



XII Convegno

IL CONTRIBUTO DEI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE NELLA GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI

Roma, 16-17 novembre 2018

Terapia farmacologica delle demenze osservata nel mondo reale della Medicina Generale: audit di 155 pazienti in 23 paesi

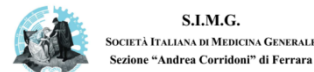
Ferdinando Petrazzuoli ¹

Alessandro Pirani ²

Hans Thulesius ¹

¹ Center for Primary Health Care Research, Clinical Research Center, Lund University, Malmö, Sweden

² MMG - CDCD Distretto Ovest AUSL Ferrara





NETWORK INTERCONTINENTALE: Italia, Svezia, Polonia, Israele, Belgio, Irlanda, Francia, Norvegia, Finlandia, Danimarca, Paesi Bassi, Regno Unito, Germania, Svizzera, Ungheria, Romania, Slovenia, Croazia, Austria, Bulgaria, Grecia, Turchia, Malta, Spagna, Portogallo



Popolazione di riferimento: **582 milioni di persone**
Prevalenza demenza: da 0,44 Turchia a 2,1 Italia



Ferdinando Petrazzuoli ^{1,*}, Shlomo Vinker ², Sebastian Palmqvist ³, Patrik Midlov ¹, Jan De Lepeleire ⁴, Alessandro Pirani ⁵, Thomas Frese ⁶, Nicola Buono ⁷, Jette Ahrensberg ⁸, Radost Asenova ⁹, Quinti Foguet Boreu ¹⁰, Gülsen Ceyhun Peker ¹¹, Claire Collins ¹², Miro Hanževački ¹³, Kathryn Hoffmann ¹⁴, Claudia Iftode ¹⁵, Tuomas H. Koskela ¹⁶, Donata Kurpas ¹⁷, Jean Yves Le Reste ¹⁸, Bjørn Lichtwarck ¹⁹, Davorina Petek ²⁰, Diego Schrans ²¹, Jean Karl Soler ²², Sven Streit ²³, Athina Tatsioni ²⁴, Péter Torzsa ²⁵, Pemra C. Unalan ²⁶, Harm van Marwijk ²⁷ and Hans Thulesius ¹



Commentary



The role of primary care in identification and ongoing management of dementia: a time of transition

Constance Dimity Pond

<https://doi.org/10.1017/S1041610217001296>

Published online: 13 July 2017, pp. 1409-1411

Article **Access** PDF HTML [Export citation](#)

[View abstract](#)



Paper of the Month



Exploring dementia management attitudes in primary care: a key informant survey to primary care physicians in 25 European countries

Ferdinando Petrazzuoli, Shlomo Vinker, Tuomas H. Koskela, Thomas Frese, Nicola Buono, Jean Karl Soler, Jette Ahrensberg, Radost Asenova, Quintí Foguet Boreu, Gülsen Ceyhun Peker, Claire Collins, Miro Hanževački, Kathryn Hoffmann, Claudia Iftode, Donata Kurpas, Jean Yves Le Reste, Bjørn Lichtwarck, Davorina Petek, Daniel Pinto, Diego Schrans, Sven Streit, Eugene Yee Hing Tang, Athina Tatsioni, Péter Torzsa, Pemra C. Unalan, Harm van Marwijk, Hans Thulesius

<https://doi.org/10.1017/S1041610217000552>

Published online: 18 April 2017, pp. 1413-1423

Article **Access** PDF HTML [Export citation](#)

