

Manuale di Competenze in Geriatria

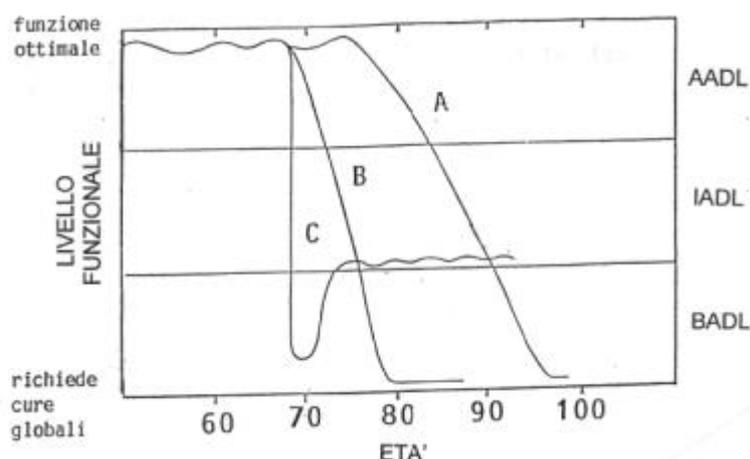
ITEM 9

Valuta e stabilisci le capacità funzionali dell'anziano (IADL, ADL) e quelle dei suoi organi di senso raccogliendo la sua storia clinica da fonti diverse; l'esame obiettivo conferma quanto individuato con l'anamnesi

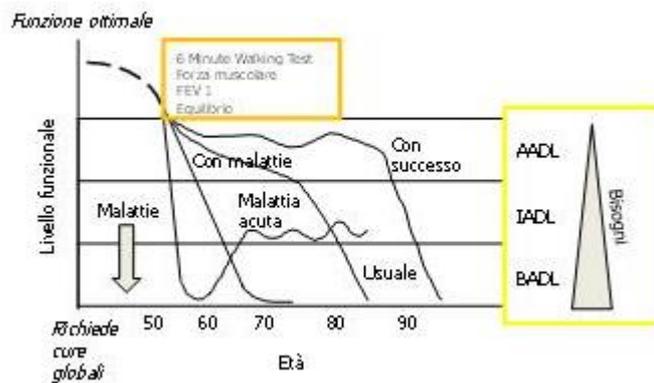
La visita medica di un anziano prevede alcuni punti fondamentali che si realizzano più agevolmente utilizzando tecnologie informatiche. Schematicamente si ricorda quanto segue. Alcuni video possono aiutare ad apprendere le modalità di esecuzione di alcune prove (vedi [qui](#)).

MOBILITÀ	Soprattutto degli arti inferiori	Chair standing
	Esplora la forza muscolare e l'equilibrio	TUG (time up & go); velocità del cammino
	Misura la forza muscolare	Dinamometro
VISUS	Ha difficoltà a leggere il giornale?	Scala di Snellen: problema se <20/40; strumenti su iPad o iPhone
UDITO	Porsi dietro al paziente e pronunciare alcune parole	App su iPad o iPhone
INCONTINENZA URINARIA	Ha mai perso le urine? Quante volte e quanto?	Diario incontinenza
NUTRIZIONE	Ha perso 4/5 kg negli ultimi 6 mesi?	Valutare il BMI e la circonferenza del braccio
DEPRESSIONE	Si sente felice?	Se la risposta è no
MEMORIA E COGNITIVITÀ	Eseguire il test dell'orologio	
	Ricordare i 3 oggetti mostrati prima	
DISABILITÀ	Compilazione delle IADL e ADL e del Barthel Score	
PESO e ALTEZZA	Misurazioni	

Fondamentale sarebbe disporre al momento della valutazione medica delle traiettorie funzionali che fanno riferimento a tutto l'arco della vita; nell'esempio si fa riferimento alle IADL e alle ADL basali cioè alle prestazioni funzionali necessarie per essere autosufficienti. La capacità di svolgerle diminuiscono nel corso della vita: si parla di **disablement process** che può avere rapidità e intensità molto variabili. La curva A della figura sotto riportata rappresenta l'invecchiamento di successo, B è l'invecchiamento usuale; in C è il comportamento funzionale in seguito ad una malattia acuta, per esempio l'ictus, al quale segue una variabile recupero che può consentire l'autosufficienza.



