

L'NTG-Early Detection Screen for Dementia (Screening precoce per la Demenza), adattato dal *DSQIID, può essere utilizzato per lo screening precoce degli adulti con disabilità intellettive che si sospetta possano avere, o mostrare, i primi segni di un decadimento cognitivo lieve o di una demenza. L'NTG-EDSD non è uno strumento diagnostico, ma una scheda che può essere utilizzata dai caregiver professionali e familiari per prendere nota del declino funzionale o dei problemi di salute e registrare informazioni utili per ulteriori valutazioni. Può servire come parte della obbligatoria valutazione cognitiva che fa parte della visita annuale prevista dal servizio sanitario USA e dalle visite di routine presso il medico di base. Si suggerisce che tale strumento sia utilizzato su base annuale per gli adulti con sindrome di Down a partire dai 40 anni e con altre le persone con disabilità intellettiva o dello sviluppo a rischio, se si sospetta ci sia una modifica delle capacità cognitive.

Il modulo può essere compilato da chiunque abbia familiarità con l'adulto (che deve essere conosciuto da più di sei mesi), come ad esempio un membro della famiglia, caregiver professionale o uno specialista del comportamento o della salute utilizzando le informazioni derivate da osservazione o da dati personali dell'adulto.

Il tempo stimato necessario per completare questo modulo varia tra i 15 ei 60 minuti. Alcune informazioni possono essere tratte dalla cartella clinica dell'individuo. Consultare il manuale NTG-EDSD-I per ulteriori istruzioni (www.aadmd.org/ntg/screening o www.validazione.eu; www.anffas.tn.it per la versione italiana).

(1) Codice #: _____

(2) Data: _____

(3) Nome della persona _____

(4) Cognome: _____

(5) Data di nascita: _____

(6) Et : _____

(7) Sesso:

<input type="checkbox"/>	Femmina
<input type="checkbox"/>	Maschio

(8) Miglior descrizione del livello di disabilit  intellettiva

<input type="checkbox"/>	Disabilit� Intellettiva non riconoscibile
<input type="checkbox"/>	Borderline (QI 70-75)
<input type="checkbox"/>	Lieve DI (QI 55-69)
<input type="checkbox"/>	Moderata DI (QI 40-54)
<input type="checkbox"/>	Severa DI (QI 25-39)
<input type="checkbox"/>	Profonda DI (QI 24 e inferiore)
<input type="checkbox"/>	Sconosciuta

(9) Condizione diagnosticata (barrare tutte le condizioni pertinenti)

<input type="checkbox"/>	Autismo
<input type="checkbox"/>	Paralisi Cerebrale
<input type="checkbox"/>	Sindrome di Down
<input type="checkbox"/>	Sindrome dell'XFragile
<input type="checkbox"/>	Disabilit� Intellettiva
<input type="checkbox"/>	Sindrome Prader-Willi
<input type="checkbox"/>	Altra:

Istruzioni:

Per ogni domanda, controllare la voce che miglior si pu  applicare alla persona o alla sua condizione.

Condizione di vita della persona:

- Vive da solo
- Vive con coniuge o amici
- Vive con i genitori o altri parenti
- Vive con caregiver retribuiti
- Vive in comunit  alloggio, gruppi famiglia, appartamenti e case con supervisione ecc.
- Vive in RSA o Case di riposo
- Vive in Istituti residenziali
- Vive in strutture di cura per lungodegenti
- Vive in un'altra condizione: _____

⁽¹⁰⁾ Caratterizzazione generale dell'attuale salute fisica:

	Eccellente
	Molto buona
	Buona
	Media
	Scarsa

⁽¹¹⁾ Paragonato ad un anno fa, l'attuale salute fisica è:

	Molto meglio
	Un po' meglio
	Circa la stessa
	Un po' peggio
	Molto peggio

⁽¹²⁾ Paragonato ad un anno fa, l'attuale salute mentale è:

	Molto meglio
	Un po' meglio
	Circa la stessa
	Un po' peggio
	Molto peggio

⁽¹³⁾ Condizioni presenti (barrare tutte le condizioni pertinenti)

	Compromissioni visive
	Cieco (visus molto limitato o nullo)
	Visus corretto con occhiali
	Compromissioni uditive
	Sordo (udito molto limitato o nullo)
	Utilizza protesi uditive
	Compromissioni motorie
	Non deambula – usa la carrozzina
	Non deambula – viene spostato con la carrozzina

⁽¹⁴⁾ Eventi recenti significativi [nell'ultimo anno]
(barrare tutte le condizioni pertinenti)

