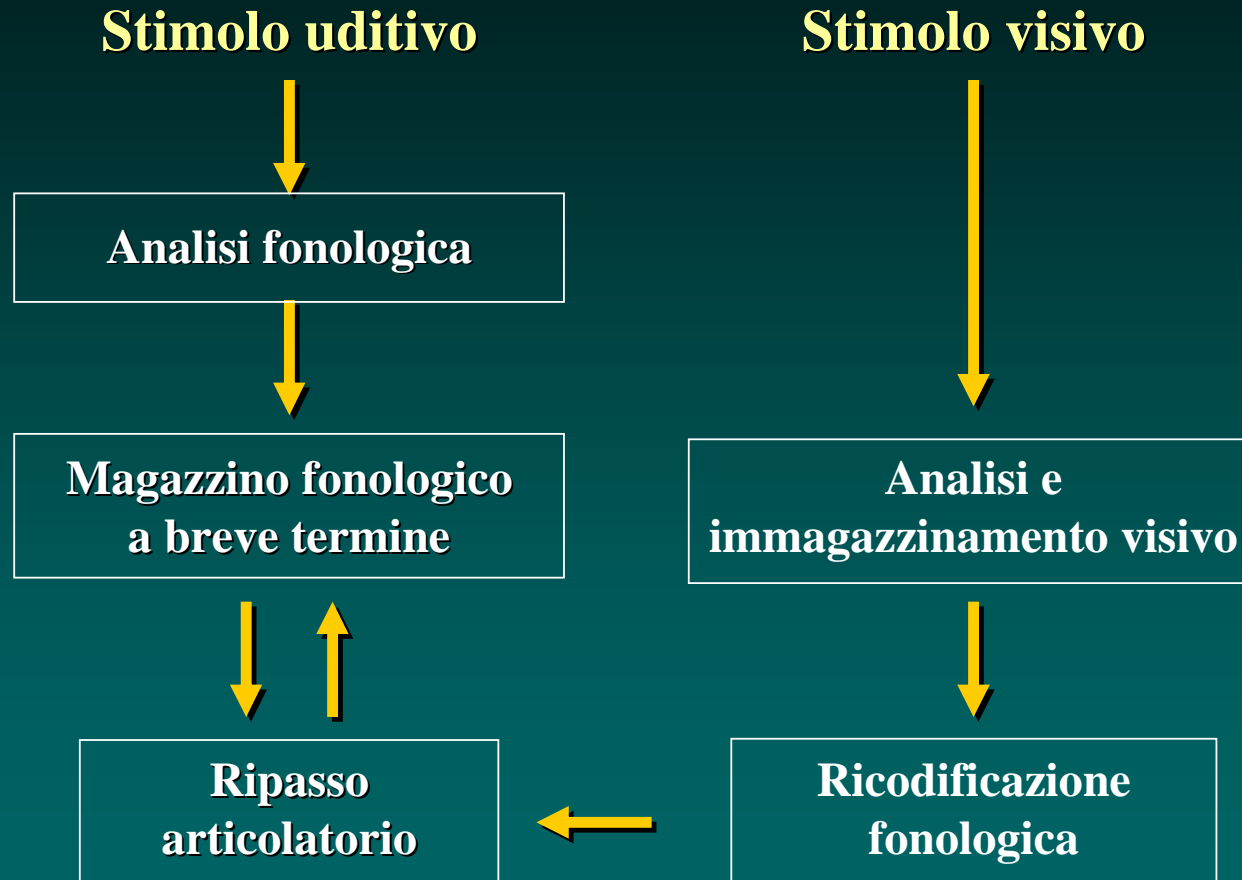
Il ruolo del neuropsicologo nella gestione delle gravi cerebrolesioni acquisite e delle demenze