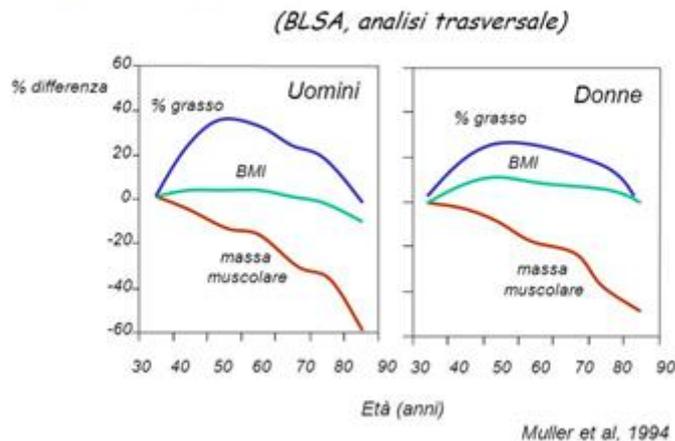
Manuale di Competenze in Geriatria



Ogni cittadino che invecchia è seguito in genere da un Medico di Famiglia: i suoi dati sanitari compresi i parametri vitali e il peso corporeo e l'altezza sono registrabili sul **fascicolo sanitario elettronico**, disponibile gratuitamente in Italia (vedi istruzioni riportate [qui](#)), per poter poi esprimere giudizi sull'andamento degli stessi nel tempo.

Le informazioni e i dati raccolti durante la vita (peso corporeo, attività del sonno, mobilità, forza, altezza) sono memorizzati in questo strumento consentendo di ottenere traiettorie individuali come quelle delle figure prima mostrate. Il **peso corporeo** è un dato antropometrico fondamentale anche in Geriatria: la sue variazioni nel tempo non sono in genere note. Anche l'**altezza** è molto rilevante: l'anziano diminuisce di altezza non solo per la riduzione dell'altezza dei dischi intervertebrali, ma anche per la frequente cifosi di varia entità. Le variazioni del peso sono importanti in diverse malattie: nello scompenso cardiaco per esempio il suo aumento segnala la ritenzione idrica che precede l'aggravamento del quadro clinico e il pericolo di riospedalizzazione. Il peso e l'altezza consentono di calcolare il **BMI** (Body Mass Index) che varia e fornisce importanti indicazioni anche nutrizionali. Nella figura che segue risulta evidente la diminuzione della massa muscolare (sarcopenia) con l'età con conseguente diminuzione della forza muscolare (diapenia).

Effetto dell'invecchiamento su BMI, percentuale di grasso corporeo e massa muscolare in uomini e donne



Nella figura a lato un **dinamometro Hand Grip** per misurare la forza muscolare alla mano (indicativa della forza muscolare in generale): è indice indiretto di sarcopenia. Lo strumento può diagnosticare la diapenia.