	Morte di un proprio congiunto
	Cambiamenti nelle condizioni di vita,abitazione, lavoro, programmi quotidiani
	Cambiamenti nell'equipe di cura della persona
	Nuovi compagni di stanza/coinquilini
	Malattie o menomazioni dovute ad incidenti
	Reazioni avverse ai farmaci o sovradosaggio
	Conflitti interpersonali
	Violenze/abusi
	Altro:

⁽¹⁵⁾ Crisi epilettiche

	Recente esordio dell'epilessia
	Crisi epilettiche da molto tempo
	Crisi epilettiche nell'infanzia, non più manifestatesi nell'età adulta
	Nessuna storia di crisi epilettiche

**Se è stata diagnosticata una MCI o una demenza
completare i punti 16, 17 e 18**

⁽¹⁶⁾ **Storia Diagnostica**

Mild cognitive impairment [MCI] o demenza precedentemente diagnosticata?:

No

Sì, MCI

Data della Diagnosi:

Sì, demenza

Data della Diagnosi:

Tipo di demenza:

Diagnosticata da:

- Geriatra
- Neurologo
- Medico di Base
- Psichiatra
- Psicologo
- Altri:

⁽¹⁷⁾ Riportare la data di esordio di
MCI/demenza

[Quando sono emersi i primi sospetti di demenza]
Indicare approssimativamente anno e mese:

___/___

⁽¹⁸⁾ Commenti/spiegazioni relative al sospetto di demenza:

[Indicare l'opzione della colonna più appropriata]

	Sempre stato così	Sempre stato così ma peggiora	Sintomo nuovo	Non è il suo caso (non applicabile)
⁽¹⁹⁾ Attività quotidiane				
Non riesce a lavarsi e/o a fare il bagno senza aiuto				
Non riesce a vestirsi senza aiuto				
Si veste in modo inappropriato (es., confonde avanti e dietro, incompleto o inadeguato al tempo atmosferico)				
Si spoglia in contesti inappropriati (es., in pubblico)				
..Necessita di assistenza per mangiare (tagliare, cucinare)				
Necessita di assistenza per usare i servizi igienici)				
Incontinente (includendo anche incidenti occasionali)				
⁽²⁰⁾ Linguaggio e Comunicazione				
Non inizia una conversazione				
Non riesce a trovare le parole				
Non segue semplici istruzioni				
Si interrompe a metà di una conversazione				
Non riesce a leggere				
Non riesce a scrivere (nemmeno il proprio nome)				
⁽²¹⁾ Cambiamenti nel ritmo del sonno (dorme di più o di meno)				
Dorme in modo eccessivo (dorme più di prima)				
Non dorme a sufficienza (dorme meno)				
Si alza frequentemente di notte				
Di notte è confuso				
Dorme durante il giorno più del solito				
Vagabonda di notte				
Si alza più presto del solito				
Si addormenta più tardi del solito				
⁽²²⁾ Deambulazione				
Non è sicuro nel camminare su piccole fessure, linee sul pavimento o superfici irregolari.				
Il cammino è instabile, perde l'equilibrio				
Cadute				
Non riesce a camminare senza aiuto				

	Sempre stato così	Sempre stato così ma peggiora	Sintomo nuovo	Non è il suo caso (non applicabile)
⁽²³⁾ Memoria				
Non riconosce persone familiari (operatori/parenti o amici)				
Non ricorda i nomi di persone familiari				
Non ricorda eventi recenti (avvenuti nelle ultime settimane o meno)				
Si disorienta in ambienti familiari				
Perde il senso del tempo (ora del giorno, giorno della settimana, stagione)				
Perde o smarrisce gli oggetti				
Ripone oggetti familiari in luoghi impropri				
Problemi nel firmare o scrivere il proprio nome				
Problemi nell'apprendere nuovi compiti o i nomi di persone nuove				
⁽²⁴⁾ Comportamento e umore				
Vagabonda (incluso fuori dall'abitazione)				
Ritiro dalle attività sociali				
Ritiro dai contatti personali				
Perdita di interesse in hobby e attività solite				
Sembra vivere in un mondo tutto suo				
Comportamenti ossessivi o ripetitivi				
Nasconde o accumula oggetti				
Non sa cosa fare con oggetti familiari				
Aumento dell'impulsività (toccare gli altri, discutere, prendere le cose)				
Sembra insicuro, incerto				
Sembra ansioso/agitato o nervoso				
Sembra depresso				
Mostra aggressività verbale				
Mostra aggressività fisica				
Eccessi di collera, pianto incontrollabile o urla				
Mostra un grosso rallentamento o svogliatezza				
Parla da solo				
⁽²⁵⁾ Problemi segnalati dall'adulto stesso				
Cambiamenti nell'abilità di fare alcune cose				
Sentire cose				
Vedere cose				
Cambiamenti nel "pensare"				
Cambiamenti negli interessi				
Cambiamenti nella memoria				
⁽²⁶⁾ Modifiche di rilievo segnalate da Altre persone				
Nell'andatura (ad es., inciampa, cade, maggiore instabilità)				
Nella personalità (ad es., sottotono quando è fuori casa)				
Nell'amicizia (ad es., non più responsivo, senza interazione sociale)				
Nell'attenzione (ad es., non nota i richiami, distratto)				
Nel peso (ad es., perdita di peso o aumento di peso)				
In movimenti volontari anormali (testa, collo, arti, tronco)				