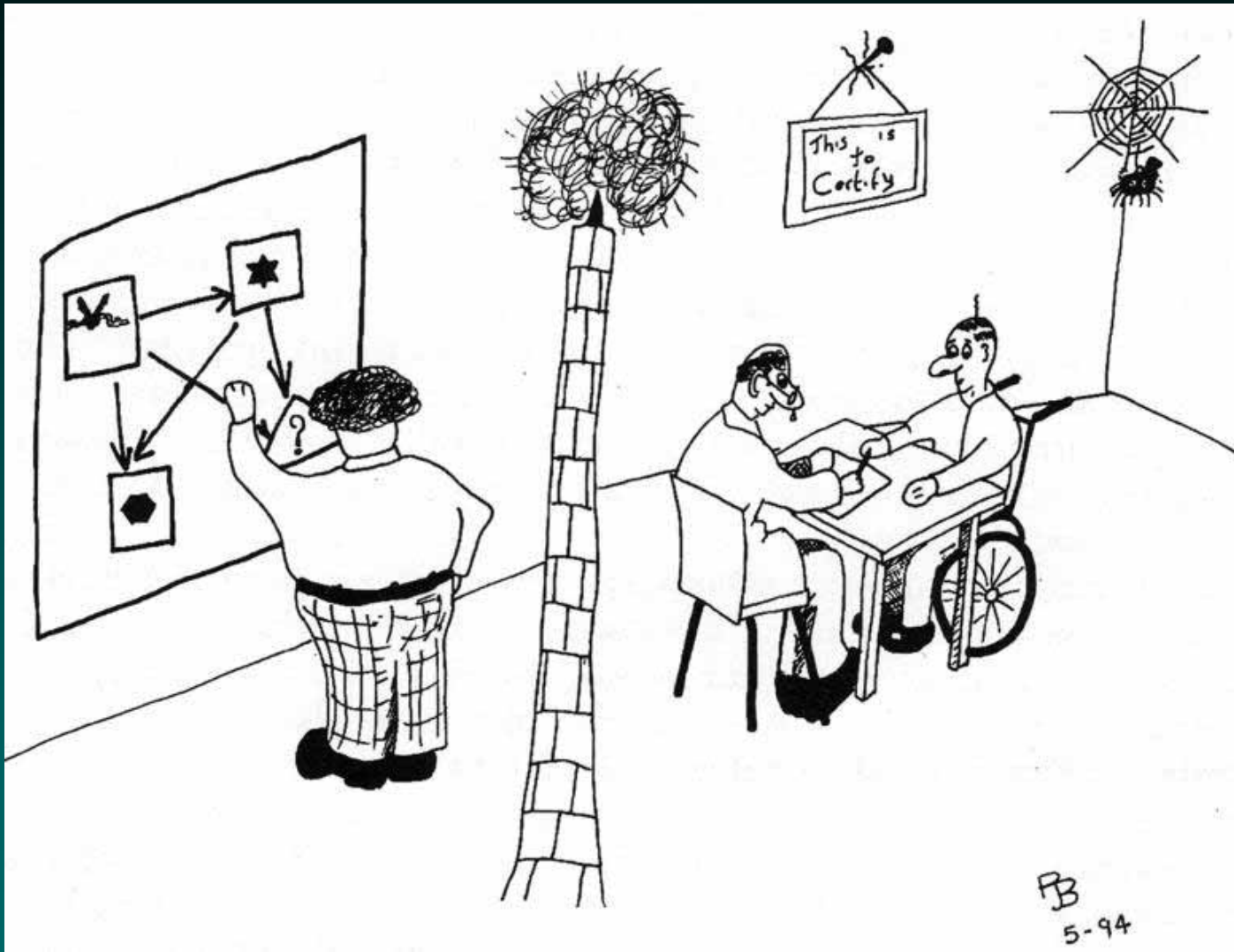


Clelia Marchetti

*Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS,
Istituto Scientifico di Veruno – Servizio di Neuropsicologia - Divisione di Neurologia Riabilitativa*

Modello della MBT verbale





Valutazione neuropsicologica del traumatizzato cranico: problematicità

Il paziente traumatizzato presenta un quadro complesso, “diffuso”, dovuto al contemporaneo coinvolgimento di più aree cerebrali.

