



# GLI STRUMENTI PER LA GESTIONE DELLE DEMEMENZE NELLA MEDICINA GENERALE

**Pirani Alessandro**

Medico di Medicina Generale – Geriatria

Responsabile Sanitario CRA "G. B. Plattis", Cento, (FE)

Responsabile Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze di Cento – AUSL Ferrara

[www.demenzemedicinagenerale.net](http://www.demenzemedicinagenerale.net)

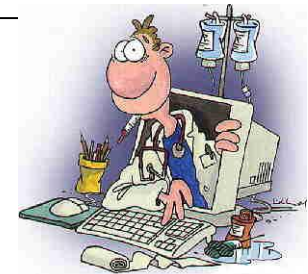
**Indicazioni per**  
**I servizi della rete nella cura delle persone**  
**con demenza ed il sostegno ai familiari**  
**Regione Emilia-Romagna**  
**(dgr 2581/99)**

**Medicina Generale**

**INDICE**

**Premessa**

- 1. CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI: MODELLO ORGANIZZATIVO**
- 2. IL MODELLO OPERATIVO DEL CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI**
- 3. LA PRESA IN CARICO E LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELLA RETE DEI SERVIZI**
- 4. GLI INTERVENTI PSICOSOCIALI PER LE PERSONE CON DEMENZA E LORO FAMILIARI-CAREGIVER**
- 5. LA RETE OSPEDALIERA : ruolo e collegamento**
- 6. QUALITA' E TRASPARENZA**



### 3.2.1.a Rapporti tra i medici di medicina generale (MMG) e la rete dei servizi

La definizione dei rapporti di comunicazione e collaborazione condivisi tra la rete dei servizi e i medici di medicina generale costituisce un presupposto fondamentale per una efficace gestione della persona con demenza all'interno del contesto familiare di appartenenza.

La definizione di un chiaro *rapporto di collaborazione all'interno di un percorso condiviso* può migliorare la gestione della persona con demenza e della sua famiglia.

La DGR n.1398 del 9 ottobre 2006 sottolinea come, **il MMG nel suo ruolo di primo contatto con il sistema sanitario da parte del cittadino e della sua famiglia** e di osservatore dello stato

16

epidemiologico e sociale della popolazione assistita, rappresenta **il soggetto privilegiato per la costruzione di un sistema di conoscenze dei bisogni che è parte fondamentale del processo di cura**, in modo integrato e della formazione della committenza.

La stessa DGR al paragrafo 3) *Gli obiettivi*, tra le funzioni dei MMG, quali componenti dei Nuclei di Cure Primarie cita: *“scambiano informazioni con gli altri professionisti, soprattutto finalizzate alla continuità della cura e all'approfondimento delle conoscenze dello stato di salute, nel rispetto delle normative sulla privacy e sul consenso informato”*.

**In tal modo paziente e familiari possono avere a disposizione l'accesso alla rete attraverso un nodo strategico**, in grado di rappresentare un importante riferimento clinico e assistenziale e per usufruire delle diverse strutture della rete integrata.

Il **MMG** oltre a collaborare nella fase di **presa in carico** partecipa al **follow-up<sup>3</sup>**, ed è soggetto attivo nel garantire la necessaria continuità clinico-assistenziale nel periodo intercorrente tra una visita al Centro e la successiva, in particolare per quanto riguarda la valutazione degli eventuali effetti collaterali alla terapia farmacologica, e la gestione tempestiva degli eventuali problemi clinici intercorrenti.

## 1.6. Modalità di accesso al centro

Il medico di medicina generale , in attesa della valutazione c/o il CDCD, può, Indagare la presenza di un deterioramento cognitivo attraverso **check-list o semplici test di screening** (es. **Test GPCog<sup>1</sup>** vedi allegato 1), ed inviare al CDCD gli esami (ematochimici e/o radiologici) se già disponibili.

**Per le visite di controllo successive,** gestione diretta da parte del CDCD che ha in carico il paziente, sulla base di un percorso di follow-up definito dai professionisti . Il CDCD si propone quindi di organizzare e programmare le visite di controllo successive con agenda dedicata.

---

<sup>1</sup> Il Test GPCog è un test rapido di screening sulla capacità cognitiva (non un metodo di diagnosi della demenza) All'indirizzo web [www.demenzemedicinagenerale.net](http://www.demenzemedicinagenerale.net) è possibile scaricare il test.





## Glasgow Declaration

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.

## **La diagnosi TEMPESTIVA di Decadimento Cognitivo :**

gli strumenti appropriati per il Medico di Medicina Generale

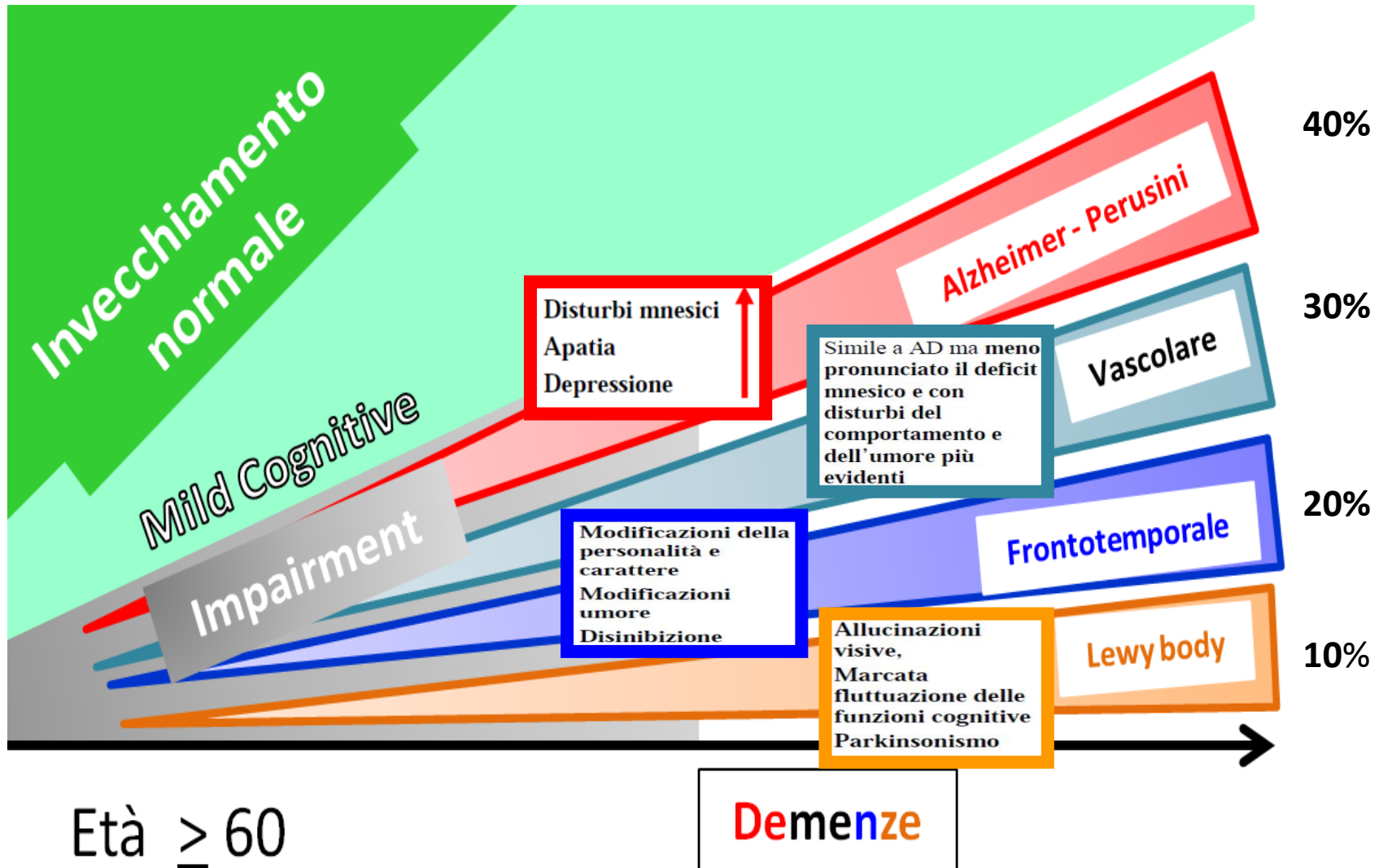
### ***Tematiche:***

- 1. Difficoltà diagnostiche***
- 2. Segni clinici e funzionali***
- 3. Test e questionari***
- 4. Il ruolo del familiare/conoscente***

# La diagnosi TEMPESTIVA di Decadimento Cognitivo

## 1. DIFFICOLTA' DIAGNOSTICHE

Diverse forme di demenza: Alzheimer-Perusini, Vascolare, Fronto Temporale, Lewy Bodies, Miste...



**La diagnosi TEMPESTIVA di Decadimento Cognitivo :  
gli strumenti appropriati per il Medico di Medicina Generale**

***Tematiche:***

***2. Segni clinici e funzionali predittivi di deterioramento cognitivo***

## **I disturbi neurocognitivi (DNC)**

**I DNC** sono disturbi nei quali il deficit clinico primario risiede nella **funzione cognitiva**: sono acquisiti e non legati allo sviluppo.

Sebbene i deficit cognitivi siano presenti in molti disturbi mentali, se non in tutti (p. es., schizofrenia, disturbi bipolari), sono compresi nella categoria dei DNC soltanto i disturbi le cui caratteristiche fondamentali sono cognitive. Nel DSM-IV, i DNC erano identificati con termini : “demenza, delirio, sindrome amnesica e altri disturbi cognitivi”.

**I DNC** , non essendo presenti fin dalla nascita o dal primo periodo di vita, si manifestano con un **deterioramento da un livello di funzionamento precedentemente raggiunto**.

**I sottotipi di DNC sono: 1) lieve 2) maggiore**

## Sottotipo 1) **Disturbo Neurocognitivo Lieve (Mild Cognitive Impairment - MCI) : criteri diagnostici**

- A. **Evidenza di moderato declino cognitivo** da un precedente livello di prestazioni in uno o più domini cognitivi (memoria e apprendimento, percettivo-motorio, attenzione complessa, funzione esecutiva, linguaggio, cognizione sociale) basata su:
1. **percezione** del **sogetto, di un informante o del medico** di un **lieve** declino della funzione cognitiva;
- +
2. **riscontro** di un **modesto** deterioramento delle prestazioni cognitive, **preferibilmente documentato da test neuropsicologici** standardizzati **oppure, in mancanza, da un'altra valutazione clinica con determinazione quantitativa.**
- B. I deficit cognitivi **NON interferiscono con l'autonomia nelle attività quotidiane** (p. es., sono conservate le attività strumentali complesse della vita quotidiana come il pagamento delle bollette o la gestione dei farmaci, ma possono essere richiesti sforzi maggiori, strategie compensative o adattamento)
- C. I deficit cognitivi non compaiono esclusivamente nel contesto di un delirio.
- D. I deficit cognitivi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (p. es., disturbo depressivo maggiore, schizofrenia).

*Specificare* se causato da: **Morbo di Alzheimer** (pp. 611-614) **Degenerazione lobare frontotemporale** (pp. 614-618) **Malattia corpi di Lewy** (pp. 618-21)

**Malattia vascolare** (pp. 621-624)

**Lesione cerebrale traumatica** (pp. 624-627)

**Uso di sostanza/farmaco** (pp. 627-632)

**Infezione da HIV** (pp. 632-634)

**Malattia da prioni** (pp. 634-636)

**Morbo di Parkinson** (pp. 636-638)

**Malattia di Huntington** (pp. 638-641)

**Altra condizione medica** (pp. 641-642)

**Eziologie multiple** (pp. 642-643)

*Specificare:*

**Senza disturbo comportamentale:** il disturbo cognitivo non è accompagnato da nessun disturbo comportamentale rilevante.

**Con disturbo comportamentale** (*specificare il disturbo*): il disturbo cognitivo è accompagnato da un disturbo comportamentale rilevante dal punto di vista clinico (p. es., sintomi psicotici, disturbo dell'umore, agitazione, apatia o altri sintomi comportamentali).

# Sottotipo 1) **Disturbo Neurocognitivo Lieve (Mild Cognitive Impairment - MCI) : forme**

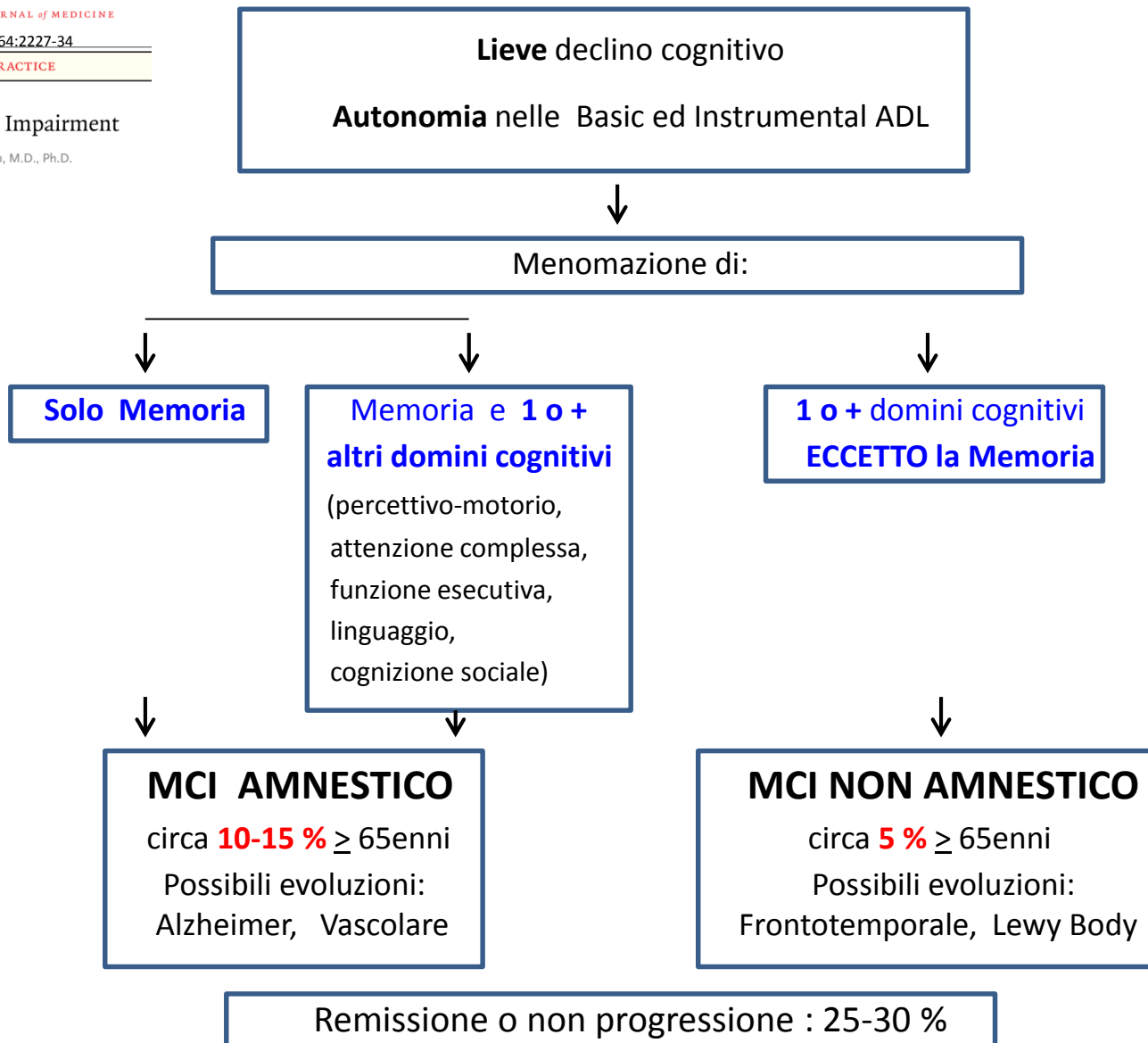
The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