[Indicare l'opzione più appropriata della colonna]

	⁽²⁷⁾ Condizioni di Salute Croniche*	Condizione recente (ultimo anno)	Condizione Diagnosticata negli ultimi 5 anni	Condizione permanente	Condizione non presente
	Ossa, Legamenti e Muscoli				
1	Artriti				
2	Osteoporosi				
	Cuore e Circolazione				
3	Condizioni Cardicache				
4	Colestrolo alto				
5	Alta pressione sanguigna				
6	Bassa pressione				
7	Ictus				
	Ormonali				
8	Diabete (tipo 1 o 2)				
9	Disturbi alla tiroide				
	Polmoni/respirazione				
10	Asma				
11	Bronchiti croniche, enfisema				
12	Disturbi del sonno				
	Salute Mentale				
13	Abuso di alcool o sostanze				
14	Disturbi d'ansia				
15	Disturbi e deficit dell'Attenzione				
16	Disturbo Bipolare				
17	Malattia d'Alzheimer/demenza				
18	Depressione				
19	Disordini alimentari (anoressia, bulimia)				
20	Disordini ossessivi-compulsivi				
21	Schizofrenia				
22	Altro:				
	Dolore/Disagio				
23	Mal di schiena				
24	Costipazione				
25	Male ai piedi				
26	Dolori e disagi Gastrointestinali				
27	Mal di testa				
28	Dolori all'anca/ginocchio				
29	Dolori al collo/spalla				
	Sensoriali				
30	Capogiri/vertigini				
31	Disturbi all'udito				
32	Disturbi alla vista				
	Altro				
33	Cancro - tipo:				
34	Stanchezza cronica				
35	Epilessia/disturbi convulsivi				
36	Bruciore di stomaco/reflusso acido				
37	Incontinenza urinaria				
38	Apnee notturne				
39	Tic/disturbi del movimento/spasticità				
40	Dolori dentali				

*Item estratti dal Longitudinal Health and Intellectual Disability Survey (University of Illinois, Chicago)

⁽²⁸⁾ **Trattamenti farmacologici attuali**

Si No Indicate il tipo

- Trattamenti per condizioni croniche (diabete ecc.)
- Trattamenti per disturbi della salute mentale o problematiche comportamentali
- Trattamenti del dolore

Per aggiunte e commenti, allegare l'elenco dei farmaci attuali, il dosaggio e quando sono stati prescritti

- è allegato l'elenco

⁽²⁹⁾ **Commenti relativi ad altri notevoli cambiamenti o problemi:**

⁽³⁰⁾ **Prossimi passi / Raccomandazioni**

- Fare riferimento al medico curante per la valutazione
- Rivedere internamente da personale clinico
- Includere nella visita annuale
- Ripetere tra _____ mesi

Informazioni relative alla compilazione del modulo

⁽³¹⁾ Data compilazione	⁽³²⁾ Organizzazione/Struttura
Nome della persona che compila il modulo	
Relazione con il soggetto (personale di cura, familiari, valutatori, ecc.)	
Data (e) di eventuali precedenti compilazioni del modulo	

Ringraziamenti: Questo strumento è tratto dal DSQIID (*Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities; Deb, S., 2007) come adattato nel Southeast PA Dementia Screening Tool (DST) – con l'assistenza di Carl V. Tyler, Jr., MD – e dal LHIDS (Longitudinal Health and Intellectual Disability Survey; Rimmer & Hsieh, 2010) e successivamente adattato dal National Task Group on Intellectual Disabilities and Dementia Practices. Ringraziamo in particolare Matthew Janicki e con lui tutto il NTG group per averci concesso la traduzione e la pubblicazione della versione italiana del "NTG Early Detection Screen for Dementia" e il prof. Ricard Straub per il prezioso aiuto nella retrotraduzione.