Valutazione neuropsicologica del traumatizzato cranico: problematicità

Uno dei principali disturbi che costituiscono l'esito di un grave trauma cranico è quello comportamentale, mal misurabile ed inquadrabile dal punto di vista psicometrico.

Valutazione neuropsicologica del traumatizzato cranico: problematicità

I disturbi comportamentali della serie frontale possono alterare la prestazione a test che valutano altre abilità ed inficiare quindi il giudizio che possiamo farci del quadro cognitivo del paziente.

Valutazione neuropsicologica del traumatizzato cranico: problematicità

I test neuropsicologici possono non essere una misura fedele dei progressi che un paziente ottiene durante il trattamento riabilitativo.

La finalità del trattamento riabilitativo non è certo il miglioramento del punteggio ad un test neuropsicologico ma un miglioramento globale che porti il paziente ad una riduzione dell'handicap sociale conseguente alla disabilità cognitiva

“the fact that much of what goes on in rehabilitation is never evaluated had led some people to question the usefulness of rehabilitation in general”

Barbara Wilson

Valutazione neuropsicologica del traumatizzato cranico: vantaggi

Mediante la valutazione testistica si può cercare di dimostrare la specificità di un dato trattamento, di analizzarne il rapporto costi/benefici, di confrontarlo con altri trattamenti potenzialmente efficaci.

Valutazione neuropsicologica del traumatizzato cranico: vantaggi

La valutazione psicometrica permette di chiarire le caratteristiche e la consistenza dei deficit cognitivi e, parallelamente, di evidenziare i “punti forti” del paziente a cui si può ancorare il lavoro riabilitativo.

Valutazione neuropsicologica del traumatizzato cranico: vantaggi

La valutazione psicometrica qualificando e quantificando se non tutti, almeno alcuni dei deficit che il paziente presenta ci permette di seguirne l'evoluzione nel tempo.

Valutazione neuropsicologica del traumatizzato cranico: vantaggi

La valutazione neuropsicologica permette di rilevare quei deficit (aprassia ideomotoria, eminegligenza spaziale, anosognosia) che potrebbero portare ad una mancata aderenza al trattamento riabilitativo non solo dei disturbi cognitivi ma anche di quelli motori.

La valutazione neuropsicologica si occupa di investigare le funzioni cognitive superiori per rilevare eventuali deficit, conseguenti a lesione focale o diffusa del sistema nervoso centrale, che interessino la memoria, l'attenzione, l'intelligenza, il linguaggio, la percezione visiva, la discriminazione spaziale, l'organizzazione del gesto, il riconoscimento di fisionomie, di emozioni ecc.

La principale finalità clinica dell'assessment neuropsicologico è quella di studiare le prestazioni cognitive di un soggetto ed accertare se queste possano essere considerate normali o, nel caso non lo siano, se il profilo dei deficit cognitivi sia consistente con una patologia neuropsicologica nota.

Strumenti diagnostici

Anamnesi familiare e patologica

Esame obiettivo generale

Esame obiettivo neurologico

Esami di laboratorio

Test neuropsicologici

Esami neuroradiologici

Ipotesi diagnostica “Sindromica”

E' presente un decadimento cognitivo?

Ipotesi diagnostica “Nosografica”

Che tipo di decadimento cognitivo?

Procedimento Diagnostico

“a cascata”

- Raccolta anamnestica
- Valutazione neuropsicologica di screening
- Valutazione analitica delle funzioni cognitive



Ipotesi Sindromica

- Visita neurologia
- Esami di laboratorio (FT3, FT4, TSH, vit.B12, acido folico, sierologia della lue)
- Esami strumentali (TAC o RMN encefalo)



- Sintesi diagnostica



Ipotesi Nosografica

Test di screening

VANTAGGI

- sono brevi, facili da usare anche da non specialisti
- il punteggio totale permette un giudizio globale sulla presenza o meno di decadimento cognitivo