2011; 364:2227-34

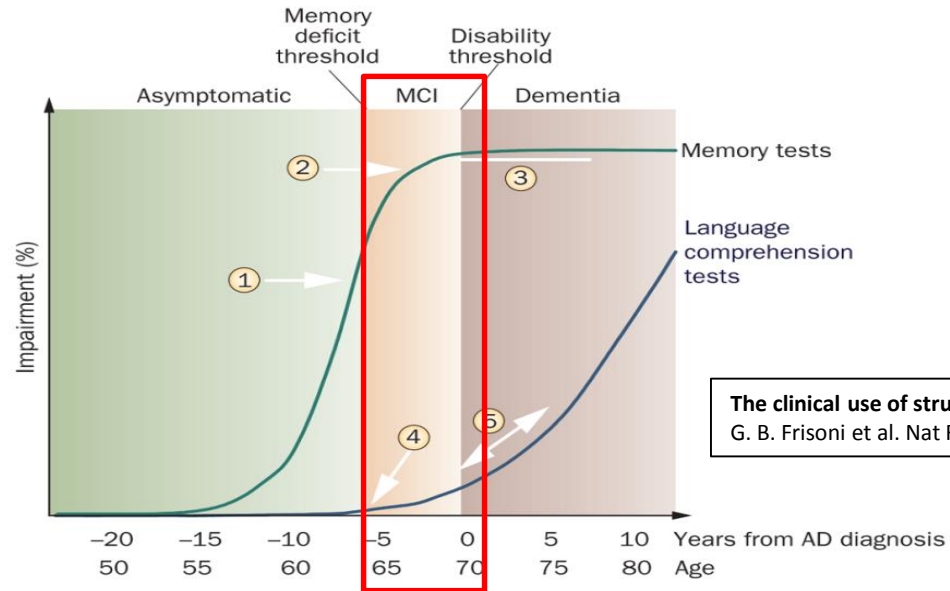
CLINICAL PRACTICE

Mild Cognitive Impairment

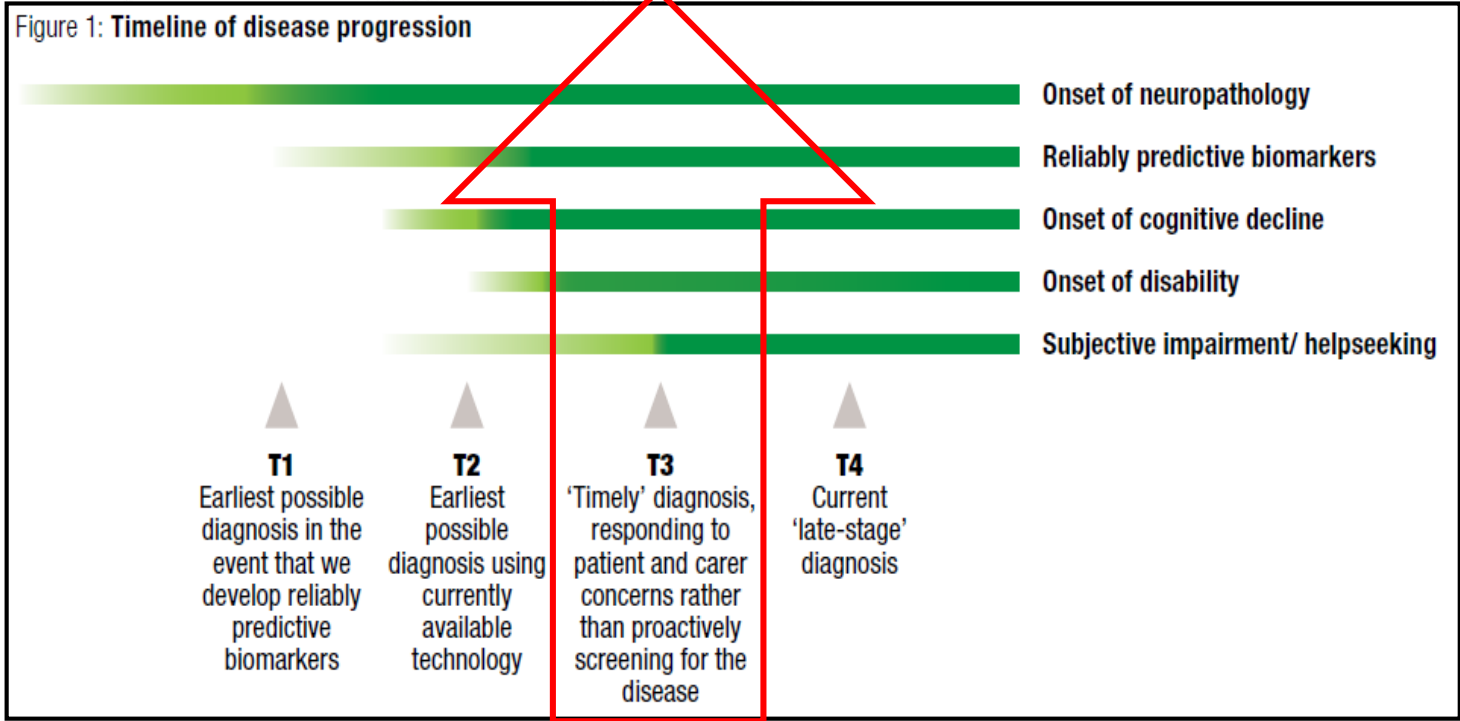
Ronald C. Petersen, M.D., Ph.D.



**La diagnosi  
TEMPESTIVA  
di Decadimento Cognitivo**



**The clinical use of structural MRI in Alzheimer D.**  
G. B. Frisoni et al. Nat Rev Neurol. 2010; 6(2): 67-77.





## Sottotipo 2) **Disturbo Neurocognitivo Maggiore (Demenze)** : criteri diagnostici

A. **Evidenza di rilevante** declino cognitivo da un precedente livello di prestazioni in uno o più domini cognitivi (memoria e apprendimento, percettivo-motorio, attenzione complessa, funzione esecutiva, linguaggio, cognizione sociale) basata su:

1. **percezione** del **sogetto, di un informante o del medico** che si è verificato un **rilevante** declino della funzione cognitiva;

+

2. **riscontro** di un **considerevole** deterioramento delle prestazioni cognitive, **preferibilmente documentato da test neuropsicologici** standardizzati oppure, **in mancanza, da un'altra valutazione clinica con determinazione quantitativa.**

B. I deficit cognitivi **INTERFERISCONO con l'autonomia nelle attività quotidiane** (p. es., come minimo richiesta di assistenza in caso di **attività strumentali complesse della vita quotidiana, come il pagamento delle bollette o la gestione dei farmaci**).

C. I deficit cognitivi non compaiono esclusivamente nel contesto di un delirio.

D. I deficit cognitivi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (p. es., disturbo depressivo maggiore, schizofrenia).

*Specificare* se causato da: **Morbo di Alzheimer** (pp. 611-614) **Degenerazione lobare frontotemporale** (pp. 614-618) **Malattia corpi di Lewy** (pp. 618-21)  
**Malattia vascolare** (pp. 621-624) **Lesione cerebrale traumatica** (pp. 624-627) **Uso di sostanza/farmaco** (pp. 627-632)  
**Infezione da HIV** (pp. 632-634) **Malattia da prioni** (pp. 634-636) **Morbo di Parkinson** (pp. 636-638)  
**Malattia di Huntington** (pp. 638-641) **Altra condizione medica** (pp. 641-642) **Eziologie multiple** (pp. 642-643)

*Specificare:*

**Senza disturbo comportamentale:** il disturbo cognitivo non è accompagnato da nessun disturbo comportamentale rilevante.

**Con disturbo comportamentale** (*specificare il disturbo*): il disturbo cognitivo è accompagnato da un disturbo comportamentale rilevante dal punto di vista clinico (p. es., sintomi psicotici, disturbo dell'umore, agitazione, apatia o altri sintomi comportamentali).

*Specificare* la gravità attuale:

**Lieve:** Difficoltà con attività strumentali della vita quotidiana - IADL (p. es., lavori di casa, gestione del denaro).

**Moderata:** Difficoltà con attività fondamentali della vita quotidiana - ADL (p. es., l'alimentazione, il vestirsi).

**Grave:** del tutto non autosufficiente

# La diagnosi TEMPESTIVA di Decadimento Cognitivo : gli strumenti appropriati per il Medico di Medicina Generale

Tematica:

4. Test e questionari

## Rivista Società Italiana di Medicina Generale

### Direttore Responsabile

Claudio Cricelli

### Direttore Editoriale

Alessandro Rossi

### Direttore Scientifico

Giuseppe Ventriglia

### SIMG

Società Italiana di Medicina Generale  
Via Del Pignoncino 9/11 • 50142 Firenze  
Tel. 055 700027 • Fax 055 7130315  
segreteria@simg.it • www.simg.it

### Copyright by

Società Italiana di Medicina Generale

### Edizione

Pacini Editore S.p.A.  
Via Gherardesca 1 • 56121 Pisa  
Tel. 050 31 30 11 • Fax 050 31 30 300  
Info@pacinieditore.it • www.pacinimedica.it

### Marketing Dpt Pacini Editore Medicina

*Andrea Tognelli*  
Medical Project - Marketing Director  
Tel. 050 31 30 255 • atognelli@pacinieditore.it

*Fabio Poponcini*

Sales Manager  
Tel. 050 31 30 218 • fpoponcini@pacinieditore.it

*Manuela Mori*

Advertising Manager  
Tel. 050 31 30 217 • mmori@pacinieditore.it

### Redazione

*Lucia Castelli*  
Tel. 050 31 30 224 • lcastelli@pacinieditore.it

### Grafica e impaginazione

*Massimo Arcidiacono*  
Tel. 050 31 30 283 • marcidiacono@pacinieditore.it

### Stampa

Industrie Grafiche Pacini • Pisa

### Trapianto di organi

**A simple decision can save multiple lives,  
says father of murdered child**

*Una decisione semplice può salvare molte vite,  
dice il padre di un bambino assassinato*

R. Green ..... 1

### Organizzazione in MG

**Nuove forme organizzative della Medicina Generale  
e "Medici con Speciali Interessi"**

G. Medea, C. Cricelli ..... 3

### NAO-FA

**I nuovi anticoagulanti orali nella profilassi antitrombotica  
in pazienti con fibrillazione atriale**

D. Parretti, S.E. Giustini ..... 6

### Demenze

**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**

A. Pirani, L. Benini, R. Marchi, B.F. Novelletto, R. De Gobbi ..... 12

### Tirocinio MMG

**Il tirocinio in Medicina Generale dell'Università di Bologna:  
valutazioni di studenti e tutor**

C. Tosetti, M. Salera, L. Bagnoli, A. Balduzzi, G. Ermini,  
C. Marzo, S. Rubini, P. Speziali, D. Zocchi ..... 18

### Ischemia cardiaca cronica

**L'aderenza alle prescrizioni terapeutiche dei pazienti  
con patologia ischemica cardiaca cronica**

*Studio osservazionale retrospettivo sui pazienti attivi presenti  
nel database dei MMG della sezione provinciale SIMG di Benevento*

M. D'Avino, G. Caruso, G. Buonomo, E. Menditto, D. Scala ..... 22

### Inserito speciale

**HS-Newsletter**

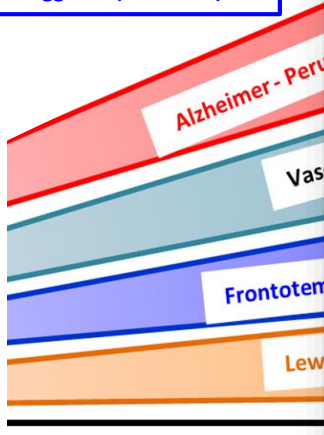
ISSN 1724-1375

1  
2015

ana di  
cina Generale

Segni clinici e funzionali

Disturbo Neurocognitivo  
Maggiore (Demenze)



**SCHEMA N. 1.**

Algoritmo per il riscontro di "d"

Valutazione c

**STATO MENTALE  
NORMALE**

Nessuna alterazione  
mnesica e/o psicologica  
e/o funzionale

**Clinical Dementia Rating Scale Estesa  
Frontotemporal Dementia (CDR-FTD)**

**NORMALE  
CDR 0**

<b>Memoria</b>	<input type="checkbox"/>	Nessuna perdita di memoria o smemoratezza occasionale ed irrilevante
<b>Orientamento</b>	<input type="checkbox"/>	Perfettamente orientato
<b>Giudizio e soluzione di problemi</b>	<input type="checkbox"/>	Risolve bene i problemi quotidiani e gestisce bene gli affari e le finanze; giudizio adeguato rispetto al passato
<b>Vita di comunità</b>	<input type="checkbox"/>	Usuali livelli di autonomia funzionale nel lavoro, acquisti, attività di volontariato e relazioni sociali
<b>Casa e hobbies</b>	<input type="checkbox"/>	Vita domestica, hobbies e interessi intellettuali ben conservati
<b>Cura personale</b>	<input type="checkbox"/>	Interamente capace propria
<b>Comportamento e personalità (FDT)</b>	<input type="checkbox"/>	Comportamento socialmente adeguato ed invariato
<b>Linguaggio (FDT)</b>	<input type="checkbox"/>	Nessuna difficoltà nel linguaggio o occasionali lievi incertezze

Complex ADL

Complex ADL

Instrumental  
+ Complex  
ADL

Basal ADL

Complex ADL

Basal ADL

Medicina Generale

Disturbo neurocognitivo lieve

da un precedente livello di prestazioni in uno o più  
funzione esecutiva, apprendimento e memoria,  
notorio o sociale) basata su:

Alessandro Pirani\*, Lucia Barini\*, Rita Marchi\*,  
Stefano Franco Novelli\*\*, Riccardo De Gobbi\*,  
\*MAG, ADEL, FE, DMG, Firenze; \*\*Centro Diagnostico Italiano, Ospedale Civile, ADEL, Firenze;  
\*MAG, DMG, Firenze; \*\*MAG, DMG, Padova

**Demenze**

Dal deterioramento psico-cognitivo alle demenze:  
[www.demenzemedicinagenerale.net](http://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

Medicina Generale

es. SDS)

1° tappa  
riconoscimento

Riferito da  
familiare

## Neuroimaging Invecchiamento: Memoria normale (BLU) Demenza (ROSSO)

The effects of aging and Alzheimer's disease on cerebral cortical anatomy: Specificity and differential relationships with cognition

Akram Bakkour <sup>A,C,†</sup>, John C. Morris <sup>†</sup>, David A. Wolk <sup>‡</sup>, Bradford C. Dickerson <sup>A,B,C,D,E,\*</sup>

<sup>A</sup> Frontotemporal Dementia Unit, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA

<sup>B</sup> Department of Neurology, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA

<sup>C</sup> Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA

<sup>D</sup> Massachusetts Alzheimer's Disease Research Center, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA

<sup>E</sup> Athinoua A. Martinos Center for Biomedical Imaging, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA

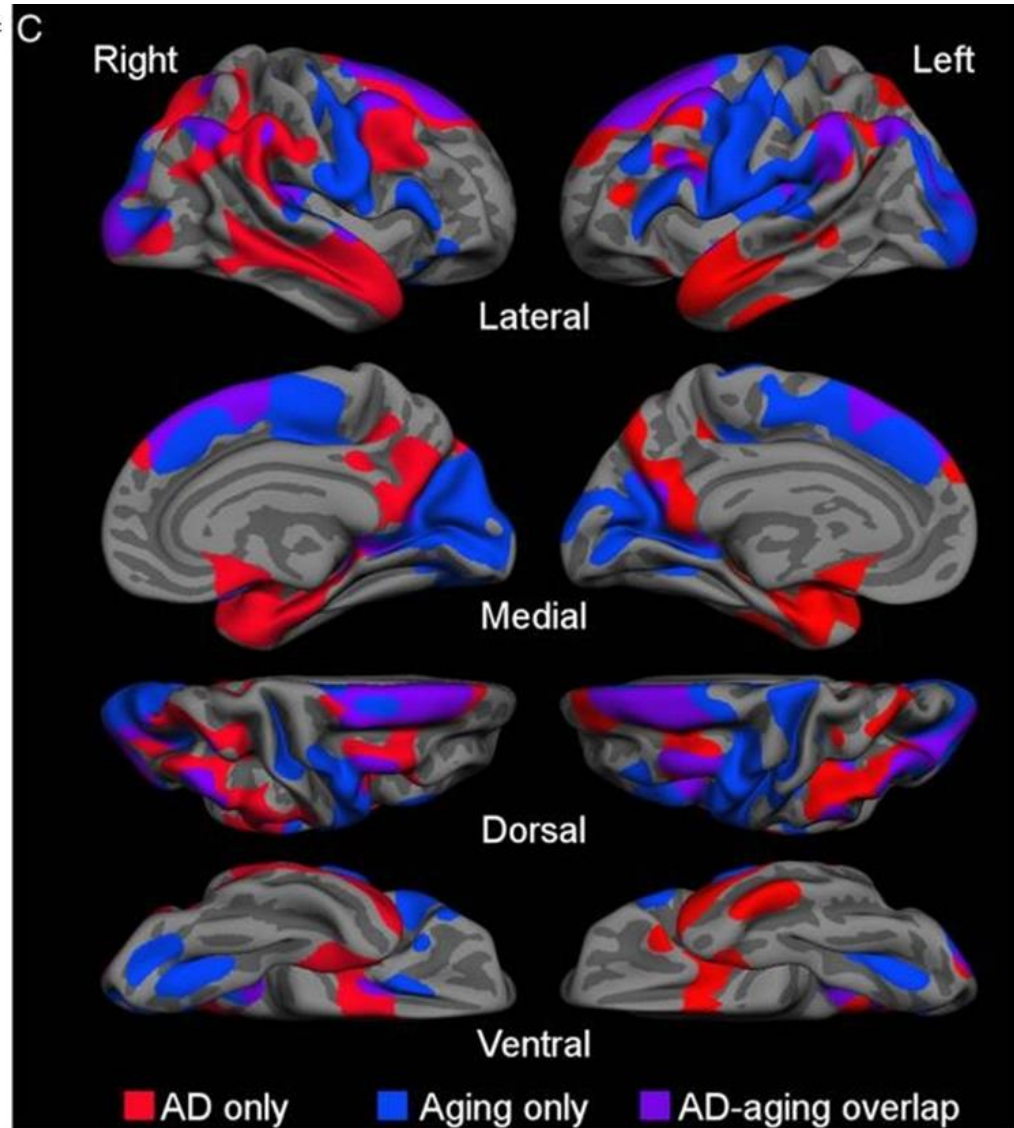
<sup>†</sup> Department of Neurology and Alzheimer's Disease Research Center, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA

<sup>\*</sup> Department of Neurology, Alzheimer's Disease Core Center, Penn Memory Center, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

*Neuroimage.* 2013; 76: 332–344

Binarized map showing areas affected by **aging only (blue)**, by **AD only (red)** and areas affected by **both processes (purple)**.

