



REGIONE DEL VENETO

**UN NUOVO APPROCCIO ALLA DEMENZA
UNA MAPPA A SUPPORTO
DEL PDTA REGIONALE**

**IO SONO: IL MEDICO DI FAMIGLIA
BRUNO FRANCO NOVELLETTO
SIMG - SVEMG**

- **Lo scenario in cui opera il medico di medicina generale: epidemiologia e impatto delle cronicità e delle demenze nella pratica clinica quotidiana.**
- **I dati nella *real life* nel setting delle cure primarie dai data base della Medicina Generale:**

Health Search



ISTITUTO DI RICERCA DELLA SIMG:
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

863

MEDICI RICERCATORI

800 RICERCATORI VALIDATI





“MilleinRete”

- **Network di 70 MMG**, distribuiti nelle province del Veneto, tutti buoni utilizzatori della cartella clinica informatizzata “Millewin” (alto indice ITOT).
- **Finalità**: sviluppo di una rete informatica tra medici di medicina generale, motivati, **finalizzata al miglioramento delle performance professionali dei medici aderenti** attraverso il continuo confronto fra pari, l’audit e la ricerca traslazionale, utilizzando strumenti di «tutoraggio informatico»
- Al 31 dicembre 2018 il dataset é **alimentato dai dati di 73 medici che assistono 119.860 pazienti attivi** (su 120.089 con tutti i dati anagrafici *) di cui 32.473 (**27,09% over 65**)