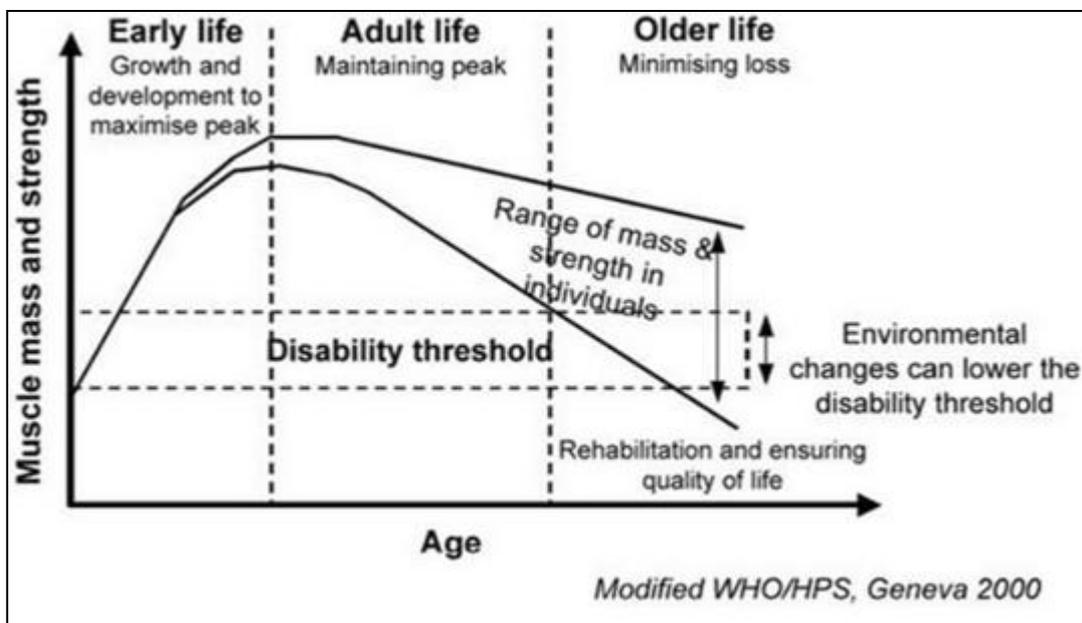


Manuale di Competenze in Geriatria

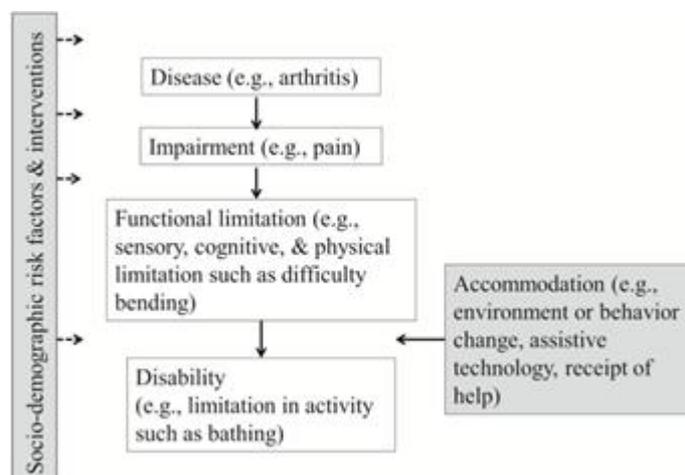
Le prestazioni funzionali possono essere recuperate dopo la fase acuta di una malattia, ma nell'anziano ciò spesso non succede. Il processo del recupero (**recovery**) va attentamente valutato; è condizionato non solo dalla qualità delle cure, ma anche dalle riserve funzionali del paziente ancora disponibili.

Nella anamnesi che va raccolta con informazioni ottenute dal caregiver dovrà essere indagato anche il supporto fornito dalla famiglia ed eventualmente dai servizi sociali al malato in considerazione. Essi sono di grande aiuto per conservare l'autosufficienza: la non eguaglianza in questo settore è molto rilevante. Altrettanto importante è valutare la capacità del paziente e del caregiver di partecipare e collaborare alla gestione delle malattie croniche e della multimorbilità presenti; ciò agevola i buoni risultati con costi sostenibili. L'anamnesi deve evidenziare non solo i problemi biologici, ma anche quelli psicologici e mentali e quelli sociali (economici, contesto familiare e solitudine).

Valutando l'andamento delle prestazioni nel tempo si può cogliere l'entità del **disablement process** (processo disabilitante - vedi figura); gli elementi ricordati nella figura sotto dovrebbero essere considerati nella pratica medica anche perché i trattamenti attuati dovrebbero dimostrare la loro capacità ad influenzare positivamente le prestazioni fisiche, mentali ed emozionali dei pazienti trattati; di questi si deve valutare la qualità della vita (QoL) come parametro complessivo.



Si noti la rilevanza che viene data nella figura che segue alla qualità dell'ambiente in cui si vive.



Manuale di Competenze in Geriatria

La rilevazione dei **parametri vitali** è naturalmente fondamentale: la pressione arteriosa dovrà essere misurata in clino e ortostatismo (per individuare l'ipotensione ortostatica, frequente nell'anziano), la frequenza del polso periferico è fornita dallo sfigmomanometro moderno che segnala anche la presenza di possibili aritmie; la misura della temperatura corporea deve essere fatta con termometro capace di rilevare l'ipotermia (temperatura <35°C) non rara nell'anziano e senza brivido. La frequenza del respiro è anche automisurabile: è parametro ricco di significato soprattutto se si cercheranno anche variazioni del suo ritmo. Strumenti indossabili, come il braccialetto FitBit, controllano il ritmo del sonno, la frequenza cardiaca, l'attività motoria svolta come cammino (numero di passi): i dati registrati potrebbero essere trasferiti sul fascicolo sanitario elettronico.

Le **scale IADL e ADL** sono le più note e utilizzate: consentono anche un linguaggio comune quando la cura e l'assistenza sono multidisciplinari; sono descritte di seguito. La valutazione dell'anziano richiede la compilazione di due scale universalmente utilizzate che sono le IADL (Instrumental Activity of Daily Living) e le ADL (Activity of Daily Living): esse specificano i livelli di attività di cui l'anziano è capace.