Maps are presented on the semi-inflated cortical surface of an average brain with dark gray regions representing sulci and light gray regions representing gyri. The color scale at the bottom of A and B represents the statistical significance of the thickness difference with yellow indicating regions with smaller p values





# Valutazione cognitivo - comportamentale e funzionale nell'anziano : la normalità

Nazismo-le-negò-il-dottorato,-pediatra-tedesca-consegue-titolo-a-102-anni



## A 100 anni pilota l'aereo "Però mi vietano la bici"

Dichiarato idoneo a portare (senza occhiali) perfino l'Airbus con 164 passeggeri «E quando avevo il Piper mi facevo Trento-Tripoli andata e ritorno in giornata»

Stefano Lorenzetto - Dom, 26/10/2014 - 18:07

commenta G+1 5 Mi piace 2,6 mila

Dopo 236 missioni belliche, 3 decorazioni (croce di guerra tedesca, croce di guerra italiana, medaglia di bronzo al valor militare), 79 anni da pilota, di cui 5 trascorsi nella Regia aeronautica, oltre 7.000 ore di volo (ma ha smesso di contarle agli inizi del terzo millennio), 6 brevetti e 100 estati che la sorte gli ha elargito, all'approssimarsi dell'autunno il comandante Francesco Volpi è riuscito a portare a termine una missione impossibile, quella che fa di lui un esemplare unico nella storia dell'aviazione mondiale.



Venerdì 9 ottobre, a Milano, presso l'Istituto di medicina aerospaziale dell'Aeronautica militare, si è fatto rinnovare per l'ennesima volta il permesso a pilotare l'aereo. «Mi hanno guardato dentro e fuori dalle 8.30 alle 13, senza trovare nulla di guasto».

## Clinical Dementia Rating Scale Estesa Frontotemporal Dementia (CDR-FTD)

**NORMALE**  
**CDR 0**

### Memoria

Nessuna perdita di memoria o smemoratezza occasionale ed irrilevante

### Orientamento

Perfettamente orientato

### Giudizio e soluzione di problemi

Risolve bene i problemi quotidiani e gestisce bene gli affari e le finanze; giudizio adeguato rispetto al passato

### Vita di comunità

Usuali livelli di autonomia funzionale nel lavoro, acquisti, attività di volontariato e relazioni sociali

### Casa e hobbies

Vita domestica, hobbies e interessi intellettuali ben conservati

### Cura personale

Interamente capace propria

### Comportamento e personalità (FDT)

Comportamento socialmente adeguato ed invariato

### Linguaggio (FDT)

Nessuna difficoltà nel linguaggio o occasionali lievi incertezze

Complex ADL

Complex ADL

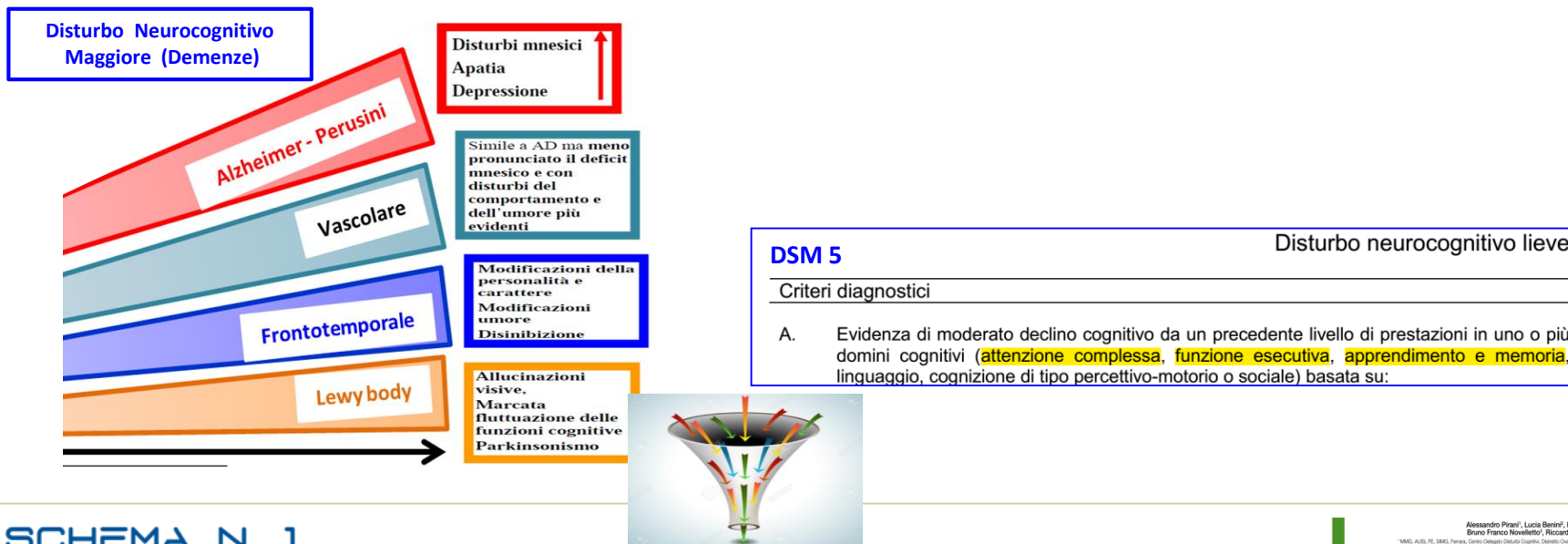
Instrumental + Complex ADL

Basal ADL

Complex ADL

Basal ADL

# Segni clinici e funzionali predittivi di deterioramento cognitivo : Diagnosi tempestiva in Medicina Generale



## SCHEMA N. 1.

Algoritmo per il riscontro di "disturbi neurocognitivi minori o maggiori"<sup>10</sup> in Medicina Generale.

Alessandro Pirani<sup>1</sup>, Lucia Barini<sup>2</sup>, Rita Marchi<sup>3</sup>,  
Stefano Franco Novelli<sup>4</sup>, Riccardo De Gabbis<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>MAG, ADEL, FE, DSM5, Firenze; <sup>2</sup>Centro Diagnostico Geriatrico, Ospedale Civile, ADEL, Firenze; <sup>3</sup>MAG, DSM5, Firenze; <sup>4</sup>MAG, DSM5, Padova

**Demenze**

Dal deterioramento psico-cognitivo alle demenze:  
[www.demenzemedicinagenerale.net](http://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

## Valutazione dello stato mentale in pazienti ambulatoriali ultra 50enni in Medicina Generale

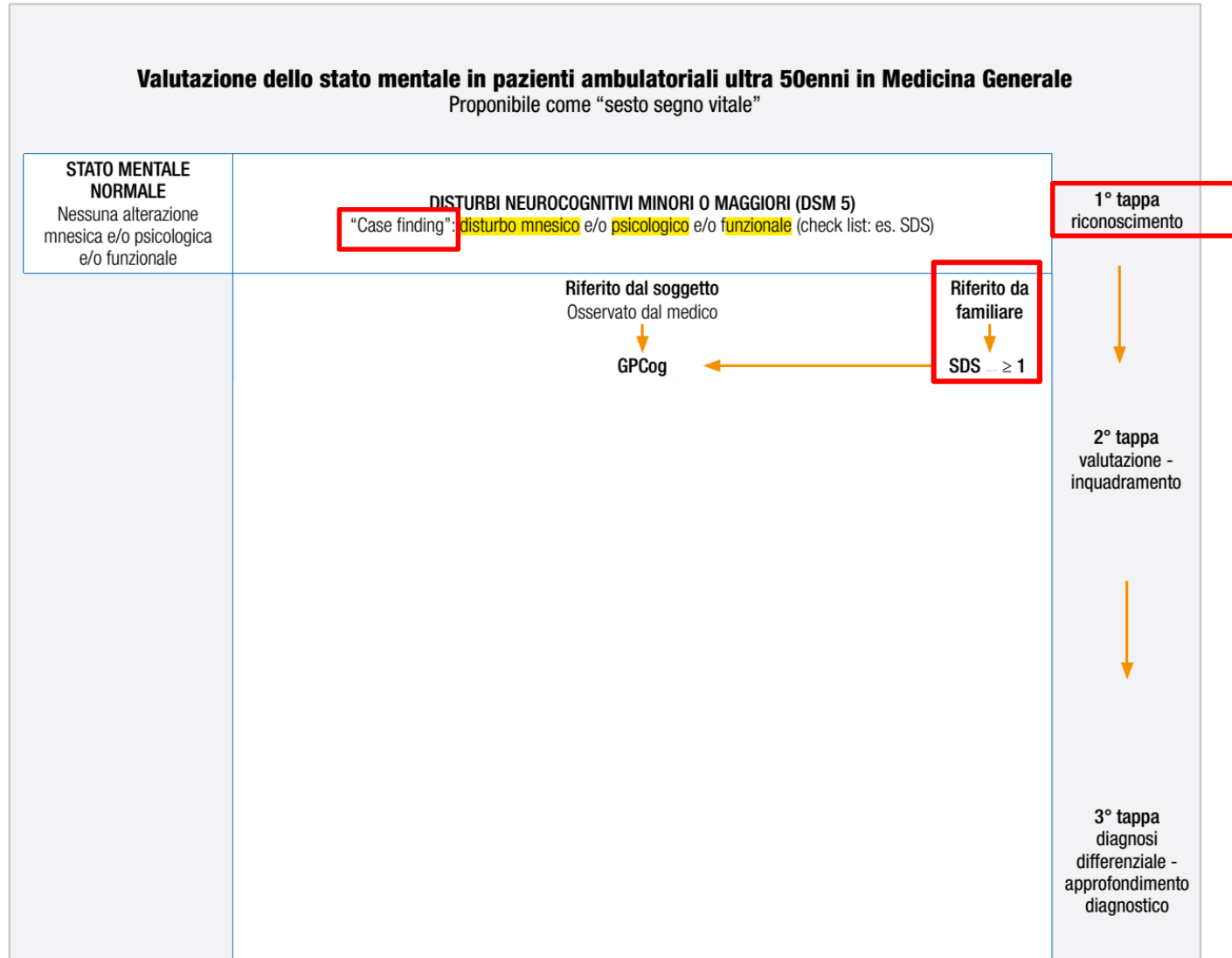
Proponibile come "sesto segno vitale"

<b>STATO MENTALE NORMALE</b> Nessuna alterazione mnesica e/o psicologica e/o funzionale	<b>“Case finding”</b> : disturbo mnesico e/o psicologico e/o funzionale (check list: es. SDS)	<b>1° tappa riconoscimento</b>
	<b>Disturbi Neurocognitivi Minori o Maggiori (DSM 5)</b> <b>Triade Sintomatologica</b>	
	Riferito dal soggetto Osservato dal medico	Riferito da familiare

### 3. Questionario per : **il familiare/conoscente**

#### SCHEMA N. 1.

Algoritmo per il riscontro di "disturbi neurocognitivi minori o maggiori"<sup>10</sup> in Medicina Generale.



### 3. Questionario **Symptoms Dementia Screener (SDS)** per il familiare/conoscente

#### S.D.S. - Symptoms of Dementia Screener modificato

Mundt JC, Freed DM, Greist JH (Journal of Gerontology: Psychological Sciences 2000, Vol. 55B, No. 3, P163-170)

- Istruzioni:**
- l'intervistato, se non è il paziente, deve essere la persona identificata come referente principale del paziente;
  - le domande sono da riferire ad un arco di tempo predefinito superiore a tre mesi;
  - la risposta è da considerare positiva se identifica un cambiamento rispetto al comportamento precedente.

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 1) SINTOMI COMPORMENTALI

	No	SI	
Pazienti anamnesticamente <b>non depressi</b> : E' diventato triste, giù di morale, o piange e si dispera per futili motivi ?	0	1	Non so
Pazienti anamnesticamente <b>depressi</b> : Appare triste, giù di morale, o piange più spesso che in passato ?	0	1	Non so
Ha perso interesse per le sue attività abituali, per es. la lettura o altri passatempi, o andare in chiesa o altre attività sociali?	0	1	Non so
E' diventato più irritabile, agitato o diffidente oppure comincia a vedere o sentire o credere a cose non reali?	0	1	Non so

Sub Totale

#### 2) SINTOMI COGNITIVI

	No	SI	
Bisogna ricordargli di fare o ha bisogno di promemoria per fare cose come le faccende di casa, la spesa o prendere le medicine?	0	1	Non so
Ripete spesso le stesse cose o rivolge agli altri più volte la stessa domanda?	0	1	Non so
E' più smemorato, cioè ha vuoti di memoria, per eventi recenti?	0	1	Non so
Ha problemi nel trovare le parole che vuole dire o finire un discorso o ricordare il nome di persone o cose?	0	1	Non so
Dimentica appuntamenti, ricorrenze familiari o festività?	0	1	Non so

Sub Totale

#### 3) SINTOMI FUNZIONALI (IADL, ADL)

	No	SI	
Comincia ad avere problemi nel fare calcoli, gestire il denaro o controllare i conti?	0	1	Non so
C'è qualche preoccupazione per il suo modo di guidare, per es. tende a perdersi o a guidare in modo poco sicuro o pericoloso? <b>Se non ha la patente si risponde No</b>	0	1	Non so
Comincia ad aver bisogno di aiuto per mangiare, per es. nell'usare coltello e forchetta; o vestirsi, per es. nello scegliere o indossare i vestiti; farsi il bagno o usare i servizi igienici?	0	1	Non so

Sub Totale

TOTALE \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Esaminatore : [ ] MMG; [ ] Infermiere [ ] Paziente (auto-somministrato)

#### S.D.S. - Symptoms of Dementia Screener

Mundt JC, Freed DM, Greist JH

Paziente

_____	_____	_____
Cognome/Nome (gg/mm/aaaa)	tessera sanitaria	data di nascita

Medico di Medicina Generale

_____	_____/_____/_____
Timbro e firma	data di compilazione

Ripete spesso le stesse cose o rivolge agli altri più volte la stessa domanda?	Si	No	Non so
E' più smemorato, cioè ha vuoti di memoria, per eventi recenti?	Si	No	Non so
Bisogna ricordargli di fare o ha bisogno di promemoria per fare cose come le faccende di casa, la spesa o prendere le medicine?	Si	No	Non so
Dimentica appuntamenti, ricorrenze familiari o festività?	Si	No	Non so
Appare triste, giù di morale, o piange più spesso che in passato?	Si	No	Non so
Comincia ad avere problemi nel fare calcoli, gestire il denaro o controllare i conti?	Si	No	Non so
Ha perso interesse per le sue attività abituali, per es. la lettura o altri passatempi, o andare in chiesa o altre attività sociali?	Si	No	Non so
Comincia ad aver bisogno di aiuto per mangiare, per es. nell'usare coltello e forchetta; o vestirsi, per es. nello scegliere o indossare i vestiti; farsi il bagno o usare i servizi?	Si	No	Non so
E' diventato più irritabile, agitato o diffidente oppure comincia a vedere o sentire o credere a cose non reali?	Si	No	Non so
C'è qualche preoccupazione per il suo modo di guidare, per es. tende a perdersi o a guidare in modo poco sicuro o pericoloso? <b>Se non ha la patente si risponde No</b>	Si	No	Non so
Ha problemi nel trovare le parole che vuole dire o finire un discorso o ricordare il nome di persone o cose?	Si	No	Non so