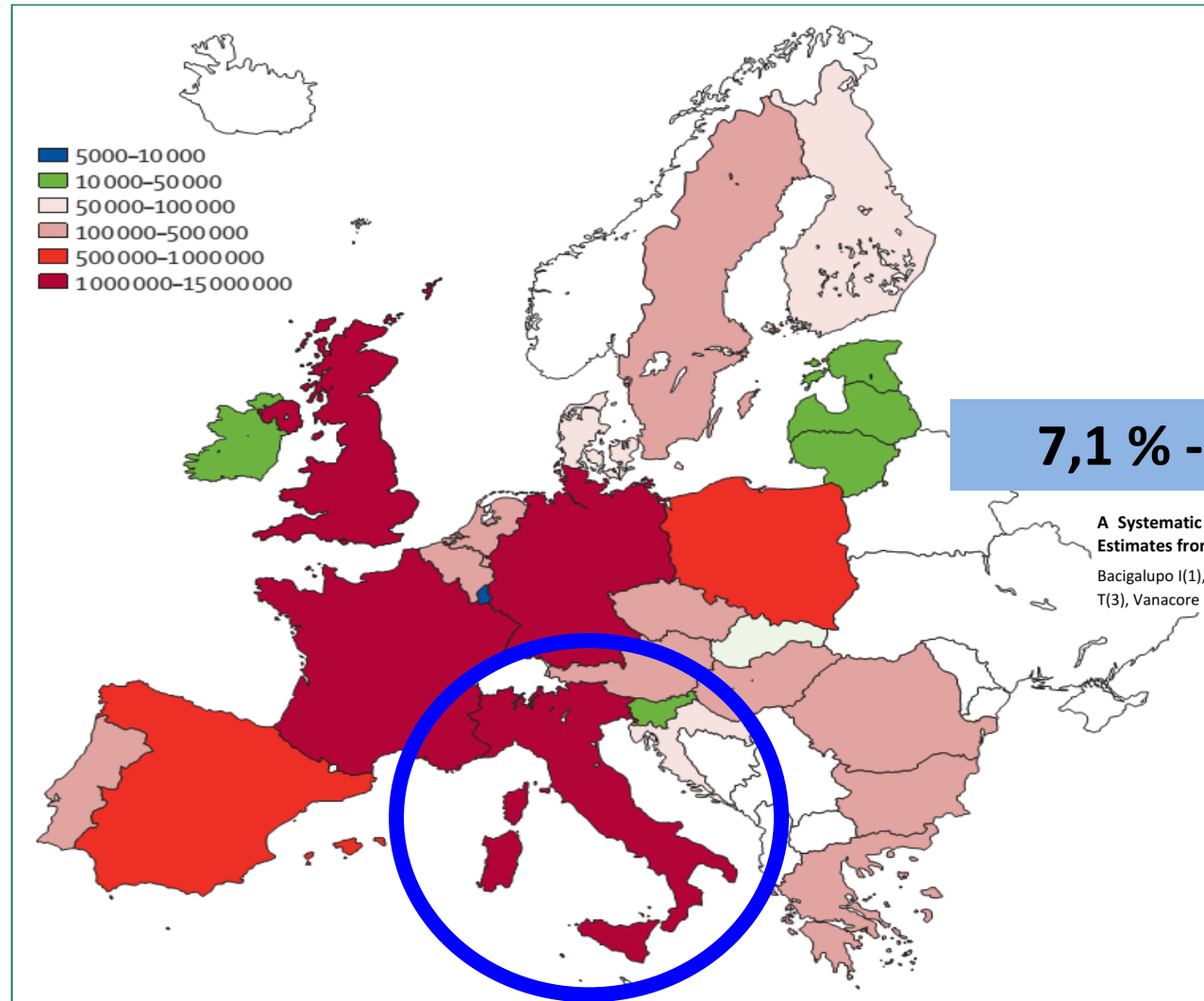
OBIETTIVO

La studio ha indagato l'adeguatezza del trattamento farmacologico con inibitori Ache/memantina quando prescritti dai Medici di Medicina Generale (MMG) a Pazienti con Demenza (PCD) nei paesi del nostro continente.

L'inappropriato trattamento farmacologico dei PCD è un problema emergente nella "real life medicine" nell'ambito "dell'epidemia globale delle Demenze (WHO)" .

I diversi sistemi sanitari dei paesi europei si riflettono anche sulle diverse modalità di autorizzazione o meno ai MMG a prescrivere farmaci per i PCD.