Le IADL valutate nel tempo rappresentano uno strumento indicativo di declino funzionale e mentale. L'esecuzione degli items delle IADL da parte dell'anziano richiede infatti complessa organizzazione neuropsicologica regolata dalle funzioni cognitive. La valutazione delle IADL e soprattutto le sue variazioni longitudinali (traiettorie) può essere test di declino cognitivo di semplice esecuzione. Il punteggio totale della scala IADL non è forse il dato più rilevante e più utile: per esempio fare spesa, telefonare e assumere i farmaci sono gli item in possesso del più elevato potere discriminatorio, utilizzabile in clinica come facile screening di performances cognitive ed esecutive.

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

Attività	Modalità	Punteggio†
Potete preparare il vostro pasto	senza aiuto	2
	con un po' di aiuto	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	1
	siete completamente incapaci di fare qualunque lavoro di casa	0
Potete farvi il vostro bucato	senza aiuto	2
	con qualche aiuto	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)	1
	siete completamente incapaci di prendere i farmaci prescritti senza aiuto	0
Vi potete spostare per lunghe distanze	senza aiuto	2
	con qualche aiuto	1
	siete completamente incapaci di viaggiare senza che siano presi degli accorgimenti speciali	0



Manuale di Competenze in Geriatria

Potete andare a fare degli acquisti al mercato alimentare	senza aiuto	2
	con qualche aiuto	1
	siete completamente incapaci di fare qualunque tipo di acquisti	0
Potete gestire i vostri soldi	senza aiuto	2
	con qualche aiuto	1
	siete completamente incapaci di gestire il denaro	0
Potete servirvi del telefono	senza aiuto	2
	con qualche aiuto	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*

Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (scala ADL)

(Fonte: Katz TF. A.D.L. Activities of Daily Living. JAMA 1963;185:914)

1)	LAVARSI - Spugnature, vasca o doccia a) L'anziano non riceve aiuto (entra ed esce dalla vasca da solo, se la vasca è il mezzo usato abitualmente per lavarsi) a) Riceve aiuto nel lavarsi solo una parte del corpo (come la schiena o le gambe) b) Riceve aiuto nel lavarsi per più di una parte del corpo (altrimenti non si lava)
2)	VESTIRSI - Prende i vestiti dall'armadio e dai cassetti, biancheria, vestiario e accessori, adoperando le chiusure (comprese le bretelle se le usa) a) Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto a) Prende i vestiti e si veste senza aiuto, eccetto che per legare le scarpe b) Riceve aiuto nel prendere vestiti e nell'indossarli, altrimenti rimane parzialmente o completamente svestito
3)	USO DEI SERVIZI - Va alla toilette per urinare e per evacuare; si pulisce; si riveste. a) Va ai servizi, si pulisce e si sistema gli abiti senza assistenza (sia pure utilizzando presidi di sostegno come il bastone, il girello o la sedia a rotelle, e usando la padella od il vaso od il pappagalio, per la notte, o la comoda, vuotandosi al mattino) b) Riceve aiuto per andare ai servizi o per pulirsi o per sistemarsi gli abiti dopo aver urinato o evacuato o nell'uso della padella (di notte) o della comoda b) Non si reca ai servizi per i processi di eliminazione di feci e urine
4)	TRASFERIMENTO a) Entra ed esce dal letto, come pure dalla poltrona, senza aiuto (sia pure utilizzando presidi di sostegno come il bastone od il girello) b) Entra ed esce dal letto, come pure dalla poltrona, con un aiuto b) Non esce dal letto
5)	CONTINENZA a) Ha completo autocontrollo sui movimenti per urinare e per evacuare b) Ha occasionalmente degli incidenti b) Una supervisione lo aiuta a mantenere il controllo sull'urinare o sull'evacuare, oppure utilizza il catetere o è incontinente
6)	ALIMENTARSI a) Si alimenta da solo e senza aiuto a) Si alimenta da solo, ma richiede aiuto per tagliare la carne o per spalmare alimenti sul pane b) Riceve assistenza nell'alimentarsi o si è alimentato, in parte o completamente, con l'utilizzo di sonde o per via endovenosa.