La risposta positiva a cinque degli item giustifica la somministrazione del MMSE

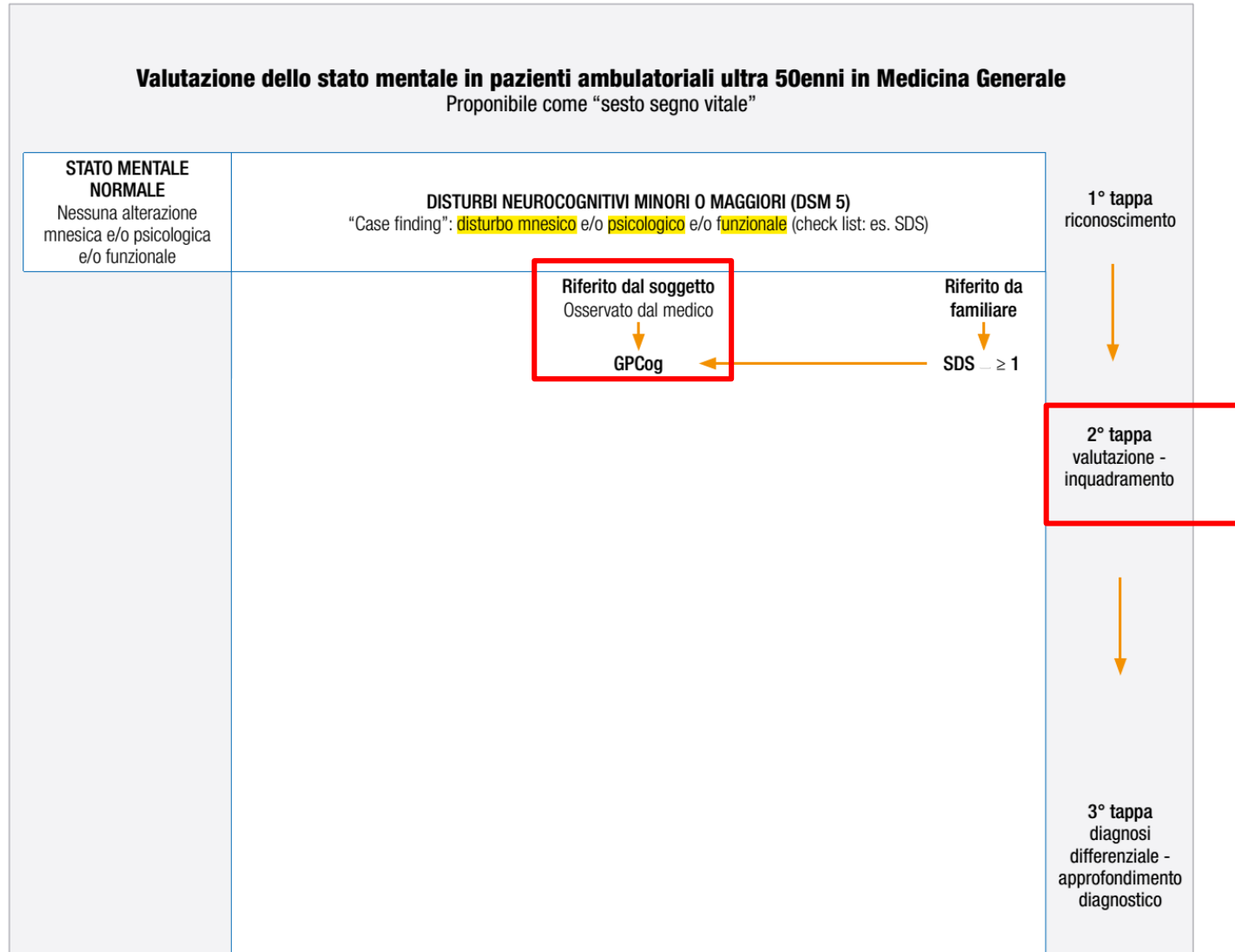


### 3. Test per il paziente

## General Practitioner assessment of Cognition - GPCog

#### SCHEMA N. 1.

Algoritmo per il riscontro di "disturbi neurocognitivi minori o maggiori"<sup>10</sup> in Medicina Generale.



### 3. Test per il paziente

## General Practitioner assessment of Cognition - GPCog (\*)

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

**GPCog** (General Practitioner assessment of Cognition). Breve test per valutare le funzioni cognitive in Medicina Generale

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cognome Nome \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Anni di Scuola : \_\_\_\_\_

#### A) VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Salvo indicazione contraria, formulare ogni domanda una volta sola.

##### RICHIAMO 1° FASE Nominativo ed indirizzo da richiedere nella 2° fase

1. "Ora Le dirò un nome ed un indirizzo. **Le chiedo di ripeterli subito dopo di me**". (Consentire massimo 4 ripetizioni per la memorizzazione: non si assegna punteggio) NUMERO RIPETIZIONI: \_\_\_\_\_

"Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia"

**Dopo l'ultima ripetizione** "Ricordi questo nome ed indirizzo perché Le chiederò di ripetermeli fra pochi minuti."

##### ORIENTAMENTO TEMPORALE

2. Mi dica la data di oggi? (solo la risposta esatta è valida)

Corretto	Sbagliato
1	0

##### FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE Disegno dell'Orologio

3. Per piacere, inserisca tutti i numeri delle ore (**devono essere posizionati correttamente**)

1	0
1	0

4. Per piacere disegni le lancette in modo che segnino le ore 11.10

**INFORMAZIONI 5.** Può raccontarmi un fatto di cronaca, una notizia riportata dai telegiornali o dai giornali in questa settimana?

1	0
---	---

**RICHIAMO 2° FASE 6.** Mi può ripetere il nome e l'indirizzo che Le avevo chiesto di ricordare?

Mario Rossi	1	0
Via Libertà	1	0
42	1	0
Pavia	1	0

**TOTALE**

**PUNTEGGIO**  
9: NORMALE  
< 5: DETERIORAMENTO COGNITIVO  
5-8: BORDERLINE. passare alla sezione B

**Punteggio DISEGNO DELL'OROLOGIO. Domanda 3:** Risposta corretta se i numeri 12, 3, 6 e 9 sono collocati nei quadranti giusti ed anche i restanti numeri delle ore sono inseriti in modo congruo. **Domanda 4.** Risposta corretta se le lancette sono puntate sui numeri 11 e 2 anche se l'esaminato/a non è riuscito a far distinguere la lancetta lunga da quella corta. **INFORMAZIONE.** Non sono necessarie risposte particolarmente dettagliate: l'importante è che l'intervistato dimostri di conoscere un evento recente riportato dai media nell'ultima settimana. Nel caso di risposte generiche, tipo "guerra" "molta pioggia", chiedere ulteriori dettagli: se l'intervistato non è in grado di fornirli classificare la risposta come "sbagliata".

#### B) INTERVISTA CON IL FAMILIARE/CONSCENTE

Chiedere: "Rispetto a qualche anno fa, il paziente...."

I. ... ha più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti?

SI	NO	Non so	N/A
0	1		

II. ...ha più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni?

0	1		
---	---	--	--

III. ...quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?

0	1		
---	---	--	--

IV. .è meno capace di gestire denaro e questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)?

0	1		
---	---	--	--

V. .è meno capace di gestire ed assumere i suoi farmaci da solo/a?

0	1		
---	---	--	--

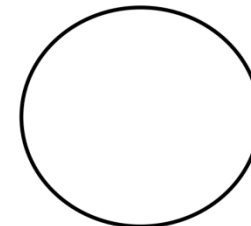
VI. richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)?

0	1		
---	---	--	--

##### PUNTEGGIO

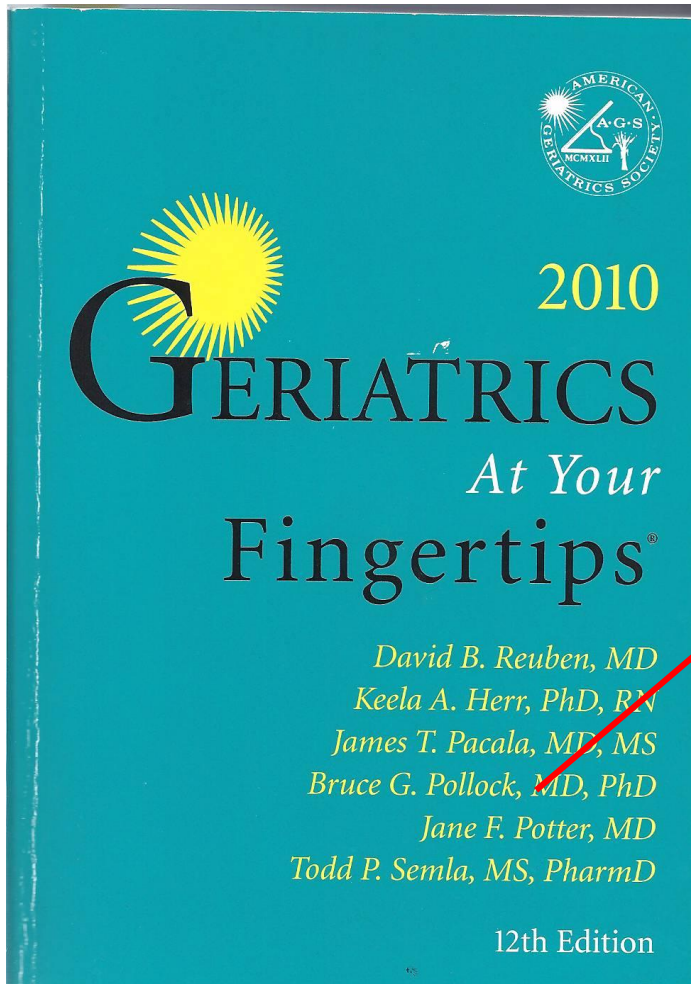
SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = ≤ 3 : DETERIORAMENTO COGNITIVO  
SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = 4-6 : DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE, pre-clinico (Mild Cognitive Impairment) da monitorare ripetendo il GPCog ogni 6-12 mesi

**TOTALE**



(\*) Brodaty, H., Pond D., et al. (2002). The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. JAGS, 50, 530-534.

Pirani, A., Brodaty, H., Zaccherini, D. et. al., (2010): The validation of the Italian version of the GPCOG (GPCOG-It): a contribution to cross-national implementation of a screening test for dementia in general practice. International Psychogeriatrics ; (22) 1: 82-90.



FDG-PET scans approved by Medicare for atypical presentation or course of AD in which frontotemporal dementia diagnosis is suspected. See [www.petscaninfo.com/portals/pat/medicare\\_guidelines\\_alzheimers](http://www.petscaninfo.com/portals/pat/medicare_guidelines_alzheimers).

### DIAGNOSIS OF AD

- Dementia syndrome
- Gradual onset and continuing decline
- Not due to another physical, neurologic, or psychiatric condition or to medications
- Deficits not seen exclusively d

effetto cielo

### PROGRESSION OF AD

**Mild Cognitive Impairment (preclinical)** \*MMSE 26–30; CDR 0.5; FAST 3; MoCA <26

- Report by patient or caregiver of memory loss
- Objective signs of memory impairment
- No functional impairment
- Mild construction, language, or executive dysfunction
- 6%–15% annual conversion rate to dementia syndrome
- Some cases of mild cognitive impairment may not progress to AD

**Early, Mild Impairment (yr 1–3 from onset of symptoms)** \*MMSE 21–25; CDR 1; FAST 4

- Disoriented to date
- Naming difficulties (anomia)
- Recent recall problems
- Mild difficulty copying figures
- Decreased insight
- Social withdrawal
- Irritability, mood change
- Problems managing finances

**Middle, Moderate Impairment (yr 2–8)** \*MMSE 11–20; CDR 2; FAST 5–6

- Disoriented to date, place
- Comprehension difficulties (aphasia)
- Impaired new learning
- Getting lost in familiar areas
- Impaired calculating skills
- Delusions, agitation, aggression
- Not cooking, shopping, banking
- Restless, anxious, depressed
- Problems with dressing, grooming

**Late, Severe Impairment (yr 6–12)** \*MMSE 0–10; CDR 3; FAST 7

- Nearly unintelligible verbal output
- Remote memory gone
- Unable to copy or write
- No longer grooming or dressing
- Incontinent
- Motor or verbal agitation

\* MMSE = Mini-Mental State Examination; CDR = Clinical Dementia Rating Scale; FAST = Reisberg Functional Assessment Staging Scale (p 269); MoCA = Montreal Cognitive Assessment

### NONCOGNITIVE SYMPTOMS

#### Psychotic Symptoms (eg, delusions, hallucinations)

- Seen in about 20% of AD patients
- Delusions may be paranoid (eg, people stealing things, spouse unfaithful)
- Hallucinations (approximately 11% of patients) are more commonly visual

### 58 DEMENTIA

Original Research Article

## Screening for Dementia in Primary Care: A Comparison of the GPCOG and the MMSE

Henry Brodaty<sup>a,b</sup> Michael H. Connors<sup>a,b</sup> Clement Loy<sup>c</sup>  
Armando Teixeira-Pinto<sup>c</sup> Nigel Stocks<sup>d</sup> Jane Gunn<sup>e</sup> Karen E. Mate<sup>f</sup>  
C. Dimity Pond<sup>g</sup>

used to define likely dementia. **Results:** Overall, the GPCOG and the MMSE were similarly effective at detecting likely dementia. **The GPCOG, however, had a higher sensitivity than the MMSE when using published cutpoints.** **Conclusion:** The GPCOG is an effective screening tool for dementia in primary care. It appears to be a viable alternative to the MMSE, whilst also requiring less time to administer.

© 2016 S. Karger AG, Basel

**Table 2.** Psychometric properties of the GPCOG and the MMSE compared to those of the CAMCOG

	GPCOG-total <sup>1</sup> (n = 1,717)	GPCOG-two-stage (n = 1,717)	MMSE <sup>1</sup> (n = 2,028)
AUC	0.92 (0.89–0.95)	–	0.91 (0.89–0.94)
Sensitivity	<b>0.79 (0.71–0.86)</b>	0.80 (0.72–0.87)	<b>0.51 (0.43–0.59)</b>
Specificity	0.92 (0.91–0.93)	0.91 (0.89–0.92)	0.97 (0.96–0.98)
Misclassification rate	8.9%	9.8%	6.7%

Numbers in parentheses show 95% confidence intervals. It is not possible to calculate the AUC for the GPCOG-two-stage because it provides a dichotomous outcome rather than a continuous range of scores.

<sup>1</sup> Sensitivity, specificity, and misclassification rate are shown for the GPCOG and the MMSE according to published cutpoints – 10/11 for the GPCOG, 23/24 for the MMSE.