IL CARICO DI LAVORO

Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate

AUMENTO

CONTATTI/PAZIENTE/ANNO



2016

CONTATTI/PAZIENTE/ANNO

PER ULTRA 85ENNI

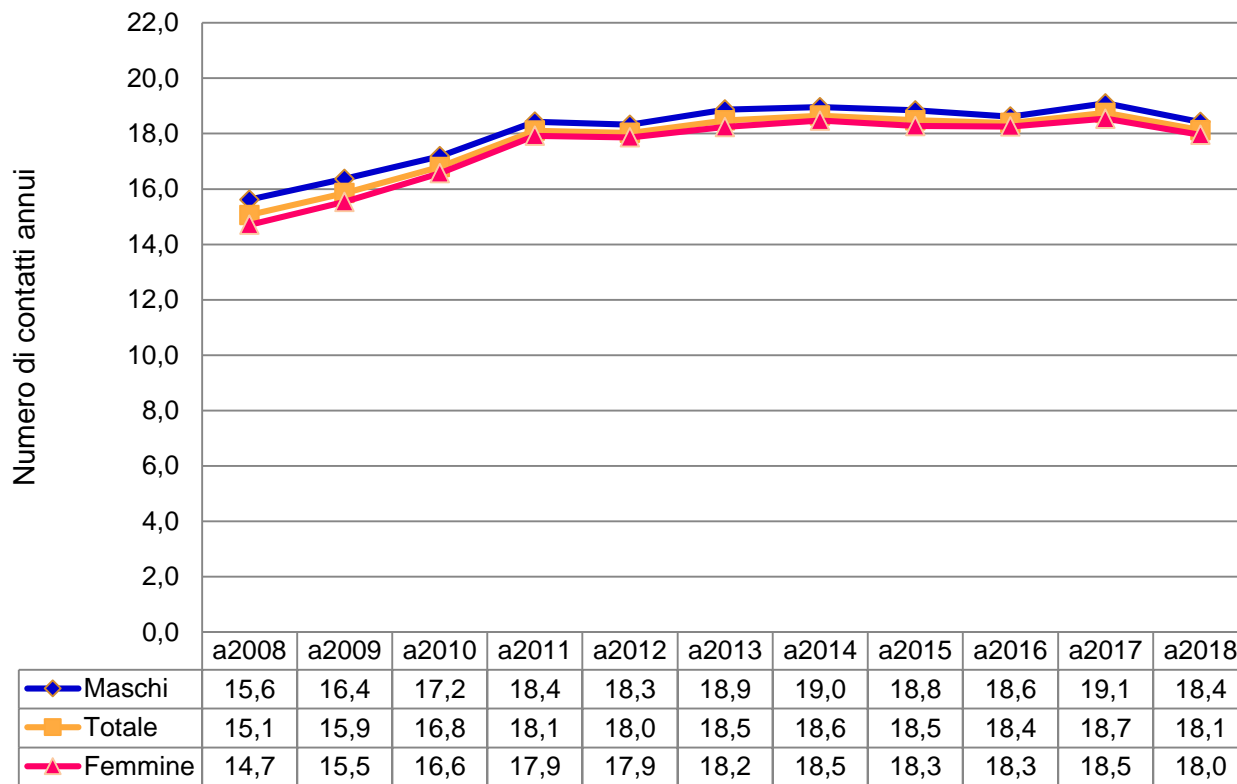
24 22



XI RAPPORTO

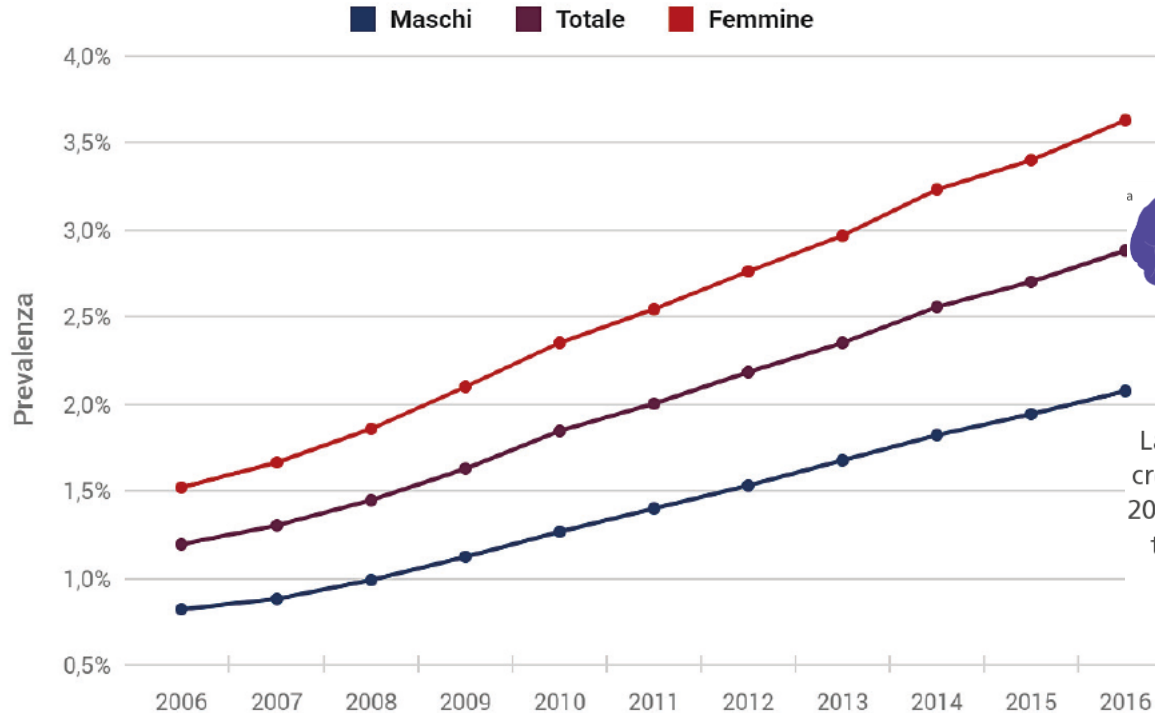


Contatti per paziente





PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI DEMENZA:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