Istruzioni per la compilazione

Il giudizio è basato sullo stato reale e non sulla abilità: il rifiuto di eseguire una funzione va valutato come disabilità, anche se si ritiene il paziente capace. Autonomia significa assenza di supervisione, guida od assistenza attiva; la necessità di aiuto umano sotto qualsiasi forma va classificata come disabilità. L'utilizzo autonomo di presidi o equipaggiamenti speciali per svolgere una funzione, in assenza di aiuto da terzi, va classificato come non disabilità. Riguardo alla incontinenza, la definizione di non autosufficienza va riferita non alla sua esistenza in sé, ma alla necessità di essere aiutati da altri per pulirsi, indossare e cambiare pannolini, utilizzare la comoda od i servizi igienici.

A scala compilata il risultato può essere riportato:

- come numero assoluto, attribuendo il valore di 0 al giudizio di indipendenza (a) e 1 a quello di dipendenza (b). (0= massima autonomia, 6= massima dipendenza)
- come indice utilizzando la scalaogramma successivo (A: massima autonomia, G massima dipendenza).

TOTALE DI a) indipendenza	6a	5a	4a	3a	2a	1a	-	-
TOTALE DI b) dipendenza	-	1b	2b	3b	4b	5b	6b	>1b
Lavarsi	a	b	b	b	b	b	b	.
Vestirsi	a	.	b	b	b	b	b	.
Uso dei servizi	a	.	.	b	b	b	b	.
Trasferirsi	a	.	.	.	b	b	b	.
Continenza	a	.	.	.	.	b	b	.
Alimentarsi	a	.	.	.	.	.	b	.
Indice	A	B	C	D	E	F	G	Altro



Manuale di Competenze in Geriatria

Si ricorda che maneggiare il denaro, utilizzare il telefono e assumere farmaci rappresentano attività complesse dell'attività quotidiana che consentono un giudizio delle capacità complessive funzionali del soggetto e anche delle capacità esecutive degli anziani soprattutto di quelli che vivono soli a domicilio. Nella valutazione del malato anziano e senza evidenti malattie si devono considerare con attenzione le sue capacità di svolgere le comuni attività quotidiane strumentali e non.

È importante la rilevazione di sintomi cosiddetti "restricting" cioè che riducono le capacità di vivere attivamente e autonomamente. Fra questi il più rilevante è la **fatica** e l'**affaticabilità**; altri sono il dolore muscoloscheletrico, la dispnea soprattutto da sforzo, problemi a prendere sonno con alterato ritmo sonno-veglia, ridotta visione crepuscolare, problemi a deambulare e a fare le scale, edemi declivi, vertigini, problemi di memoria e di organizzazione del pensiero, tristezza accompagnata da solitudine soggettiva e/o sociale. La rilevazione periodica e regolare di questi sintomi è fortemente predittiva anche prognosticamente prescindendo dalle patologie eventualmente presenti. Inoltre consente di inquadrare i problemi fisici e mentali dell'anziano in occasione della visita medica domiciliare o ambulatoriale; fornisce indicazioni anche sulle capacità del malato di aver cura di stesso.

La **velocità del cammino** è parametro rilevante e facilmente utilizzabile in clinica; il suo rallentamento si correla alla comparsa di disabilità, alla ospedalizzazione e alla istituzionalizzazione ma soprattutto si correla alla più rapida progressione di alcune malattie croniche come la BPCO, scompenso cardiaco e demenza. La velocità del cammino può essere considerata un autentico segno vitale nella cura della persona anziana. Rilevanti sono i rapporti fra cognitivtà e velocità del cammino.

Per valutare nel tempo il grado di incapacità a svolgere le attività della vita quotidiana è fondamentale utilizzare la **Scala di Barthel** (di seguito illustrata): essa è appropriata e di aiuto anche per valutare l'efficacia dei trattamenti prescritti. Queste scale dovrebbero comparire in ogni documento medico ed infermieristico che riguarda pazienti anziani. La scala che segue consente il calcolo dell'indice di Barthel: fa riferimento alla capacità o incapacità a svolgere le attività della vita quotidiana.