SVANTAGGI

- alto numero di falsi negativi
- impossibilità di suggerire il sospetto di deficit selettivi
- pressochè costante “ceiling effect” nei normali

- **Esame dello stato mentale breve e strutturato (orientamento, memoria, attenzione, denominazione, prassia, comprensione, concentrazione)**
- **Da 0 a 30 punti**
- **Punteggio più basso = maggiore compromissione**

Nome _____ Et  _____ Scol _____ Data _____

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

In che anno siamo ?
In che stagione siamo ?
In che mese siamo ?
Mi dica la data di oggi
Che giorno della settimana � oggi
Mi dica in che nazione siamo
In quale regione siamo
In quale citt� ci troviamo
Mi dica il nome del luogo dove ci troviamo
A che piano siamo
Far ripetere " pane, casa, gatto"
La prima ripetizione da adito al punteggio
Ripetere finch� il soggetto esegue correttamente (max 6 volte)
Far contare a ritroso da 100 togliendo 7 per 5 volte 93 86 79 72 65
Se non compila questa prova , far sillabare all'indietro la parola MONDO O D N O M
Chiedere la ripetizione dei 3 soggetti precedenti. Attribuire un punto per ogni risposta corretta
Identificare una matita e un orologio (2punti)
Ripetere la frase " TIGRE CONTRO TIGRE " (1 punto)
Prenda questo foglio con la mano destra , lo pieghi a met� e lo butti per terra (3 punti)
Legga (presentare lo stampato) ed esegua quanto scritto su questo foglio "Chiuda gli occhi" (1 punto)
Scriva una frase (soggetto e verbo) (1 punto)
Copi un disegno (1 punto)

TABELLA DI CORREZIONE

ETA' Scolarit�	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
0-4	+ 0.4	+ 0.7	+ 1.0	+ 1.5	+ 2.2
5-7	-1.1	- 0.7	-0.3	+ 0.4	+ 1.4
8-12	-2.0	- 1.6	- 1.0	- 0.3	+ 0.8
13-17	- 2.8	-2.3	-1.7	- 0.9	+ 0.3

Punteggio grezzo (0 - 30) _____ Punteggio corretto _____

M.O.D.A. Milan Overall Dementia Assessment

I Sezione orientamenti

Test di orientamento Temporale	_ / 10
Test di Orientamento Spaziale	_ / 3
Test di Orientamento Personale	_ / 10
Test di Orientamento Familiare	_ / 12
TOTALE	_ / 35

II Sezione autonomia nel quotidiano

Scala di Autonomia	TOTALE	_ / 15
--------------------	---------------	---------------

III Sezione test neuropsicologici

Apprendimento Reversal	_ / 5
Test Attenzionale	_ / 10
Intelligenza Verbale	_ / 6
Raccontino	_ / 8
Test di Produzione di Parole	_ / 5
Test dei Gettoni	_ / 5
Agnosia Digitale	_ / 5
Aprassia Costruttiva	_ / 3
Street's Completion Test	_ / 3
TOTALE	_ / 50

Punteggio totale MODA **_ / 100**

Valutazione Neuropsicologica

M.O.D.A. 92.8/100
P.E.

MEMORIA

Memoria episodica

- Span per parole bisillabiche (0-10) 1
- Memoria di prosa (0-75.5) 0
- Apprend. verbale (0-180) 0
- Span spaziale (0-10) 1
- Apprend. spaziale (0-29.16) 0

Memoria semantica

- Fluenza semantica (0-inf) 2
- Mappa d'italia (0-15) 2

FUNZIONI DI CONTROLLO

Attenzione

- Digit Cancellation test (0-50) 2

Intelligenza

- Matrici di Raven (0-36) 2
- Test di Weigl (0-15) 4

FUNZIONI STRUMENTALI

Linguaggio

- Token test (0-36) 4
- Denominazione (0-32) 4

Gesto

- Aprassia ideomotoria (0-72) 4

Cognizione spaziale

- Aprassia costruttiva (0-14) 4
- Segmenti inclinati (0-30) 2

Percezione visiva

- Discriminazione di segmenti (0-32) 3
- Riconoscimento fisionomie (0-54) 4

Il giudizio di “normalità” di una prestazione testistica è statistico e permette solo di affermare che la prestazione del paziente non è diversa da quella della popolazione di riferimento.