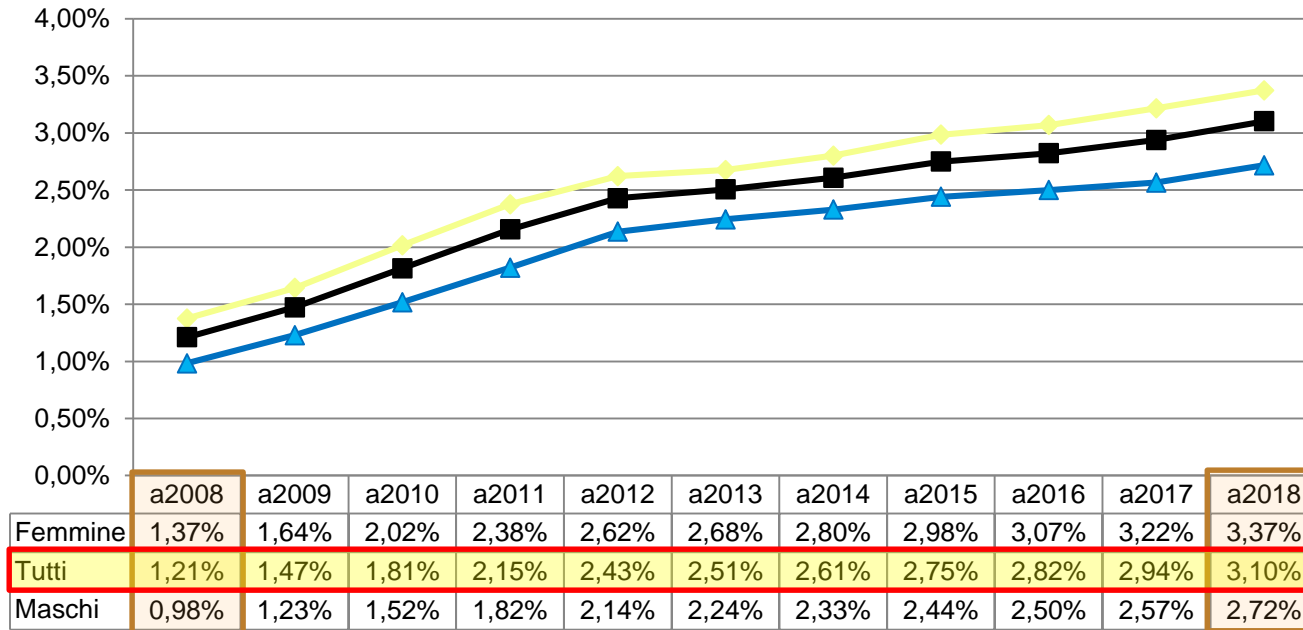
XI RAPPORTO

La prevalenza di Demenza è in continua crescita: dall'1,2% del 2006 al 2,9% del 2016, con valori che arrivano a 23,4% tra le donne ultra 85enni e a 17,9% tra gli uomini ultra 85enni.



Prevalenze standardizzate Demenza (età >14a)

standard population Veneto 2018 - standardizzazione per sesso e decenni di età'



◆ Femmine ■ Tutti ▲ Maschi



OVER 14 ANNI

numerosità

	DEMENZA LIFETIME		Total
	codifica Heath Search		
	no_0	si_1	
15-24	12,248	25	12,273
25-34	13,976	26	14,002
35-44	17,216	42	17,258
45-54	22,054	97	22,151
55-64	18,917	221	19,138
65-74	14,425	557	14,982
75-84	10,126	1,436	11,562
85 +	4,441	1,488	5,929
Total	113,403	3,892	117,295

prevalenza

	DEMENZA LIFETIME		Total
	codifica Heath Search		
	no_0	si_1	
15-24	99.80	0.20	100.00
25-34	99.81	0.19	100.00
35-44	99.76	0.24	100.00
45-54	99.56	0.44	100.00
55-64	98.85	1.15	100.00
65-74	96.28	3.72	100.00
75-84	87.58	12.42	100.00
85 +	74.90	25.10	100.00
Total	96.68	3.32	100.00

La prevalenza nella fascia d'età ≥ 65 anni é

10.72% (3.481)

M: 2,34

F: 4,23



COMORBIDITA'	PUNTI
SCOMPENSO CARDIACO CRONICO	1
INFARTO MIOCARDICO	1
MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE	1
MALATTIE CEREBROVASCOLARI	1
DEMENTIA	1
MALATTIE POLMONARI CRONICHE	1
MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO	1
MALATTIA ULCEROSA	1
LIEVI MALATTIE DEL FEGATO	1
DIABETE (SENZA COMPLICANZE)	1
DEPRESSIONE	1
USO DI ANTICOAGULANTI	1
IPERTENSIONE ARTERIOSA	1
EMIPLEGIA	2
DIABETE CON DANNO D'ORGANO	2
MODERATE O GRAVI MALATTIE RENALI	2
QUALSIASI NEOPLASIA	2
LEUCEMIA	2
LINFOMA	2
ULCERE CUTANEE/CELLULITE	2
MODERATE O GRAVI MALATTIE EPATICHE	3
METASTASI NEOPLASIE	6
AIDS	6