Scala di Barthel

	A	B	C
Alimentazione	0	5	10
Abbigliamento	0	5	10
Toilette personale	0	0	5
Fare il bagno	0	0	5
Controllo defecazione	0	5	10
Controllo minzione	0	5	10
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare	0	10	15
Montare e scendere dal WC	0	5	10
Camminare in piano	0	10	15
Salire o scendere le scale	0	5	10

A) dipendente

B) con aiuto

C) indipendente

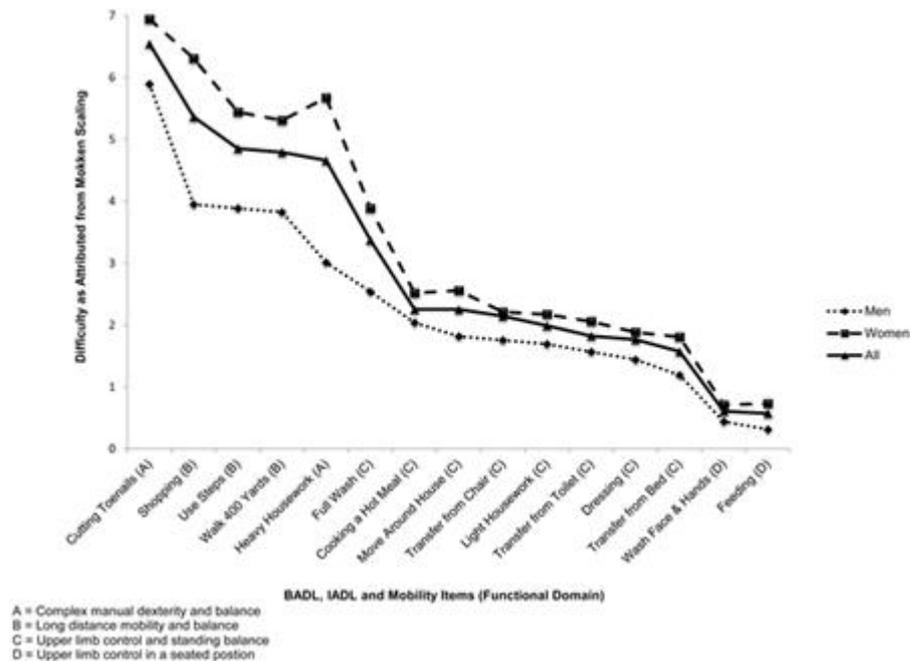
PUNTEGGIO TOTALE _____/100

Queste scale non misurano le capacità residue del grande vecchio e la volontà e capacità a collaborare e a partecipare attivamente al programma curativo-assistenziale-riabilitativo; nel caso dei grandi vecchi spesso soli è importante conoscere le loro capacità effettive nella cura personale e della casa e nella mobilità; le ridotte capacità cognitive, l'apatia, la depressione, il dolore, la dinapenia, la presenza di malattie croniche hanno naturalmente un'importanza notevole sulle capacità funzionali del grande



Manuale di Competenze in Geriatria

vecchio. Esistono poi gerarchie nelle incapacità che hanno rilevanza in termini di sicurezza per il paziente e di carico assistenziale. Come esempio si ricordano le difficoltà “a tagliarsi le unghie” così come “a lavarsi le mani e la faccia” e “a mangiare”. Esiste una gerarchia di funzioni-attività alla quale far riferimento, citata nella figura: questa esprime le relative difficoltà nei domini della disabilità di soggetti con +85 anni; si noti il riferimento ad attività che comportano destrezza manuale complessa ed equilibrio (A), mobilità ed equilibrio (B), controllo degli arti superiori e capacità a stare in piedi (C), controllo degli arti superiori in posizione assisa (D). L’algoritmo può servire ad associare in cluster certe incapacità che sono appunto quelle contrassegnate con A, B, C e D.



La visita medica deve avere come obiettivo l’appropriatezza delle cure da prescrivere all’anziano; per impostare correttamente il piano terapeutico, e anche i risultati che si otterranno, deve contenere gli item della valutazione multidimensionale geriatrica (VMD) che può essere informatizzata e pertanto inseribile nei documenti sanitari. La compilazione della VMD è multidisciplinare; l’infermiere è una figura fondamentale. La valutazione delle capacità residue del paziente anziano è un punto fondamentale per decidere il piano terapeutico che dovrà prevedere interventi riabilitativi e riattivativi; naturalmente anche la speranza di vita e la prognosi sono punti di riferimento da considerare nella definizione dei goal delle cure fra i quali è in primo piano la qualità della vita del malato. Particolare interesse va posto ai farmaci assunti: sarà l’occasione per attuare il [deprescribing](#), se richiesto da un numero eccessivo di farmaci assunti (5 o più al giorno).