PS01-59

### Comparison of MMSE, MoCA and GPCog in the early diagnosis of dementia



Pirani Alessandro<sup>1,2</sup>, Zaccherini Davide<sup>2</sup>, Tullipani Cristina<sup>2</sup>, Fabbo Andrea<sup>3</sup>, Neviani Francesca<sup>4</sup>, Neri Mirco<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Alzheimer's Association "Francesco Mazzuca", Cento, (Fe), Italy,

<sup>2</sup> Memory Clinic, Health County of Ferrara, Cento, Italy

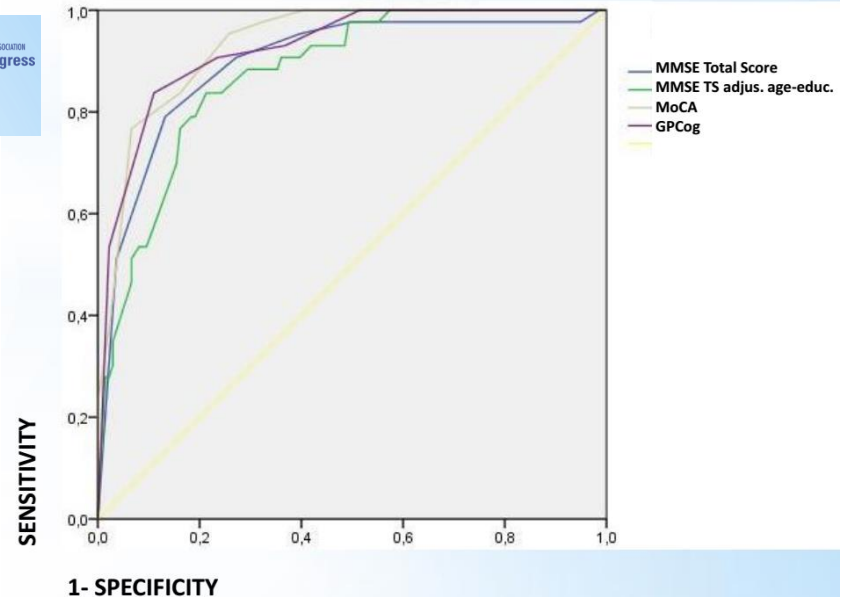
<sup>3</sup> Dementia Programme, Health Trust, Health County of Modena, Italy

<sup>4</sup> Chair of Geriatrics, University of Modena and Reggio Emilia, Modena, Italy



**Table 2**

	MMSE Total Score	MMSE TS adjusted age-educ.	MoCA	GPCog Cognitive Section
AUC	0,917	<b>0,875</b>	0,933	0,924
AUC 95% confidence interval	0,875-0,959	0,821 - 0,929	0,898-0,969	0,882–0,967
Significance	,000	,000	,000	,000



### 3. Test per il deterioramento cognitivo General Practitioner assessment of Cognition – GPCog Sezione Cognitiva

### GPCOG

General Practitioner assessment of Cognition; test per deterioramento cognitivo per Medici Medicina Generale

**CRITERI INCLUSIONE PAZIENTE.** Età da 50 a 90 aa; **ESCLUSIONE** = gravi menomazioni vista o udito.

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ COGNOME NOME \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ANNI DI SCUOLA : \_\_\_

**A) VALUTAZIONE DEL PAZIENTE** Salvo indicazione contraria, formulare ogni domanda una volta sola.

**RICHIAMO 1° FASE** Nominativo ed indirizzo da richiedere nella 2° fase

1. "Ora Le dirò un nome ed un indirizzo. Le chiedo di ripeterli subito dopo di me. Ricordi questo nome ed indirizzo perché Le chiederò di ripetermeli di nuovo fra pochi minuti. (Consentire un massimo di 4 tentativi ma momento) NUMERO RIPETIZIONI \_\_\_

Apprendimento: 5 elementi vs 3 del MMSE

"Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia"

**ORIENTAMENTO TEMPORALE**

Memoria

2. Mi dica la data di oggi? (solo la risposta esatta è valida)

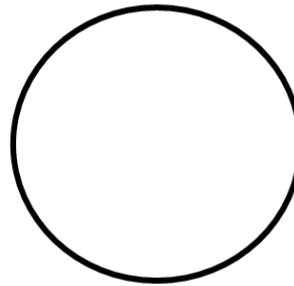
Corretto	Sbagliato
1	0

**FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE** Disegno dell'Orologio (usare un foglio con un cerchio prestampato)

3. Per piacere, inserisca tutti i numeri delle ore (devono essere posizionati correttamente)

1	0
1	0

4. Per piacere disegni le lancette in modo che segnino le ore 11.10



Percettivo-motoria

Attenzione complessa

Funzione esecutiva

Linguaggio

**INFORMAZIONI 5.** Può raccontarmi un fatto di cronaca, una notizia riportata dai telegiornali o dai giornali in questa settimana?

1	0
---	---

Memoria dell'Apprendimento

**RICHIAMO 2° FASE 6.** Mi può ripetere il nome e l'indirizzo che Le avevo chiesto di ricordare? **Mario Rossi**

1	0
---	---

**Rossi**

1	0
---	---

**Via Libertà**

1	0
---	---

**42**

1	0
---	---

**Pavia**

1	0
---	---

**TOTALE**

--	--

#### PUNTEGGIO

9: NORMALE

< 5: COGNITIVAMENTE DETERIORATO

5-8: BORDERLINE. passare alla sezione B

**Punteggio DISEGNO DELL'OROLOGIO. Domanda 3:** Risposta corretta se i numeri 12, 3, 6 e 9 sono collocati nei quadranti giusti ed anche i restanti numeri delle ore sono inseriti in modo congruo. **Domanda 4.** Risposta corretta se le lancette sono puntate sui numeri 11 e 2 anche se l'esaminato/a non è riuscito a far distinguere la lancetta lunga da quella corta. **INFORMAZIONE.** Non sono necessarie risposte particolarmente dettagliate: l'importante è che l'intervistato dimostri di conoscere un evento recente riportato dai media nell'ultima settimana. Nel caso di risposte generiche, tipo "guerra" "molta pioggia", chiedere ulteriori dettagli: se l'intervistato non è in grado di fornirli classificare la risposta come "sbagliata".



3. Test per il deterioramento cognitivo  
 General Practitioner assessment  
 of Cognition – GPCog  
 Sezione Funzionale :  
 Intervista al Familiare

**PUNTEGGIO**

9: NORMALE

< 5: DETERIORAMENTO COGNITIVO

**5-8: BORDERLINE. passare alla sezione B**



**B) INTERVISTA CON IL FAMILIARE/CONSCENTE** Chiedere: "Rispetto a qualche anno fa, il paziente..."

3 item mnesici

3 item funzionali (IADL)

- I. ... ha più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti?
- II. ...ha più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni?
- III. ..quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?
- IV. .è meno capace di gestire denaro e questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)?
- V. . è meno capace di gestire ed assumere i suoi farmaci da solo/a?
- VI. richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)?

SI	NO	Non so	N/A
0	1		
0	1		
0	1		
0	1		
0	1		
0	1		
<b>TOTALE</b>			

**PUNTEGGIO**

SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = ≤ 3 : DETERIORAMENTO COGNITIVO

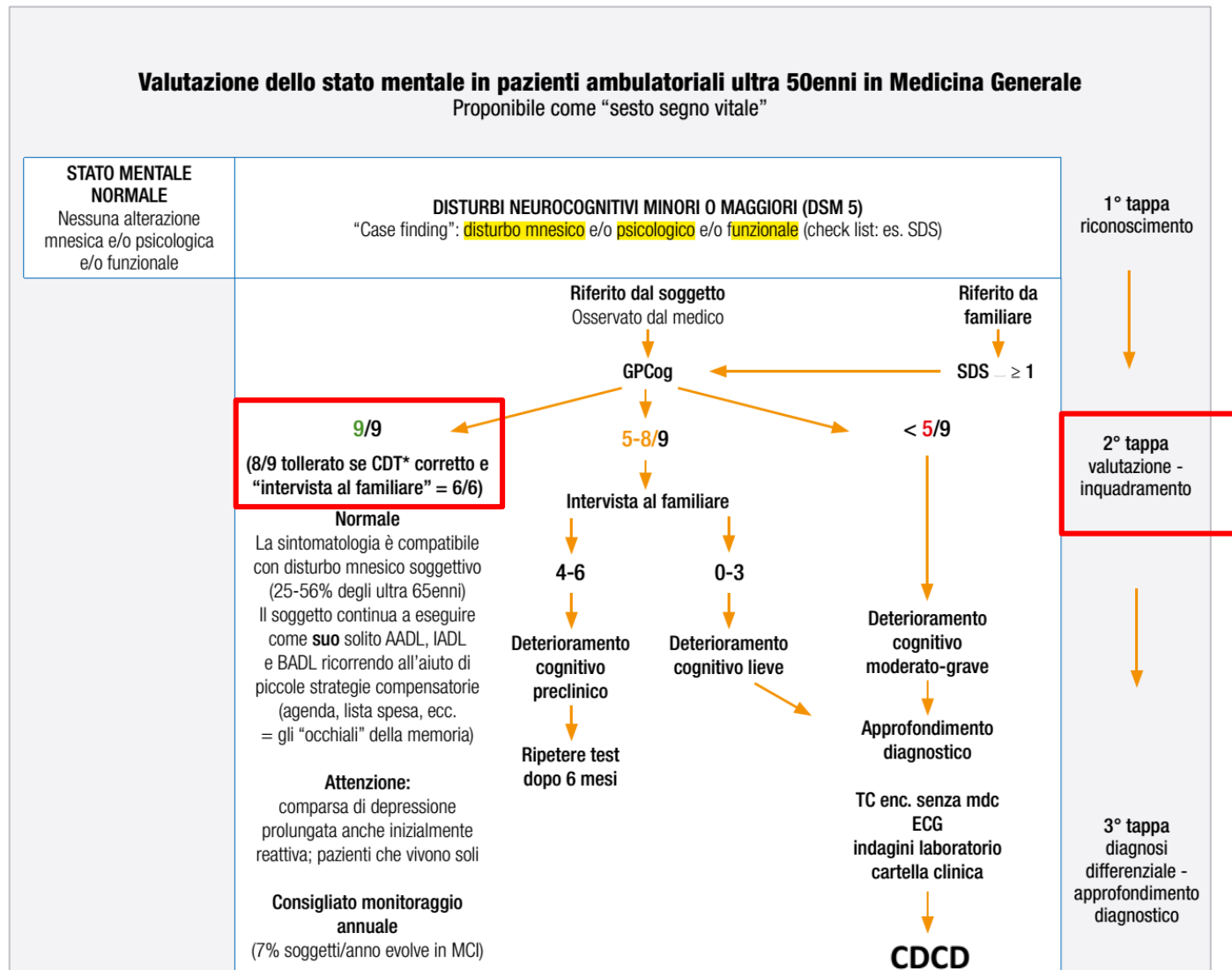
SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = 4-6 : DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE, pre-clinico (Mild Cognitive Impairment) da monitorare ripetendo il GPCog ogni 6-12 mesi

### 3. Test per il paziente

## General Practitioner assessment of Cognition - GPCog

#### SCHEMA N. 1.

Algoritmo per il riscontro di "disturbi neurocognitivi minori o maggiori"<sup>10</sup> in Medicina Generale.

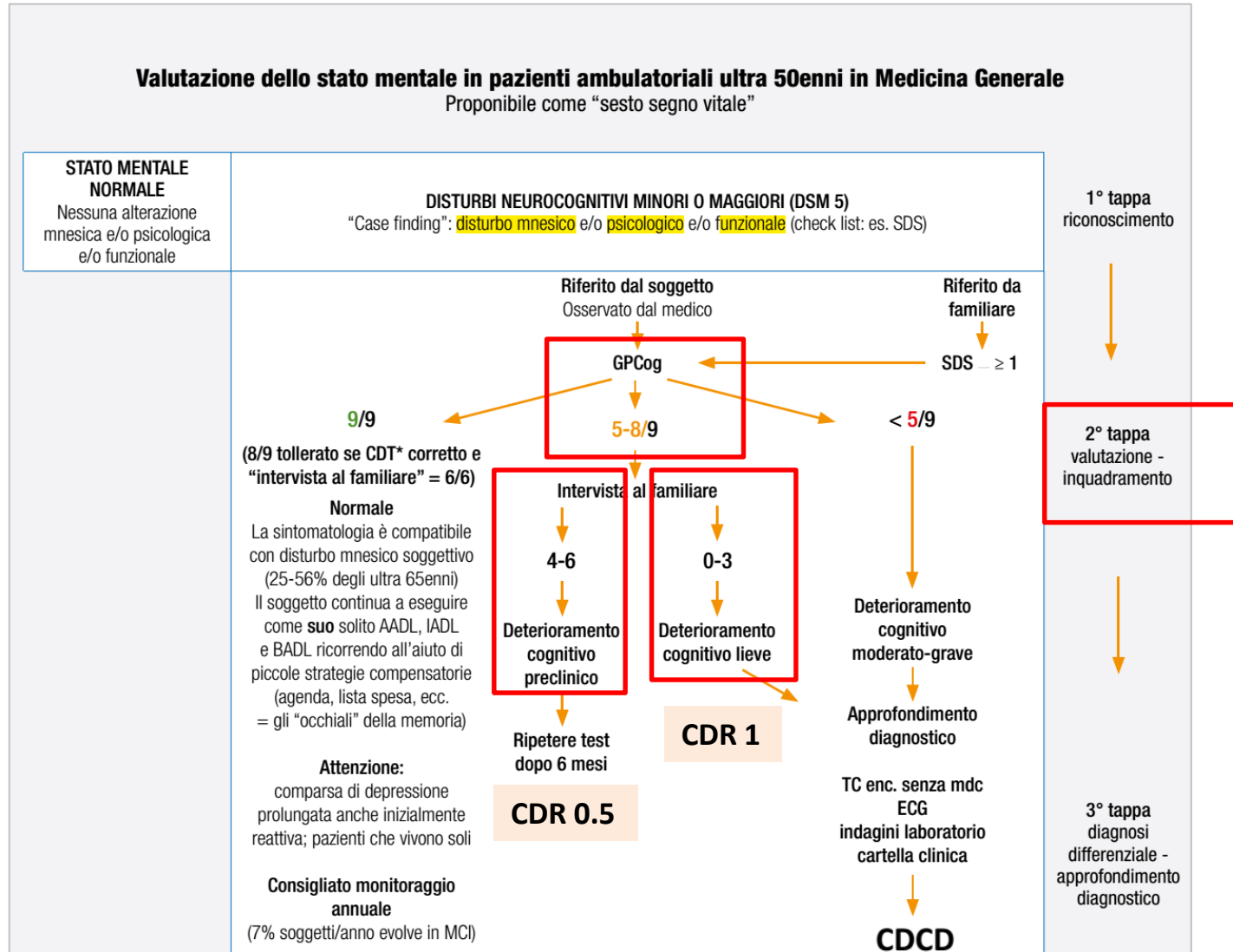


### 3. Test per il paziente

## General Practitioner assessment of Cognition - GPCog

#### SCHEMA N. 1.

Algoritmo per il riscontro di "disturbi neurocognitivi minori o maggiori"<sup>10</sup> in Medicina Generale.



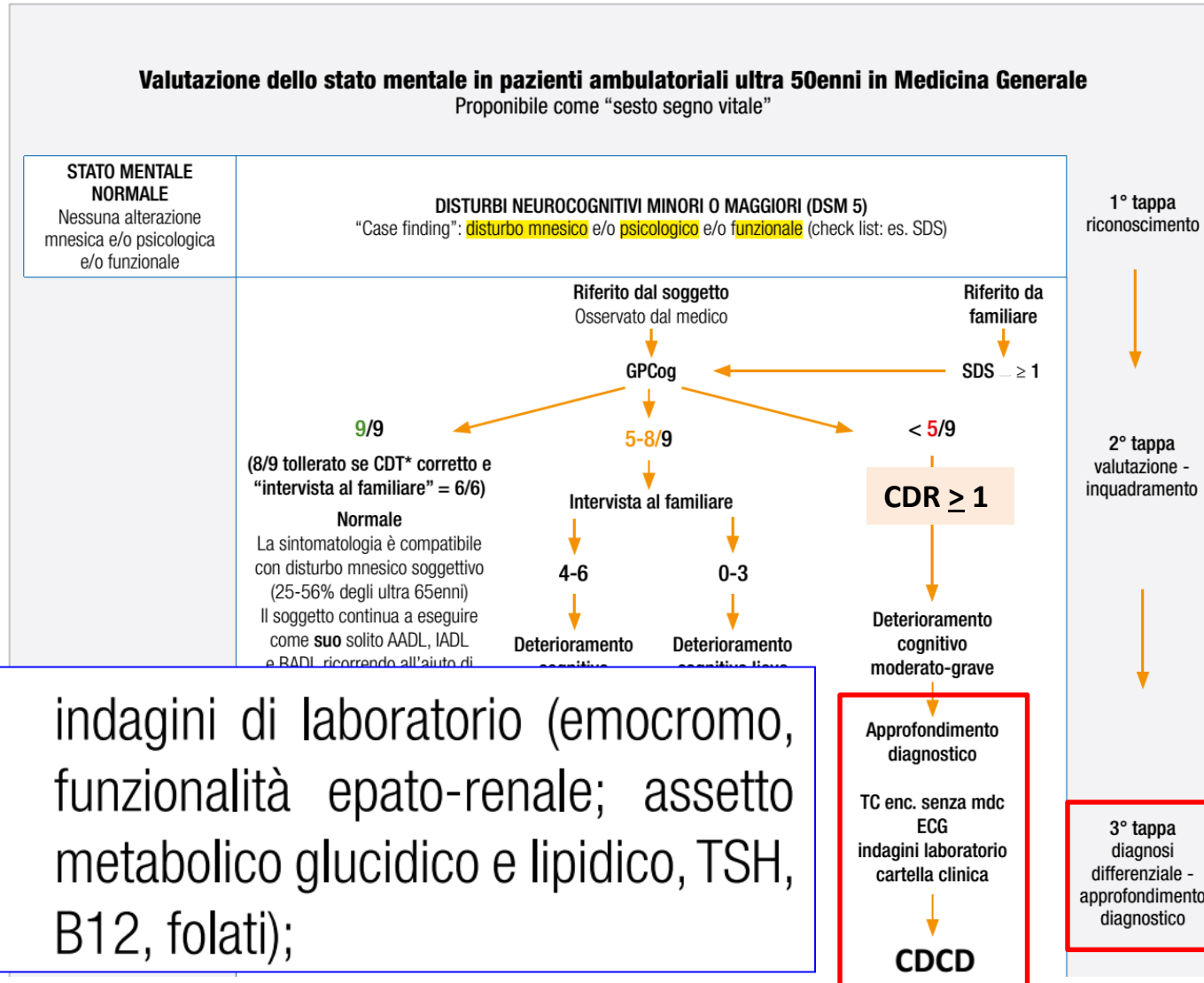


### 3. Test per il paziente

## General Practitioner assessment of Cognition - GPCog

#### SCHEMA N. 1.

Algoritmo per il riscontro di "disturbi neurocognitivi minori o maggiori"<sup>10</sup> in Medicina Generale.