CHARLSON COMORBIDITY INDEX ≥ 4 NEI PAZIENTI CON DEMENZA

	Freq.	Percent	Cum.
sotto 4	2,411	61.95	61.95
4 o piu'	1,481	38.05	100.00
Total	3,892	100.00	

Charlson Index

	Freq.	Percent	Cum.
	312	8.02	8.02
1	617	15.85	23.87
2	764	19.63	43.50
3	718	18.45	61.95
4	531	13.64	75.59
5	399	10.25	85.84
6	230	5.91	91.75
7	146	3.75	95.50
8	79	2.03	97.53
9	48	1.23	98.77
10	24	0.62	99.38
11	12	0.31	99.69
12	6	0.15	99.85
13	2	0.05	99.90
14	1	0.03	99.92
15	1	0.03	99.95
16	1	0.03	99.97
17	1	0.03	100.00
Total	3,892	100.00	

Dati da "MILLEINRETE"
Elaborazione di Alessandro Battaglia



Comorbidity	%	over 65
IPERTENSIONE	69.4%	73.54%
DIABETE	20.13%	21.72%
ICTUS	25.35%	27.95%
EVENTI CV	36.54%	39.99%
MAL. ISCH. CUORE	11.74%	12.81
SCOMPENSO CARDIACO	8.17%	9.08%
IPOACUSIA	29.03%	30.68%
DEPRESSIONE	14.34	14.95%
IPOTIROIDISMO	11.05%	11.43%
SOVRAPPESO	30.53%	30.98%
OBESI	16.44%	16.42%
BPCO	7,91%	8.05%
FUMO	8.91%	7.49%
ATT. FISICA ASSENTE	56.50%	58.37

Malattie
cardiovascolari

L'ipoacusia aumenta
di 3 volte il rischio di
demenza



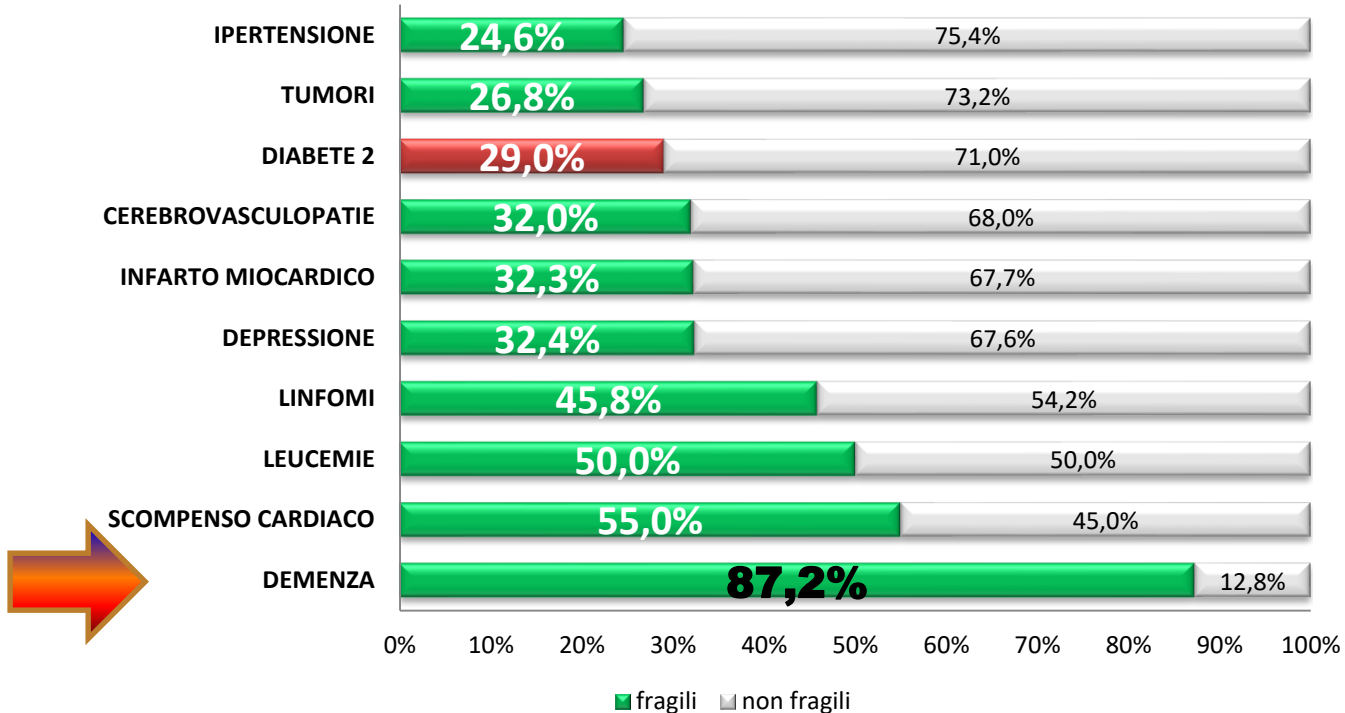
Rischio AIFA Mortalità CV a 10 anni	DEMENTIA LIFETIME codifica Heath Search		Total
	no_0	si_1	
basso (<=1%)	1,911 17.23	14 1.97	1,925 16.31
medio (2-3%)	1,929 17.39	68 9.56	1,997 16.92
moderato (4-5%)	969 8.74	46 6.47	1,015 8.60
alto(>5<10%)	1,785 16.09	107 15.05	1,892 16.03
molto alto(>=10%)	4,498 40.55	476 66.95	4,974 42.14
Total	11,092 100.00	711 100.00	11,803 100.00