La rilevazione delle sensibilità e in particolare dell’udito e della acuità visiva rappresenta un obiettivo irrinunciabile della consultazione medica dell’anziano. La prevalenza della ipoacusia raddoppia per ogni decade di vita; circa il 30% degli anziani è ipoacusico; servono strumenti per la sua rilevazione cercando di identificarne la causa; l’impiego di protesi ad hoc deve essere proposto in tempi utili per evitare le ripercussioni negative della sordità sulle attività sociali e la comunicazione; l’ipoacusia fino alla sordità agevola la depressione e l’isolamento. È noto che l’ipoacusia aumenta del 20% il rischio di caduta dell’anziano e agevola il declino cognitivo; sicuramente peggiora la qualità della comunicazione medico-paziente.



Manuale di Competenze in Geriatria

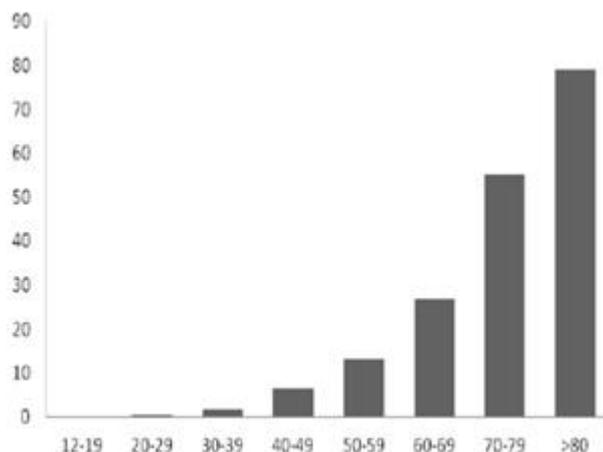


FIGURE 1-1 Prevalence percentage of bilateral hearing loss in the United States by age.
SOURCE: Data from Lin, Niparko, and Ferrucci, 2011.

Anche l'**ipovedenza** ha un impatto fortemente negativo sulla qualità della vita, è fattore di rischio di cadute, di ipoattività fisica ecc; appurate le cause (cataratta, degenerazione maculare senile, glaucoma) si dovrà procedere alle opportune correzioni. Valutando nel tempo una popolazione anziana che vive a domicilio si è dimostrato una relazione fra ipovedenza e capacità di svolgere le attività strumentali della vita quotidiana; l'ipovedenza è fattore di rischio di mortalità. Pertanto grande attenzione va posta alla funzionalità degli organi di senso nelle persone anziane; la tecnologia, disponibile anche su smartphone, agevola fortemente l'approccio geriatrico.

È noto che la salute non si identifica nell'assenza di malattia/e, ma nella sensazione di un benessere che consente di mantenere attività adeguate. La **qualità della vita (QoL)** è molto citata, ma poco utilizzata in clinica; diversi strumenti per la valutazione della QoL sono largamente autovalutativi e di facile compilazione. La QoL serve anche a stabilire la **QALYs** cioè gli anni vissuti con una buona qualità di vita (tiene conto quindi anche della mortalità) eventualmente grazie ad uno specifico trattamento ed eventualmente a valutare anche i costi sostenuti per ottenere quel risultato (si parla di analisi costo-utilità). Si può utilizzare la semplice misurazione semiquantitativa di generici aspetti della vita quotidiana in modo da ottenere un profilo di salute in forma di una quantità, indice appunto dello stato di salute. *Self-related health status* è un indicatore utile e preciso di salute soggettiva; lo si può conoscere anche telefonicamente; per esempio:

In generale, come definirebbe la sua salute:

- eccezionale
- ottima
- buona
- discreta
- cattiva

Il mio stato di salute di oggi, paragonato a quello di 12 mesi orsono, è:

- migliore
- immodificato
- peggiore

Descrizione dello stato di salute in base alla valutazione di 5 aree: ad ognuna di queste può essere attribuito un punteggio da 1 (risposta migliore) a 3 (risposta peggiore); esistono pertanto tanti profili



Manuale di Competenze in Geriatria

di salute; si ottiene così un valore assoluto (somma) e anche un profilo in rapporto all'area più interessata.