### 3. Test per il paziente

## General Practitioner assessment of Cognition – GPCog versus MMSE e MiniCog

MARTEDI DATA 24/05/2016

Cognome **C. P.**

Sesso  [F] Data di nascita 17/07/1937 Scolarità DIPL. NA. INF. INF. 1960

RIFERISCO ANNESI NON FUNZIONALI

**MINI-MENTAL STATE EXAMINATION** LAVORO = EX. IMPROVVISATO

Orientamento temporale	In che anno siamo?	2016	(0-1)	1
	In che stagione siamo?	PRIMAVERA	(0-1)	1
	In che mese siamo?	MAGGIO	(0-1)	1
	Mi dica la data di oggi	23-24	(0-1)	1
	Che giorno della settimana è oggi?	MARTEDI	(0-1)	1
Orientamento spaziale	Mi dica in che nazione siamo?	ITALIA	(0-1)	1
	In quale regione italiana siamo?	EMILIA	(0-1)	1
	In quale città ci troviamo?	CONTO	(0-1)	1
	Mi dica il nome del luogo dove ci troviamo	VIA BONNINI	(0-1)	1
	A che piano siamo?	10	(0-1)	1
Memoria : Immediata	Fare ripetere "pane, casa, gatto". La prima ripetizione dà adito al punteggio. Ripetere finché il soggetto esegue correttamente, max. 6 volte. Tentativi n. _____		(0-3)	3   3
Attenzione e calcolo	Fare contare a ritroso da 100 togliendo 7 per 5 volte. 93 [X], 86 [X], 79 [X], 72 [X], 65 [X] 58		(0-5)	5   5
Memoria : Richiamo	Richiamare i tre termini precedentemente imparati		(0-3)	3   3

Lingua: \_\_\_\_\_

Prassia: \_\_\_\_\_

PI: \_\_\_\_\_

PI: \_\_\_\_\_

**GPCog**

General Practitioner assessment of Cognition to alla diagnosi delle demenze in Medicina Generale

Data / / Cognome Nome **C. P.** Nato/a / / Anni di Scuola: \_\_\_\_\_

**A) VALUTAZIONE DEL PAZIENTE** Salvo indicazione contraria, formulare ogni domanda una volta sola.

**RICHIAMO 1° FASE Nominativo ed indirizzo da richiedere nella 2° fase**

1. "Ora Le dirò un nome ed un indirizzo. Le chiedo di ripeterli subito dopo che ho finito. Ricordi questo nome ed indirizzo perché Le chiederò di ripetermeli di nuovo fra pochi minuti. (Consigliamo un massimo di 4 tentativi ma senza assegnare punteggio per il momento) NUMERO RIPETIZIONI 4 = FOUR

"Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia"


**ORIENTAMENTO TEMPORALE**

2. Mi dica la data di oggi? 24/5/2016 (solo la risposta esatta è valida) Corretto  Sbagliato

**FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE** Disegno dell'Orologio

3. Per piacere, inserisca tutti i numeri delle ore (devono essere posizionati correttamente) 1  0

4. Per piacere disegni le lancette in modo che segnino le ore 11.10 1  0



**INFORMAZIONI 5.** Può raccontarmi un fatto di cronaca, una notizia riportata dai telegiornali o dai giornali in questa settimana?

1  0

**RICHIAMO 2° FASE 6.** Mi può ripetere il nome e l'indirizzo che Le avevo chiesto di ricordare? **Mario Rossi** 1  0

**Via Libertà** 1  0

**Pavia** 1  0

**PUNTEGGIO**

9: NORMALE

< 5: DETERIORAMENTO COGNITIVO

5-9: DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE, pre-clinico (Mild Cognitive Impairment)

**TOTALE** 42  41  40  39  38  37  36  35  34  33  32  31  30  29  28  27  26  25  24  23  22  21  20  19  18  17  16  15  14  13  12  11  10  9  8  7  6  5  4  3  2  1  0

**FRASE/CONOSCENZE** Chiedere: "Rispetto a qualche anno fa, il paziente..."

venimenti recenti?	SI <input checked="" type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Non so <input type="radio"/>	N/A <input type="radio"/>
visite a distanza di pochi giorni?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Non so <input type="radio"/>	N/A <input type="radio"/>
ripetere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?	SI <input type="radio"/>	NO <input checked="" type="radio"/>	Non so <input type="radio"/>	N/A <input type="radio"/>
questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Non so <input type="radio"/>	N/A <input type="radio"/>
assumere i suoi farmaci da solo/a?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Non so <input type="radio"/>	N/A <input type="radio"/>
usare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Non so <input type="radio"/>	N/A <input type="radio"/>

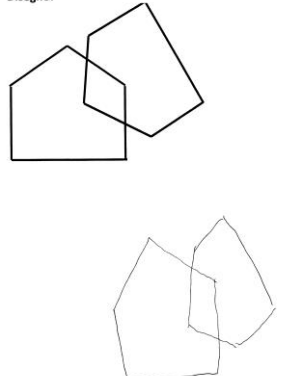
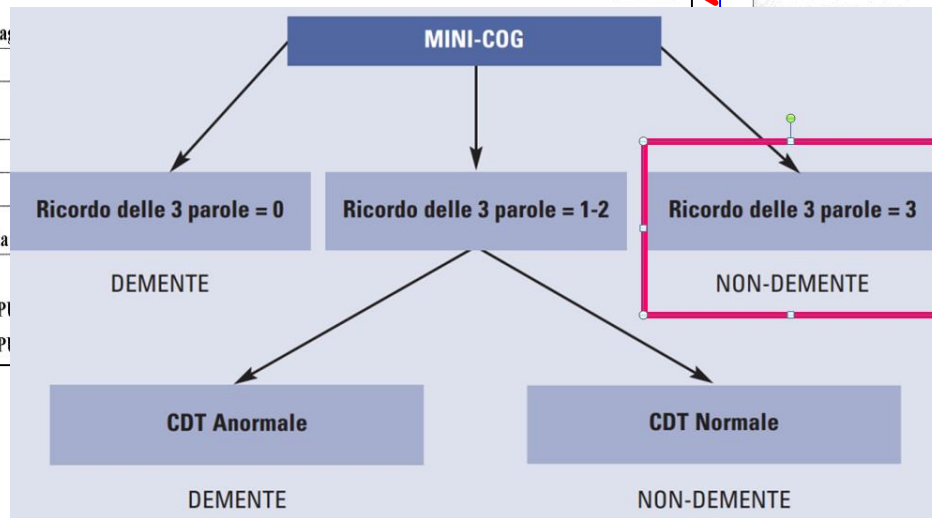
**PUNTEGGIO**

DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE, pre-clinico (Mild Cognitive Impairment)

da monitorare ripetendo il GPCog ogni 6-12 mesi

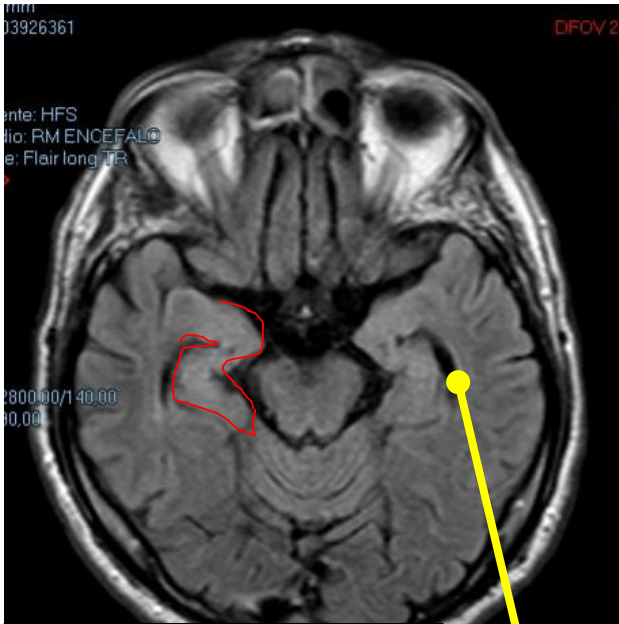
Frasi: ogni è una Bella Giorno

Disegno:

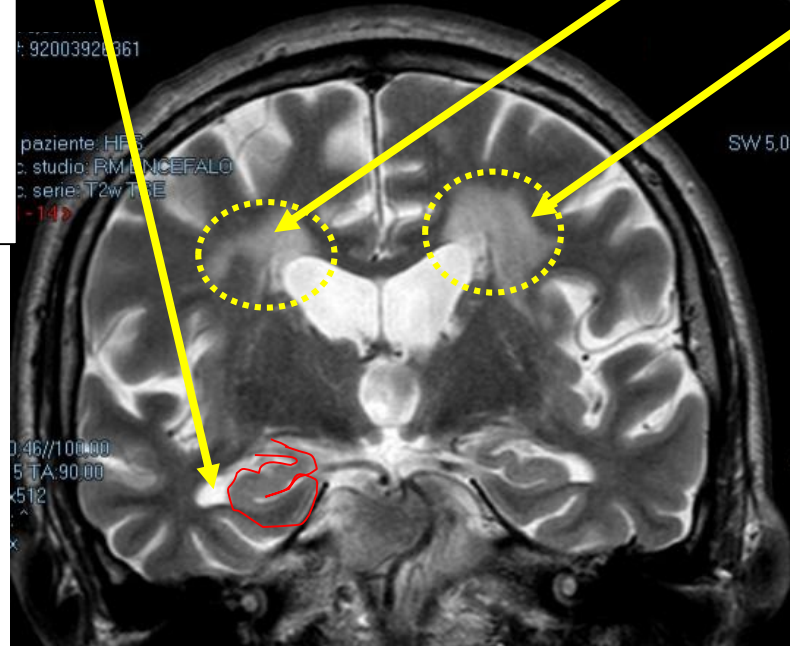
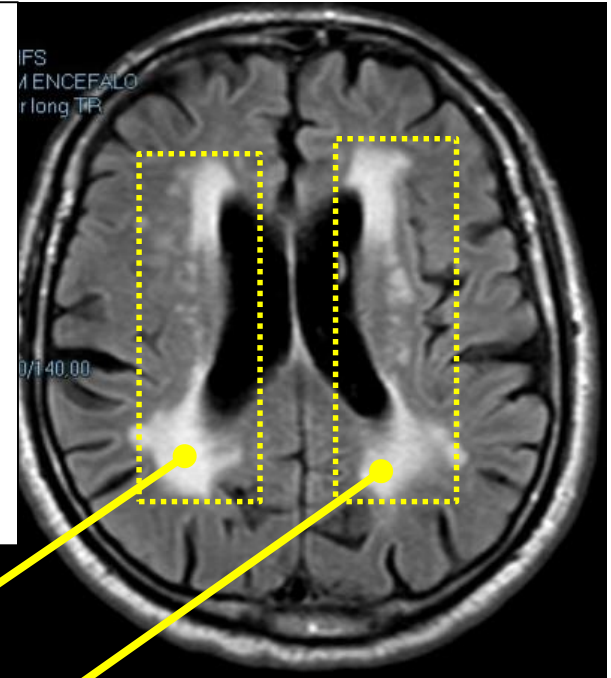
## Neuroimaging

## C. P. : RM Encefalo



Lobi temporali mediali  
– ippocampi : lieve  
atrofia ma rimangono  
ben identificabili e  
delimitabili.

Estesa gliosi  
cicatriziale  
sostanza bianca  
periventricolare  
(corona radiata) e  
sottorticale  
**fronto-temporo-  
occipitale  
in encefalopatia  
vascolare.**



Il GPCog nel case-finding del deterioramento cognitivo nella pratica ambulatoriale: prime esperienze pratiche.

### In press

Pirani Alessandro <sup>1</sup>, Benini Lucia <sup>1</sup>, Ricci Clara <sup>2</sup>, Casatta Lucia <sup>2</sup>, Lovascio Serafina <sup>2</sup>, Pellegrini Marina <sup>2</sup>, Mazzoleni Francesco <sup>3</sup>, Brignoli Ovidio <sup>4</sup>.

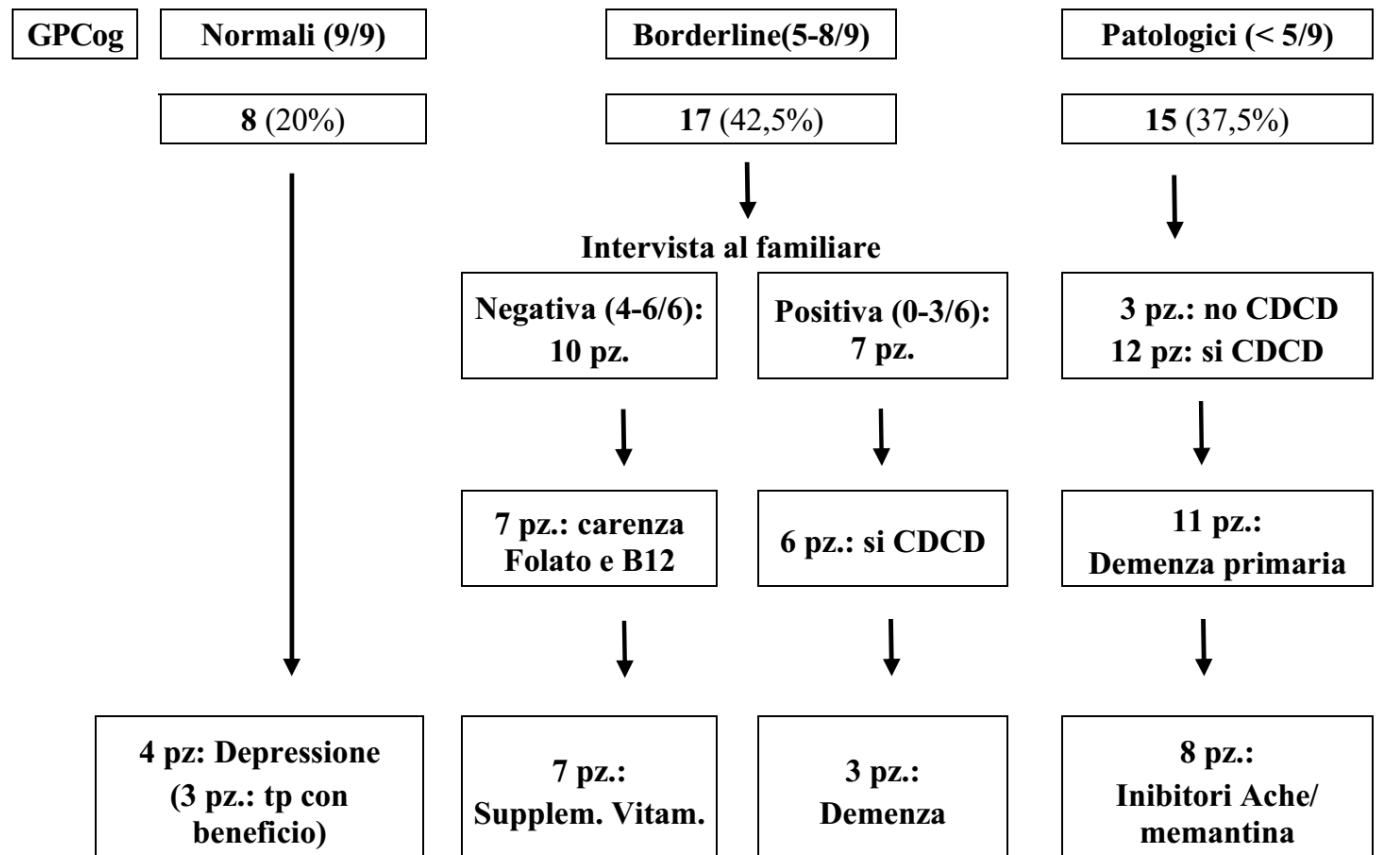
<sup>1</sup> MMG, SIMG Ferrara

<sup>2</sup> MMG, SIMG Udine

<sup>3</sup> MMG, SIMG Sondrio

<sup>4</sup> MMG, SIMG Brescia

**Figura 2.** Medicina di Gruppo/Rete di Tavagnacco, (UD) : percorsi ed outcome dei pazienti valutati con GPCog.

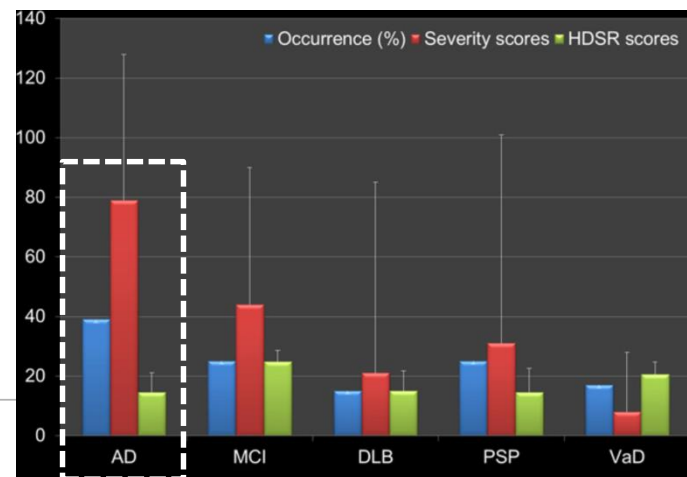




La diagnosi TEMPESTIVA di Decadimento Cognitivo: gli strumenti appropriati per il MMG

## Segni neurologici atipici

**Il “Segno della Testa Ruotata”**: tipico dell'Alzheimer, il paziente gira la testa verso l'accompagnatore durante l'anamnesi, la descrizione dei sintomi, l'esecuzione dei test. E' ripetuto più volte durante la visita : segnala l'incapacità del paziente a rispondere a domande semplici (Mi dica la data? Quando è nato ? Quanti anni ha? Quanti figli ha ? Che disturbi ha ? ) con richiesta di aiuto all'accompagnatore come strategia di compenso per superare semplici difficoltà.