Chi quadro 234.5 p<0.00001

- il rischio AIFA é quello attualmente usato per le statine
- l' **82%** (15.05+66.95) **dei pazienti con demenza é ad alto o altissimo rischio di morte cvd entro 10 anni**
- il rischio AIFA é misurato solo su 11.803 pazienti, cioè sul 10% dei 117.295 pazienti che costituiscono il denominatore della popolazione di 14+anni (é il solito bias di selezione dovuto al calcolo del rischio solo a chi ne ha bisogno)



Prevalenza della **fragilità** in alcune patologie croniche





**In questo contesto assistenziale,
cosa può fare il Medico di Medicina
Generale per diagnosticare
tempestivamente
il decadimento psico-cognitivo?**



Accordo ai sensi dell'art. 9 del **decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281** tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento recante **“PIANO NAZIONALE DEMENZE – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”**

PIANO NAZIONALE DEMENZE – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze

Introduzione

La demenza è una malattia cronico degenerativa, la cui storia naturale è caratterizzata dalla progressione più o meno rapida dei deficit cognitivi, dei disturbi del comportamento e del danno funzionale con perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza con vario grado di disabilità e conseguente dipendenza dagli altri, fino alla immobilizzazione a letto. E' necessario pervenire il più rapidamente possibile ad una diagnosi precisa che permetta interventi farmacologici e/o psicosociali volti a contenere la progressione della malattia in relazione allo stadio, al grado di disabilità ed alla comorbilità; è altrettanto necessario ed irrinunciabile gestire tutti i problemi che si presentano nel percorso dei vari stadi.



Tabella 1. Descrizione del percorso

FASE	ATTIVITÀ	STRUMENTI	ATTORI
1	Sospetto Diagnostico	<ul style="list-style-type: none">● Valutazione (colloquio e visita)● Test di valutazione cognitiva GPCog-IT®*)● Esami ematochimici e strumentali	MMG
2	Diagnosi	<ul style="list-style-type: none">● Esami ematochimici, strumentali, valutazione neuropsicologica	Specialista CDCD Psicologo CDCD Infermiere CDCD

Da “ Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) delle Demenze “



1. La perdita di memoria che sconvolge la vita quotidiana

Dimenticare informazioni apprese di recente, date o eventi importanti, chiedere le stesse informazioni più volte, un maggiore bisogno di contare su strumenti di ausilio alla memoria (ad esempio, note di promemoria o dispositivi elettronici) o su membri della famiglia per cose che si era soliti gestire in proprio.

Qual è un tipico
cambiamento legato all'età?

A volte, il dimenticare i nomi
o gli appuntamenti, ma
ricordarli più tardi.