Gli items della **EuroQoL** o **ED-5D** sono i seguenti:

1. Movimento: non ho difficoltà a camminare (1)
ho qualche difficoltà (2)
sono costretto a letto, non mi muovo (3)
2. Cura della persona: non ho difficoltà
ho qualche difficoltà a vestirmi e a lavarmi
non sono in grado di lavarmi e vestirmi
3. Attività abituali: non ho difficoltà a svolgerle (compreso il sonno)
ho qualche problema
non sono in grado di svolgerle
4. Dolore o fastidio: non provo alcun dolore o fastidio
provo dolore o fastidio moderati
provo estremo dolore o fastidio
5. Ansia/depressione: non sono ansioso/depresso
sono moderatamente ansioso/depresso
sono fortemente ansioso/depresso

L'utilizzazione dello strumento sopra descritto nelle malattie croniche aiuta a valutare finalmente i risultati delle cure e per tracciare nei casi singoli l'andamento del tempo (traiettoria) di questo parametro. Le capacità di risposta e di adattamento (coping) dipendono anche dalla specifica personalità (predisposizione a rispondere in un certo modo a situazioni esistenziali influenzando il comportamento) del paziente.

Anche se la medicina geriatria non propone la routinaria valutazione della **personalità**, non si deve dimenticare la sua rilevanza: la personalità di tipo D (tendenza a sperimentare emozioni negative e ad essere socialmente inibito) per esempio si associa a sintomi depressivi ed anche ad eventi cardiaci negativi; le interazioni fra personalità, comportamento, benessere e salute sono complesse così come le risposte alle malattie. Esistono sistemi di classificazione e di descrizione della personalità che dovrebbero essere utilizzati già in epoca precedente a quella geriatrica; il tratto di personalità rimane abbastanza stabile con l'invecchiamento, pertanto una sua variazione assume significato clinico.

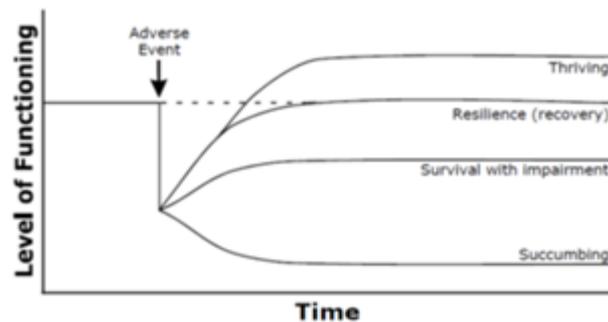
Il metodo o modello più semplice e noto è il **modello BIG FIVE** che individua cinque dimensioni per la descrizione della personalità che sono E-energia (orientamento fiducioso ed entusiasta nei confronti delle varie circostanze della vita quasi sempre interpersonali), A-amicalità (include altruismo, prendersi cura, dare supporto emotivo, ma anche, al polo opposto, ostilità, indifferenza egoismo), C-coscienziosità (precisione, accuratezza, affidabilità, responsabilità, volontà di successo, perseveranza - di solito è più longevo), S-stabilità emotiva (caratteristiche collegate all'ansia e alla presenza di problemi emotivi quali la depressione, instabilità dell'umore, irritabilità - è vulnerabile; neuroticismo è il contrario della stabilità emotiva), M-apertura mentale (verso nuove idee e valori degli altri, valore dei sentimenti). Il questionario che consente la definizione della personalità è disponibile anche online. Chi è estroverso, è avvantaggiato in termini di longevità.

La visita medica del paziente anziano deve valutare la **resilienza** del soggetto, che consiste nella capacità di mantenere costanti le attività abituali comprese la capacità di mantenere una vita attiva, di



Manuale di Competenze in Geriatria

coping, di interagire con il mondo circostante e di affrontare positivamente gli inevitabili eventi negativi e stressanti della vita.



La resilienza richiede per essere forte risorse fisiche (buona salute), ma soprattutto di ottimismo (personalità), *positive affect*, flessibilità mentale, autostima, spiritualità e risorse sociali adeguate con partecipazione agli eventi.

L'**esame obiettivo** del paziente anziano si fa con le modalità tradizionali della semeiotica medica che prevedono osservazione, palpazione, ascoltazione e percussione. Particolare attenzione sarà posta alla valutazione della sensibilità periferica ricorrendo al diapason per la sensibilità vibratoria (si veda [qui](#)); anche la presenza dei riflessi primitivi come i riflessi palmomentoniero e della suzione deve essere ricercata. La rilevazione dei segni vitali è fondamentale e va completata con la definizione della quantità e qualità del dolore e dello stato di coscienza (il paziente è attento e risponde a tono?). La valutazione della capacità a camminare è importante e dovrebbe essere completata con la velocità del cammino in metri al secondo. Non può mancare un test che esplori che capacità cognitive (MMSE) ed affettive (GDS); utile anche il test dell'orologio che è di facile esecuzione (si veda [qui](#)).