## Head Turning Sign May Help Identify Alzheimer's

Pauline Anderson | June 01, 2016

COPENHAGEN — A simple, rapid test called the Head Turning Sign (HTS) may help to assess the presence of Alzheimer's disease (AD) dementia.

Patients who turn their head toward their caregiver for assistance or cues to help them answer simple questions are more likely to have AD dementia than mild cognitive impairment (MCI) or frontotemporal dementia (FTD), a new study shows.

"Turning one's head should be regarded as a warning sign, although a nonspecific warning sign, for AD, especially if it's repeated throughout a consultation," said lead study author Miguel Tábuas Pereira, Neurology Department, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal. "The more frequent the sign, the more specific it is."

**La diagnosi TEMPESTIVA di Decadimento Cognitivo :  
gli strumenti appropriati per il Medico di Medicina Generale**

**Tematiche:**

**4. Il ruolo fondamentale del familiare/conoscente nella  
diagnosi iniziale**

# Il ruolo del familiare/conscente ATTENDIBILE è fondamentale nella diagnosi TEMPESTIVA di decadimento cognitivo

M, a 78., in Agosto viaggia con la moglie in USA a trovare il figlio: "Dottore, mia moglie ha dei problemi di memoria e ripete sempre le stesse cose. Come faccio a farla venire qua da lei?"

"Gli dica.: ma perché non andiamo dal dottore a farci controllare la memoria tutti e due assieme per vedere se siamo a posto, data l'età?"

Arrivano e comincio dal marito .....

**GPCog**

General Practitioner assessment of Cognition: test per l'orientamento alla diagnosi delle demenze in Medicina Generale

Data 10/11/16 Cognome Nome **Marito, a 78** Nato/a 10/13/1938 Anni di Scuola 2 UCRO  
EX APPROPRIATI, UNO SOLO

**A) VALUTAZIONE DEL PAZIENTE** Salvo indicazione contraria, formulare ogni domanda una volta sola

RICHIAMO 1° FASE **Nominativo ed indirizzo da richiedere nella 2° fase**

1. "Ora Le dirò un nome ed un indirizzo. Le chiedo di ripeterli subito dopo di me. Ricordi questo nome ed indirizzo perché Le chiederò di ripetermeli di nuovo fra pochi minuti. (Consentire un massimo di 4 tentativi ma senza assegnare punteggio per il momento) NUMERO RIPETIZIONI 4  
 "Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia"


**ORIENTAMENTO TEMPORALE**

2. Mi dica la data di oggi? 10/11/2016 (solo la risposta esatta è valida)

**FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE** Disegno dell'Orologio

3. Per piacere, inserisca tutti i numeri delle ore (devono essere posizionati correttamente)

4. Per piacere disegni le lancette in modo che segmino le ore 11.10



**INFORMAZIONI 5.** Può raccontarmi un fatto di cronaca, una notizia riportata dai telegiornali o dai giornali in questa settimana?  
LA MORTE DI UCRONSKI

RICHIAMO 2° FASE **6.** Mi può ripetere il nome e l'indirizzo che Le avevo chiesto di ricordare? **Mario Rossi**  
**Via Libertà 42**  
**Pavia**

Corretto	1	Sbagliato	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>6</b>		

**PUNTEGGIO**

9: NORMALE  
 < 5: DETERIORAMENTO COGNITIVO  
 5-8: BORDERLINE. passare alla sezione B

**Punteggio** **Disegno dell'Orologio. Domanda 3:** Risposta corretta se i numeri 12, 3, 6 e 9 sono collocati nei quadranti giusti ed anche i restanti numeri delle ore sono inseriti in modo congruo. **Domanda 4:** Risposta corretta se le lancette sono puntate sui numeri 11 e 2 anche se l'esaminato/a non è riuscito a far distinguere la lancetta lunga da quella corta. **INFORMAZIONE.** Non sono necessarie risposte particolarmente dettagliate: l'importante è che l'intervistato dimostri di conoscere un evento recente riportato dai media nell'ultima settimana. Nel caso di risposte generiche, tipo "guerra" "molta pioggia", chiedere ulteriori dettagli: se l'intervistato non è in grado di fornirli classificare la risposta come "sbagliata".

**B) INTERVISTA CON IL FAMILIARE/CONSCENTE** Chiedere: "Rispetto a qualche anno fa, il paziente...."

	SI	NO	Non so	N/A
I. ... ha più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti?	0	1		
II. ... ha più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni?	0	1		
III. ... quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?	0	1		
IV. ... è meno capace di gestire denaro e questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)?	0	1		
V. ... è meno capace di gestire ed assumere i suoi farmaci da solo/a?	0	1		
VI. richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)?	0	1		
<b>TOTALE</b>	<b>3</b>			

**PUNTEGGIO**

SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = ≤ 3 : DETERIORAMENTO COGNITIVO  
 SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = 4-6 : DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE, pre-clinico (Mild Cognitive Impairment) da monitorare ripetendo il GPCog ogni 6-12 mesi

**GPCog**

General Practitioner assessment of Cognition: test per l'orientamento alla diagnosi delle demenze in Medicina Generale

Data 10/11/16 Cognome N **Moglie, a 79** Nato/a 30/6/1937 Anni di Scuola 3 UCRO  
CON APPROPRIATI, UNO SOLO

**A) VALUTAZIONE DEL PAZIENTE** Salvo indicazione contraria, formulare ogni domanda una volta sola

RICHIAMO 1° FASE **Nominativo ed indirizzo da richiedere nella 2° fase**

1. "Ora Le dirò un nome ed un indirizzo. Le chiedo di ripeterli subito dopo di me. Ricordi questo nome ed indirizzo perché Le chiederò di ripetermeli di nuovo fra pochi minuti. (Consentire un massimo di 4 tentativi ma senza assegnare punteggio per il momento) NUMERO RIPETIZIONI 3  
 "Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia"

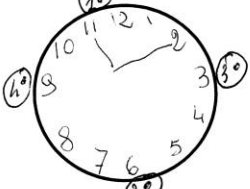
**ORIENTAMENTO TEMPORALE**

2. Mi dica la data di oggi? 10/11/16 (solo la risposta esatta è valida)

**FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE** Disegno dell'Orologio

3. Per piacere, inserisca tutti i numeri delle ore (devono essere posizionati correttamente)

4. Per piacere disegni le lancette in modo che segmino le ore 11.10



**INFORMAZIONI 5.** Può raccontarmi un fatto di cronaca, una notizia riportata dai telegiornali o dai giornali in questa settimana?  
LA MORTE DI UCRONSKI

RICHIAMO 2° FASE **6.** Mi può ripetere il nome e l'indirizzo che Le avevo chiesto di ricordare? **Mario Rossi**  
**Via Libertà 42**  
**Pavia**

Corretto	1	Sbagliato	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>3</b>		

**PUNTEGGIO**

9: NORMALE  
 < 5: DETERIORAMENTO COGNITIVO  
 5-8: BORDERLINE. passare alla sezione B

**Punteggio** **Disegno dell'Orologio. Domanda 3:** Risposta corretta se i numeri 12, 3, 6 e 9 sono collocati nei quadranti giusti ed anche i restanti numeri delle ore sono inseriti in modo congruo. **Domanda 4:** Risposta corretta se le lancette sono puntate sui numeri 11 e 2 anche se l'esaminato/a non è riuscito a far distinguere la lancetta lunga da quella corta. **INFORMAZIONE.** Non sono necessarie risposte particolarmente dettagliate: l'importante è che l'intervistato dimostri di conoscere un evento recente riportato dai media nell'ultima settimana. Nel caso di risposte generiche, tipo "guerra" "molta pioggia", chiedere ulteriori dettagli: se l'intervistato non è in grado di fornirli classificare la risposta come "sbagliata".

**B) INTERVISTA CON IL FAMILIARE/CONSCENTE** Chiedere: "Rispetto a qualche anno fa, il paziente...."

	SI	NO	Non so	N/A
I. ... ha più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti?	0	1		
II. ... ha più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni?	0	1		
III. ... quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?	0	1		
IV. ... è meno capace di gestire denaro e questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)?	0	1		
V. ... è meno capace di gestire ed assumere i suoi farmaci da solo/a?	0	1		
VI. richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)?	0	1		
<b>TOTALE</b>	<b>3</b>			

**PUNTEGGIO**

SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = ≤ 3 : DETERIORAMENTO COGNITIVO  
 SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = 4-6 : DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE, pre-clinico (Mild Cognitive Impairment) da monitorare ripetendo il GPCog ogni 6-12 mesi

## Follow-up della Demenza : Ruolo del Medico di Medicina Generale

Il MMG interviene per rispondere ai **bisogni** dei famigliari e del paziente per:

1. **prescrizione - gestione farmaci prescritti** (cognitivi, psicofarmaci, anticolinergici, analgesici, ...)
2. **sicurezza** (patente di guida, assunzione farmaci, Amministratore di Sostegno)
3. **disturbi del comportamento** (insonnia, depressione, allucinazioni, aggressività, agitazione....)
4. **diffusione di materiale formativo ed informativo**
5. **pratiche legali** (invalidità, indennità di accompagnamento, handicap- Legge 104....)
6. **ausili, presidi (ADI)**
7. **ADI, assistenza residenziale, cure palliative, end of life care** (idratazione, alimentazione, gestione diuresi e alvo, dolore, prevenzione e cura lesioni da pressione, disfagia : PEG - alimentazione parenterale ....)
8. **supporto psicologico, counselling**



# Follow-up della Demenza : gli strumenti appropriati per il Medico di Medicina Generale

## disturbi del comportamento (insonnia, depressione, allucinazioni, aggressività, agitazione...)

### Neuropsychiatric Inventory Questionnaire

Name of patient: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Informant: Spouse: \_\_\_\_\_ Child: \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

Please answer the following questions based on changes that have occurred since the patient first began to experience memory problems.

Circle "yes" only if the symptom has been present in the past month. Otherwise, circle "no".

For each item marked "yes":

Rate the severity of the symptom (how it affects the patient):

- 1 = Mild (noticeable, but not a significant change)
- 2 = Moderate (significant, but not a dramatic change)
- 3 = Severe (very marked or prominent; a dramatic change)

Rate the distress you experience because of that symptom (how it affects you):

- 0 = Not distressing at all
- 1 = Minimal (slightly distressing, not a problem to cope with)
- 2 = Mild (not very distressing, generally easy to cope with)
- 3 = Moderate (fairly distressing, not always easy to cope with)
- 4 = Severe (very distressing, difficult to cope with)
- 5 = Extreme or very severe (extremely distressing, unable to cope with)

Please answer each question honestly and carefully. Ask for assistance if you are not sure how to answer any question.

**Delusions** Does the patient believe that others are stealing from him or her, or planning to harm him or her in some way?  
Yes No Severity: 1 2 3 Distress: 0 1 2 3 4 5

**Hallucinations** Does the patient act as if he or she hears voices? Does he or she talk to people who are not there?  
Yes No Severity: 1 2 3 Distress: 0 1 2 3 4 5

**Agitation or aggression** Is the patient stubborn and resistive to help from others?  
Yes No Severity: 1 2 3 Distress: 0 1 2 3 4 5

**Depression or dysphoria** Does the patient act as if he or she is sad or in low spirits? Does he or she cry?  
Yes No Severity: 1 2 3 Distress: 0 1 2 3 4 5

**Anxiety** Does the patient become upset when separated from you? Does he or she have any other signs of nervousness, such as shortness of breath, sighing, being unable to relax, or feeling excessively tense?  
Yes No Severity: 1 2 3 Distress: 0 1 2 3 4 5

**Elation or euphoria** Does the patient appear to feel too good or act excessively happy?  
Yes No Severity: 1 2 3 Distress: 0 1 2 3 4 5

**Apathy or indifference** Does the patient seem less interested in his or her usual activities and in the activities and plans of others?  
Yes No Severity: 1 2 3 Distress: 0 1 2 3 4 5

**Disinhibition** Does the patient seem to act impulsively? For example, does the patient talk to strangers as if he or she knows them, or does the patient say things that may hurt people's feelings?  
Yes No Severity: 1 2 3 Distress: 0 1 2 3 4 5

**Irritability or lability** Is the patient impatient and cranky? Does he or she have difficulty coping with delays or waiting for planned activities?  
Yes No Severity: 1 2 3 Distress: 0 1 2 3 4 5

**Motor disturbance** Does the patient engage in repetitive activities, such as pacing around the house, handling buttons, wrapping string, or doing other things repeatedly?  
Yes No Severity: 1 2 3 Distress: 0 1 2 3 4 5

**Nighttime behaviors** Does the patient awaken you during the night, rise too early in the morning, or take excessive naps during the day?  
Yes No Severity: 1 2 3 Distress: 0 1 2 3 4 5

**Appetite and eating** Has the patient lost or gained weight, or had a change in the food he or she likes?  
Yes No Severity: 1 2 3 Distress: 0 1 2 3 4 5

FIGURE 3. Neuropsychiatric Inventory Questionnaire. This tool provides a reliable assessment of behaviors commonly observed in patients with dementia.

### Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI - Q)

(Kaufar DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T et al. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the neuropsychiatric inventory. Neuropsychiatry Clin Neurosci 2000; 12(2):233-239. Copyright J.L. Cummings 1994)

Nome del Paziente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Famigliare/Caregiver : Coniuge [ ] Figlio/a [ ] Assistente Familiare [ ] Altro [ ] \_\_\_\_\_

"Le farò delle domande sui possibili cambiamenti del comportamento comparsi da quando il paziente ha problemi di memoria"

Crociare "Sì" solo se il paziente ha manifestato il/i sintomo/i nell'ultimo mese; altrimenti crociare "No".