2. Sfide nella programmazione o nella soluzione dei problemi

Problemi nel ricordare una ricetta che era familiare o nel tenere traccia delle bollette mensili, difficoltà a concentrarsi e bisogno di più tempo per fare le cose.

Fare errori occasionali quando
si cerca di far quadrare un
libretto di assegni

3. Difficoltà nel completare gli impegni familiari a casa, al lavoro o nel tempo libero

Difficoltà a completare le attività quotidiane, problemi a guidare l'auto verso un luogo familiare, a gestire un budget al lavoro o ricordare le regole di un gioco preferito.

A volte avere bisogno di aiuto
per utilizzare un forno o per
registrare un programma
televisivo

4. Confusione con tempi o luoghi

Perdere il senso delle date, delle stagioni e del passare del tempo, fino a dimenticare a volte dove ci si trova o come si è arrivati in quel punto.

Confondersi circa il giorno
della settimana, ma
comprenderlo in seguito.

5. Difficoltà a capire le immagini visive e i rapporti spaziali

Avere difficoltà a leggere, a giudicare la distanza e a stabilire il colore o il contrasto. Davanti ad uno specchio, pensare che ci sia qualcun altro nella stanza e non capire di essere la persona nello specchio.

Disturbi visivi legati alle
cataratte.

Dieci sintomi precoci della malattia di Alzheimer

Alzheimer Association, 2009



30° Congresso Nazionale SIMG - FIRENZE - 21-23 Novembre 2013

TRE PASSI PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE IN MEDICINA GENERALE: PROPOSTA DI LINEA GUIDA

¹ MMG / Gruppo di Ricerca Gerontologico-Geriatico Interdisciplinare / Centro Delegato Disturbi Cognitivi, AUSL Ferrara;

² Cattedra di Geriatria, Università di Modena and Reggio Emilia; ³ MMG AUSL FE (Distretto Centro Nord) , SIMG, Ferrara; ⁴ SIMG, Padova

La LG si basa su tre tappe successive:

1) anamnesi: “case finding” cioè formare i Medici di Medicina Generale (MMG) a considerare sempre accuratamente **nei pazienti \geq 55 anni d’età la comparsa di amnesie** anche solo soggettive, **e/o disabilità e/o disturbi del comportamento** come possibili segni di deterioramento cognitivo; nel caso frequente di assenza di consapevolezza (insight) della sintomatologia da parte del paziente prestare sempre la massima attenzione a quanto riferito da famigliari e conoscenti;

2) valutazione: somministrare brevi **test per le funzioni cognitive**; il **GPCog** appare il più completo in quanto esamina anche lo stato funzionale del paziente tramite intervista al famigliare/caregiver;

3) diagnosi differenziale/comorbidità: somministrare un **questionario breve (ad es. GDS-5 item) per identificare una sintomatologia depressiva, possibile concausa o associazione con il deficit cognitivo**. Qualora il sospetto diagnostico sia confermato il paziente verrà inviato ad Unità di Valutazione Alzheimer/ Centro Disturbi Cognitivi, corredando con indagini di laboratorio di base comprensive di funzionalità tiroidea, B12, folati e da TC encefalo senza mdc.



GPCog versus MMSE

Caratteristiche	GPCog	MMSE
rapido (3-5 minuti)	Si	No
semplice (senza bias per età e scolarità)	Si	No
completo (assessment paziente e familiare)	Si	No
sensibile prima che specifico (per intercettare anche i paz. con elevato QI/riserva cognitiva)	Si	No



Le **DEMENZE** in Medicina Generale

"NON SARA' UNA DEMENZA?"

RICONOSCERE E IDENTIFICARE I DISTURBI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI NEGLI ULTRA50ENNI

Cerca...

HOME

STRUMENTI DIAGNOSTICI ▾

LA STANZA
del famigliare- caregiver

I SERVIZI
Mappa in Italia

LE ASSOCIAZIONI
Mappa in Italia

BIBLIOTECA ▾

LINKS

CONTATTI



S.I.M.G.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE
Sezione "Andrea Corridoni" di Ferrara



S.I.M.G.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE
Sezione di Padova



Practitioners beigi, olandesi ed ingiesi, concreuzzano in un loro recente articolo la difficoltà che il Medico di Medicina Generale incontra nel fare diagnosi di demenza durante l'attività ambulatoriale quotidiana nei vari sistemi sanitari in cui lavora.