Il rilievo di un punteggio “patologico” permette solo di affermare che la prestazione in esame è più vicina al valore centrale di una popolazione patologica che a quella centrale della popolazione normale.

Variabili che possono influenzare la prestazione ai test

Variabili ben definite

- età
- scolarità
- sesso

Variabili non ben definite

- affaticabilità
- stato emotivo
- abitudine a compiti similscolastici

Matrici di attenzione: tabelle di correzione

Maschi		ETA'	25	35	45	55	65	75	85	95
Scolarità	3	-2.5	-1.2	0.2	1.8	3.6	5.6	8.1	11.7	
	5	-5.3	-3.9	-2.5	-0.9	0.8	2.8	5.3	9.0	
	8	-7.8	-6.5	-5.0	-3.5	-1.7	0.3	2.8	6.4	
	13	-10.4	-9.1	-7.6	-6.1	-4.3	-2.3	0.2	3.8	
	17	-11.8	-10.5	-9.1	-7.5	-5.8	-3.7	-1.2	2.4	

Femmine		ETA'	25	35	45	55	65	75	85	95
Scolarità	3	-0.1	1.2	2.7	4.2	6.0	8.0	10.5	14.1	
	5	-2.8	-1.5	-0.1	1.5	3.2	5.3	7.8	11.4	
	8	-5.4	-4.0	-2.6	-1.0	0.7	2.7	5.2	8.9	
	13	-8.0	-6.6	-5.2	-3.6	-1.9	0.1	2.6	6.2	
	17	-9.4	-8.1	-6.7	-5.1	-3.3	-1.3	1.2	4.8	

Punteggi

originari	equivalenti
0 - 23.9	0
24 - 29.8	1
29.9 - 36.2	2
36.3 - 40.4	3
40.5 - 50	4

Valutazione Neuropsicologica

M.O.D.A.	1° Valutazione		2° Valutazione dopo 8 mesi		3° Valutazione dopo 18 mesi	
	95/100 P. O. P.E.		92.6/100 P.E.		92.8/100 P.E.	
MEMORIA						
<i>Memoria episodica</i>						
- Span per parole bisillabiche (0-10)	3	1	1	1	1	1
- Memoria di prosa (0-75.5)	16	1	0	0	0	0
- Apprend. verbale (0-180)	46	1	1	1	0	0
- Span spaziale (0-10)	5	4	2	2	1	1
- Apprend. spaziale (0-29.16)	7.15	1	0	0	0	0
<i>Memoria semantica</i>						
- Fluenza semantica (0-inf)	11	2	3	3	2	2
- Mappa d'italia (0-15)	12	3	2	2	2	2
FUNZIONI DI CONTROLLO						
<i>Attenzione</i>						
- Digit Cancellation test (0-50)	26	2	2	2	2	2
<i>Intelligenza</i>						
- Matrici di Raven (0-36)	15	2	3	3	2	2
- Test di Weigl (0-15)	10	4	4	4	4	4
FUNZIONI STRUMENTALI						
<i>Linguaggio</i>						
- Token test (0-36)	29.5	4	4	4	4	4
- Denominazione (0-32)	31	4	4	4	4	4
<i>Gesto</i>						
- Aprassia ideomotoria (0-72)	70	4	4	4	4	4
<i>Cognizione spaziale</i>						
- Aprassia costruttiva (0-14)	14	4	4	4	4	4
- Segmenti inclinati (0-30)	17	2			2	2
<i>Percezione visiva</i>						
- Discriminazione di segmenti (0-32)	25	3	3	3	3	3
- Riconoscimento fisionomie (0-54)	39	3	3	3	4	4