Per ogni risposta "Sì", determinate la "Gravità" del sintomo nel paziente ed il conseguente livello di "Stress" vissuto da familiare/caregiver:

**Gravità** (come il sintomo influisce sul paziente)

- 1=lieve (cambiamento evidente ma non rilevante)
- 2=moderato (cambiamento rilevante ma non grave)
- 3=severo (cambiamento grave, drammatico)

**Stress** emotivo/ psicologico del familiare/caregiver

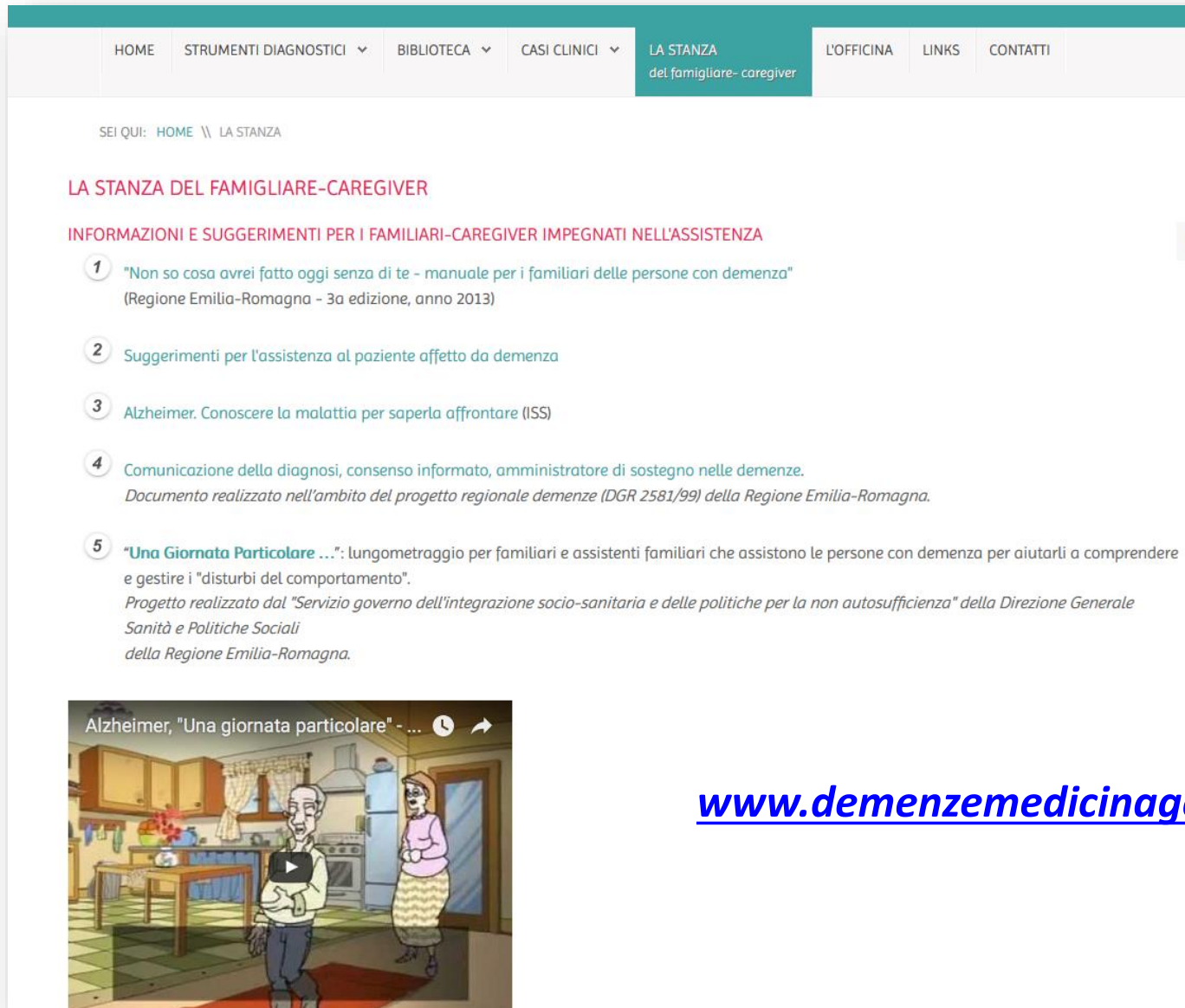
- 0= Assente
- 1= Minimo (disagio lieve, non è un problema farvi fronte)
- 2= Lieve (disagio contenuto, di solito è sopportabile)
- 3= Moderato (disagio consistente, non sempre sopportabile)
- 4= Severo (disagio marcato, difficile da sopportare)
- 5= Molto Grave o Estremo (disagio insopportabile)

Risponda con sincerità e precisione: chiedi aiuto se non è certa/o di come rispondere a una domanda

	Il/la paziente..	No	Sì	Gravità	Stress
<b>Depressione o disforia</b> <i>Esaltazione o Euforia</i> <i>Ansia</i>	si mostra triste e demoralizzato/a? Piange o si dispera spesso ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	si mostra eccessivamente di buon umore, felice senza motivo?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	si agita quando lei si assenta? ..presenta altri segni di nervosismo: respiro affannoso, sospiri, irrequietezza o tensione eccessiva?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Apatia o indifferenza</b>	mostra meno interesse a fare le abituali attività e quelle con altri?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	<b>Agitazione</b> <i>Irritabilità o labilità</i> <i>Mobilità aberrante</i> <i>Disinibizione</i> <i>Disturbi del sonno</i>	è intollerante, smanioso/a, irritabile, capriccioso/a? E' impaziente, non tollera ritardi o attese ad appuntamenti ad es. visite mediche compie attività ripetitive, afinalistiche come camminare intorno a casa (wandering, vagabondaggio), sbottonarsi, slacciarsi le scarpe, etc. ? agisce impulsivamente, senza criterio? Ad es. parla con sconosciuti come se li conoscesse, dice o fa cose che urtano i sentimenti degli altri tra cui il satirismo.	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Psicosi</b> <i>Deliri</i> <i>Allucinazioni -</i> <i>Misidentificazioni</i> <i>Disturbo dell'appetito</i>	la sveglia spesso di notte, si alza troppo presto al mattino o si appisola spesso durante il giorno?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	accusa: gli altri di furto o danneggiamento? il coniuge di infedeltà ? si comporta come se sentisse delle voci? ..parla con persone non presenti? .. vede animali, insetti inesistenti ? .. scambia le persone ? è dimagrito/a o ingrassato/a oppure ha modificato le sue abitudini alimentari?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	si ribella verbalmente e/o fisicamente all'aiuto, all'assistenza?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Aggressività</b>		Totale _____			

# Follow-up della Demenza : gli strumenti appropriati per il Medico di Medicina Generale

## diffusione di materiale formativo ed informativo



HOME STRUMENTI DIAGNOSTICI ▾ BIBLIOTECA ▾ CASI CLINICI ▾ LA STANZA del familiare-caregiver L'OFFICINA LINKS CONTATTI


SEI QUI: HOME \ LA STANZA

### LA STANZA DEL FAMIGLIARE-CAREGIVER

#### INFORMAZIONI E SUGGERIMENTI PER I FAMILIARI-CAREGIVER IMPEGNATI NELL'ASSISTENZA

- 1 "Non so cosa avrei fatto oggi senza di te - manuale per i familiari delle persone con demenza" (Regione Emilia-Romagna - 3a edizione, anno 2013)
- 2 Suggerimenti per l'assistenza al paziente affetto da demenza
- 3 Alzheimer. Conoscere la malattia per saperla affrontare (ISS)
- 4 Comunicazione della diagnosi, consenso informato, amministratore di sostegno nelle demenze. Documento realizzato nell'ambito del progetto regionale demenze (DGR 2581/99) della Regione Emilia-Romagna.
- 5 "Una Giornata Particolare ...": lungometraggio per familiari e assistenti familiari che assistono le persone con demenza per aiutarli a comprendere e gestire i "disturbi del comportamento". Progetto realizzato dal "Servizio governo dell'integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza" della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

Alzheimer, "Una giornata particolare" - ...



[www.demenzemedicinagenerale.net](http://www.demenzemedicinagenerale.net)


# Le **DEMENZE** in Medicina Generale

"NON SARÀ  
RICONOSCERE E IDENTIFICARE I DISTURBI COGNITIVI E COMP

HOME STRUMENTI DIAGNOSTICI BIBLIOTECA CASI CLINICI

SEI QUI: HOME

## CHI SIAMO



"Diagnosing dementia: No easy job". Così Fran Practitioners belgi, olandesi ed inglesi, concre la difficoltà che il Medico di Medicina Generale demenza durante l'attività ambulatoriale qu cui lavora.  
E' una difficoltà che riconosce molteplici cause con cui il MMG viene formato ed aggiornato n anche in tutti gli altri paesi esteri.

[> Leggi tutto...](#)

### ALGORITMO

Valutazione dello Stato Mentale in pazienti ambulatoriali ultra50enni in

### GPCOG

Breve test per la valutazione del deterioramento cognitivo per MMG:

- [Scarica la versione cartacea](#)
- [Scarica la versione compilabile in formato excel](#)

HOME STRUMENTI DIAGNOSTICI BIBLIOTECA CASI CLINICI

SEI QUI: HOME

## TEST

- Test
- Algoritmo per i disturbi cognitivi
- Algorithm for cognitive impairment
- Algoritmo per depressione

GPCOG Breve test per la valutazione del deterioramento cognitivo per MMG:

- [Scarica la versione cartacea](#)
- [Scarica la versione compilabile in formato excel](#)
- [Compila il test online](#)
- [Fill out the online test](#)
- [SDS: Questionario per individuare il deterioramento cognitivo](#)

## APPROFONDIMENTI

- [Test dell'orologio](#)  
Vuoi conoscere meglio il Test dell'orologio?
- [CDR –Stadiazione della Demenza](#)
- [SDS Modificato](#)
- PHQ-2 e PHQ-9 Brevi test per la valutazione della depressione per MMG:**
  - [PHQ-2 Individuazione](#)
  - [PHQ-9 Diagnosi](#)
- [NPI – Q Questionario per i Disturbi del Comportamento](#)
- [LBCRS - Questionario per la diagnosi di Demenza Lewy body](#)

## **Regione Marche PDTA Demenze Area Vasta 2 - anno 2015**

### **1 - FASE AVVIO DEL PERCORSO E INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO**

<b>Primo accesso dal Medico di Medicina Generale (MMG)</b>	<b>Secondo accesso dal Medico di Medicina Generale (MMG)</b>	<b>Primo accesso al Centro Specialistico/UVA</b>	<b>Secondo accesso al Centro Specialistico/UVA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Raccolta anamnesi ed esame obiettivo generale mirati ad un orientamento diagnostico per una demenza</li><li>• <b>Test di screening GP-COG (allegato 1)</b></li><li>• Nell'ipotesi di un deterioramento cognitivo prescrizione di esami ematici: folati, vitamina B12, TSH, calcio, sodiemia, potassiemia, glucosio, emocromo, funzionalità renale ed epatica</li><li>• Informazioni all'assistito e ai caregivers sull'ipotesi diagnostica e sulle indagini diagnostiche programmate</li><li>• Programmazione secondo accesso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnosi differenziale tra demenza primitiva e secondaria</li><li>• Trattamento farmacologico delle cause di una demenza secondaria e programmazione del follow-up</li><li>• Consigli nutrizionali e sugli stili di vita</li><li>• Invio al Centro Specialistico Alzheimer/UVA con la documentazione raccolta (esami e GPCOG)</li><li>• Informazioni sulla patologia, sulle fasi successive del percorso e sulle modalità di prenotazione della visita all'UVA</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Raccolta anamnesi ed esame obiettivo specialistico con valutazione clinica funzionale, cognitiva e comportamentale (<b>allegato 2</b>)</li><li>• Prescrizione anche attraverso richiesta diretta di una valutazione neuropsicologica ed esami di neuroimaging per la diagnostica differenziale aggiuntivi (<b>allegati 3a e 3b</b>)</li><li>• Programmazione/calendarizzazione</li><li>• Informazione all'assistito e ai caregiver sull'ipotesi e sull'ulteriore iter diagnostico,</li><li>• Scelta del setting diagnostico (ambulatoriale o PAC)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rivalutazione clinica anche in considerazione dei reperti clinico-strumentali e relativo staging</li><li>• Diagnosi differenziale tra demenze primitive</li><li>• Approfondimento strumentale complesso (marker genetici e liquorali)</li><li>• Programmazione del piano di cura e indicazioni terapeutiche farmacologiche</li><li>• Comunicazione della diagnosi ed elementi prognostici</li><li>• Informazioni all'assistito e ai caregivers sul PDTA da intraprendere, sui servizi attivi sul territorio</li></ul>





# SIMG

SOCIETÀ ITALIANA DI  
MEDICINA GENERALE  
E DELLE CURE PRIMARIE

[Profilo](#)[Esci](#)[Home](#) [+ Istituzione](#) [+ A](#)

## Aree Progettuali

SIMG. Società Italiana di Medicina

Dal 01/09/2016 la GEN ha appli

Tutti i Responsabili di Area son

La nuova organizzazione, che ir  
compendiate nel Piano Nazional

La GEN ha individuato i respons

### MACROAREA

della Fragilità

della Cronicità

della Prevenzione

della Patologie Acute

## Piano Nazionale Demenze

### Obiettivo 1. Interventi e misure di Politica sanitaria e socio-sanitaria

### Obiettivo 2. Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata

### Obiettivo 3. Implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure

### Obiettivo 4. Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita

## Medicina Generale

Aumentare le conoscenze della popolazione generale, delle persone con demenze e dei loro familiari, nonché dei professionisti del settore, ciascuno per i propri livelli di competenza e coinvolgimento, circa la prevenzione, la diagnosi tempestiva, il trattamento e l'assistenza delle persone con demenza con attenzione anche alle forme ad esordio precoce

#### Azioni:

1.1. Promozione di strategie per la prevenzione primaria e secondaria;

#### Azioni:

2.1. Creazione, riorganizzazione e potenziamento di una rete di servizi e funzioni, a partire dal CDCD, che si configura come sistema integrato in grado di garantire la diagnosi e la presa in carico tempestiva, la continuità assistenziale ed un corretto approccio alla persona ed alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia e nei diversi contesti di vita e di cure (MMG, ambulatori per le demenze, Centri Diurni, ADI dedicata, etc.), con particolare attenzione agli aspetti

la condivisione ed implementazione di percorsi di cura / percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) che assicurano la gestione integrata.

Migliorare la qualità dell'assistenza delle persone con demenza al proprio domicilio, presso le strutture residenziali e semiresidenziali e in tutte le fasi di malattia;

3.1 Sviluppo di Linee Guida e documenti di consenso:

3.2 Formazione e aggiornamento:

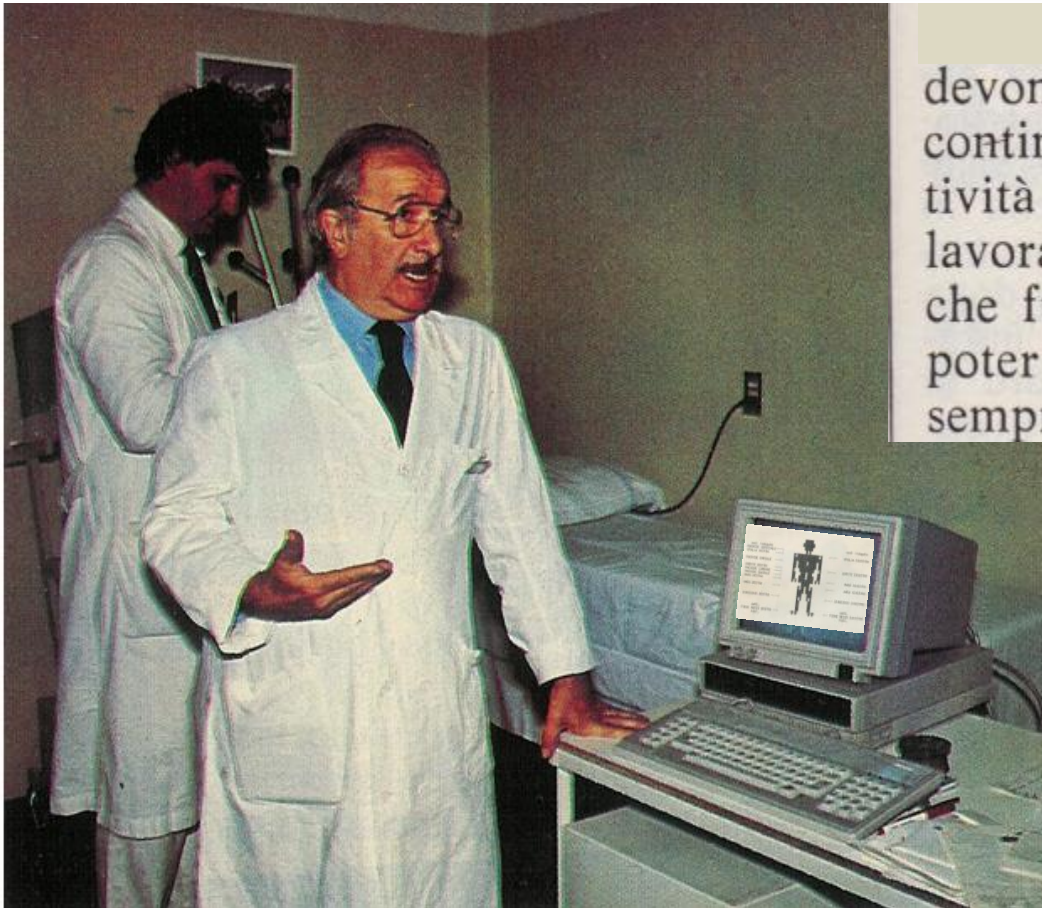
3.2.1 Promozione di un adeguamento dei percorsi di formazione specialistica in medicina generale organizzati ed attivati dalle Regioni;

Supportare le persone con demenza e i loro familiari fornendo loro corrette informazioni sulla malattia e sui servizi disponibili per facilitare un accesso ad essi quanto più tempestivo possibile;

## Tributo alla Memoria

**Professor Gian Paolo Vecchi**

**Pioniere della Geriatria e Gerontologia a Modena, in Regione, in Italia e nel Mondo.**



Gli interventi devono essere articolati, tessendo un continuo scambio di informazioni e attività tra l'ospedale e il territorio. Chi lavora in ospedale deve lavorare anche fuori. Questo è l'unico modo per poter gestire una popolazione che è sempre metà sana e metà malata.