E' una difficoltà che riconosce molteplici cause per lo più estranee alla cultura con cui il MMG viene formato ed aggiornato non solo in Italia ma evidentemente anche in tutti gli altri paesi esteri.

[> LEGGI TUTTO...](#)

MENU

L'Officina

L'isola

This Island is a State of Mind,
dove arte, scienza e cultura, con
tema demenza, si incontrano con
un tocco di leggerezza



Difficoltà ed ostacoli per la diagnosi tempestiva delle Demenze in MG

- **insufficiente preparazione** (corso di laurea) e **formazione/aggiornamento** professionale (post laurea)
- attribuire la comparsa di deficit cognitivi all'invecchiamento ("**ageismo**")
- sentimenti di "**negativismo**": "**stigma**", **l'incurabilità**, "*non c'è nulla da fare*"
- **bassa prevalenza** nella popolazione generale
- scarsa attenzione, o **ritardato riconoscimento i disturbi del comportamento premonitori** delle demenze (comparsa di sintomi tipici quali alterazione della memoria e dell'attenzione, difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane e lavorative, amnesie, disinibizione, agitazione/aggressività...)
- la **depressione** può essere il primo sintomo di un iniziale decadimento cognitivo
- **assenza di tempo** durante l'attività quotidiana (**in relazione alla forma organizzativa**: medico singolo, medicina in rete, medicina di gruppo senza personale infermieristico, medicina di gruppo integrata)
- **inconsapevolezza e/o negazione della sintomatologia** da parte dei pazienti e/o familiari



Glasgow Declaration 2015

As signatories, we commit ourselves fully to promoting the rights, dignity and autonomy of people living with dementia. These rights are universal, and guaranteed in the European Convention of Human Rights, the Universal Declaration of Human Rights, the International Covenants on Economic, Social and Cultural Rights and Civil and Political Rights, and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

We affirm that every person living with dementia has:

- **The right to a timely diagnosis;**
- **The right to access quality post diagnostic support;**
- **The right to person-centred, coordinated, quality care throughout their illness;**
- **The right to equitable access to treatments and therapeutic interventions;**
- **The right to be respected as an individual in their community.**





N6»2014

Rivista Società Italiana di Medicina Generale

Deterioramento cognitivo/demenza

Alessandro Pirani¹, Lucia Benini², Rita Marchi², Bruno Franco Novelletto³,
Riccardo De Gobbi³

¹ Medico di Medicina Generale, SIMG Ferrara - Centro Delegato Disturbi Cognitivi, Distretto Ovest, AUSL Ferrara;

² Medico di Medicina Generale, SIMG Ferrara; ³ Medico di Medicina Generale, SIMG Padova

Dal deterioramento psico-cognitivo alle demenze: proposta per un modello operativo/formativo per la Medicina Generale

Parte I: Clinica, problematiche diagnostiche, obiettivi

12 Rivista Società Italiana di Medicina Generale

N1»2015

Alessandro Pirani¹, Lucia Benini², Rita Marchi²,
Bruno Franco Novelletto³, Riccardo De Gobbi³

¹ MMG, AUSL FE, SIMG, Ferrara, Centro Delegato Disturbi Cognitivi, Distretto Ovest, AUSL Ferrara;

² MMG SIMG, Ferrara; ³ MMG, SIMG, Padova

Dal deterioramento psico-cognitivo alle demenze: www.demenzemedicinagenerale.net. Proposta per un modello operativo/formativo per la Medicina Generale

Parte II: Il "case finding", gli strumenti diagnostici,
il web per il supporto online al medico di medicina generale

Demenze



Società Italiana di
Medicina Generale
e delle Cure
Primarie

Sezione di Padova

Formazione ▶▶

**DECADIMENTO COGNITIVO:
DIAGNOSI PRECOCE,
DISTURBI COMPORTAMENTALI E
CENNI TERAPEUTICI**

E

◀◀ Informazione



Salvador Dalí - La persistenza della memoria

Caselle di Selvazzano (PD)

Sabato 24 ottobre 2015



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e
Promozione della Salute



IX Convegno

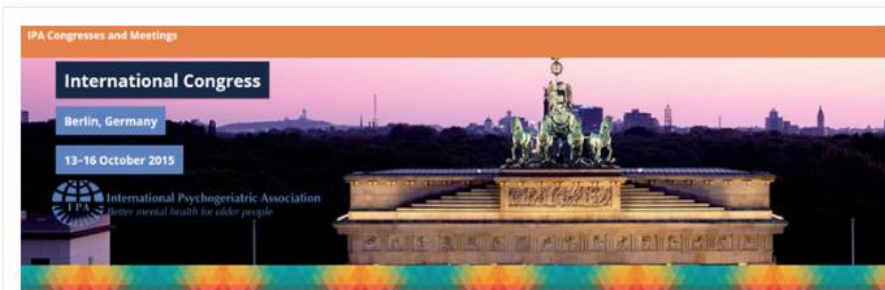
**IL CONTRIBUTO DEI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI
E LE DEMENZE (CDCD) NELLA GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI**

13 novembre 2015 – Istituto Superiore di Sanità

www.demenzemedicinagenerale.net: website sulle demenze per Medici Medicina Generale

Pirani Alessandro, Benini Lucia, Marchi Rita, Novelletto Bruno Franci, De Gobbi Riccardo, Seeher Katrin, Brodaty Henry

IL POSTER PRESENTATO AL CONVEGNO



WWW.GENERALPRACTITIONERDEMENTIA.NET A PROPOSAL FOR A WEB PLATFORM DESIGNED TO HELP GENERAL PRACTITIONERS (GPS) IN MANAGING DEMENTIA.

Caselle di Selvazzano, 24 ottobre 2015

L'approccio farmacologico ai BPSD

Orazio ZANETTI

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
U.O. Alzheimer-Centro per la Memoria
IRCCS, Centro S.Giovanni di Dio - Fatebenefratelli,
Brescia



SIMG Ferrara e SIMG Padova sono presenti al Congresso Internazionale dell'IPA con due lavori:



Giornata
Mondiale Alzheimer
21 settembre
Alzheimer's Disease
International

Demenza

Possiamo ridurre il rischio?

- 1 Controllare il cuore
- 2 Fare regolare esercizio fisico
- 3 Seguire una dieta sana
- 4 Allenare il cervello
- 5 Avere un'attiva vita sociale

www.alzheimer.it/iniziat2014 www.alz.co.uk/WAD

**E' LECITO CHIEDERSI
SE SI PUO' PREVENIRE
LA DEMENZA?**

CIRCA 1/3 DELLE DEMENZE SONO DOVUTE, O FORTEMENTE
INFLUENZATE NELLA LORO EVOLUZIONE, DA

FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI

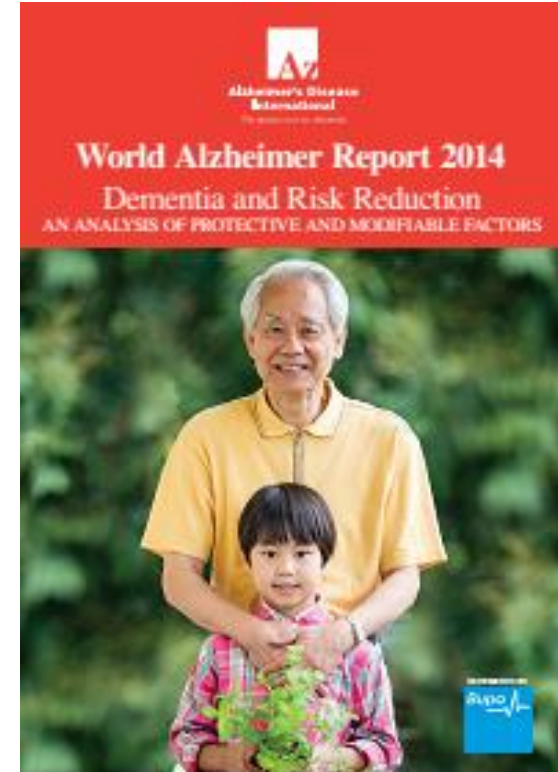
Ipertensione Obesità

Diabete Sedentarietà

Fumo Depressione

Ipoacusia Abuso di alcool

Dislipidemia Isolamento sociale





**Grazie per
l'attenzione**

**.... continua con
Fabiola Talato**