Demenze Epidemia Globale : la situazione Europea

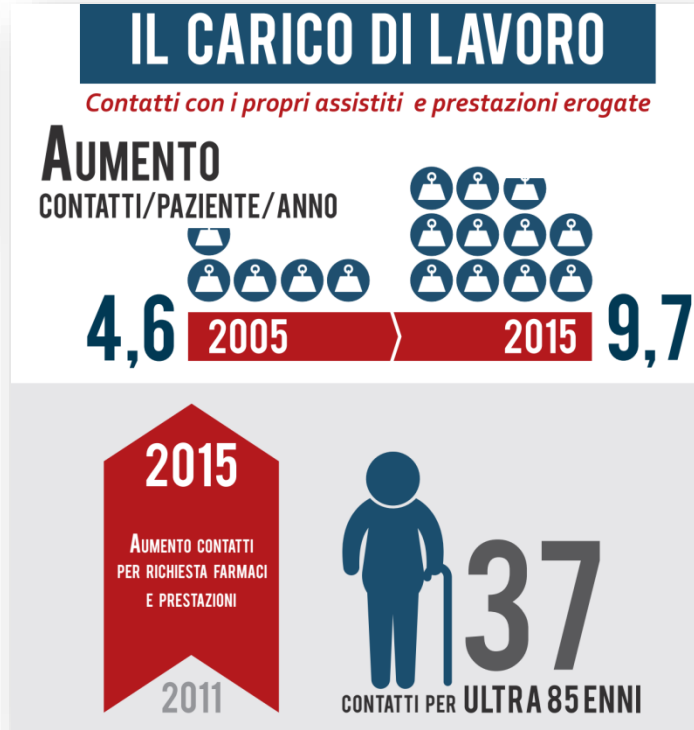


Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society *Lancet Neurol* 2016; 15: 455-532

Bengt Winblad, Philippe Amouyel, Sandrine Andrieu, Clive Ballard, Carol Brayne, Henry Brodaty, Angel Cejudo-Almaguera, Bruno Dubois, David Galassolo, Howard Gertman, Lucina Fratiglioni, Giovanni B. Frisoni, Serge Gauthier, Jean Georges, Caroline Griffin, Khalid Iqbal, Frank Jessen, Gunilla Johansson, Linaus Jönsson, Milla Kivipelto, Martin Knapp, Francesca Mangiavacchi, René Melis, Agneta Nordberg, Marcel Olde Rikkert, Chengquan Qiu, Thomas P. Sakmar, Philip Scheltens, Lon S. Schneider, Reisa Sperling, Lars O. Tjernberg, Gunhild Waldemar, Anders Wimo, Henrik Zetterberg

Figure 1: Number of people with dementia in 28 European countries in 2013
 Estimates of the total number of people with dementia in each of 28 European countries were obtained from Alzheimer Europe.²⁶

Demenza: patologia emergente in Medicina Generale



=

LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO

Prevalenza di malattia e modalità di impiego dei farmaci

La BPCO (2,9%) interessa maggiormente gli uomini ultra 85enni (17,9%), mentre l'Asma (7,2%) i giovani adulti tra i 15 e i 24 anni (10,3% maschi e 7,2% femmine).



DEPRESSIONE 5,6%

Nel trattamento della Depressione (5,6%), risultano in calo SSRI e triciclici, mentre sono in aumento gli SNRI.

La prevalenza di Demenza è in continua crescita: dall'1,1% del 2005 al 2,7% del 2015, con valori che arrivano a 22,3% tra le donne ultra 85enni e a 17,0% tra gli uomini ultra 85enni.

DEMENTIA 2,7%

OSTEOARTROSI 16,7%

L'Osteoartrosi (16,7%), negli ultra 85enni (55,9% donne e 44,2% uomini), è trattata sempre di più con corticosteroidi, paracetamolo e oppioidi, si riduce invece il trattamento con FANS.

Demenza: il trend ascendente visto dalla Medicina Generale

DEMENTIA

PREVALENZA (2015)

2,7%

TREND 2005 - 2015

Trend crescente: dall'1,1% del 2005 al 2,7% del 2015.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Maggiore prevalenza in alcune regioni del Centro, quali Emilia-Romagna (4,4%), Umbria (3,4%), Abruzzo e Molise (3,3% ciascuna), nonché Marche (3,1%).

DIFFERENZE DI GENERE

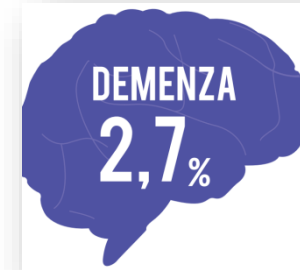
Stime sensibilmente maggiori nelle donne rispetto agli uomini (3,4% vs. 1,9%).

DIFFERENZE DI ETÀ

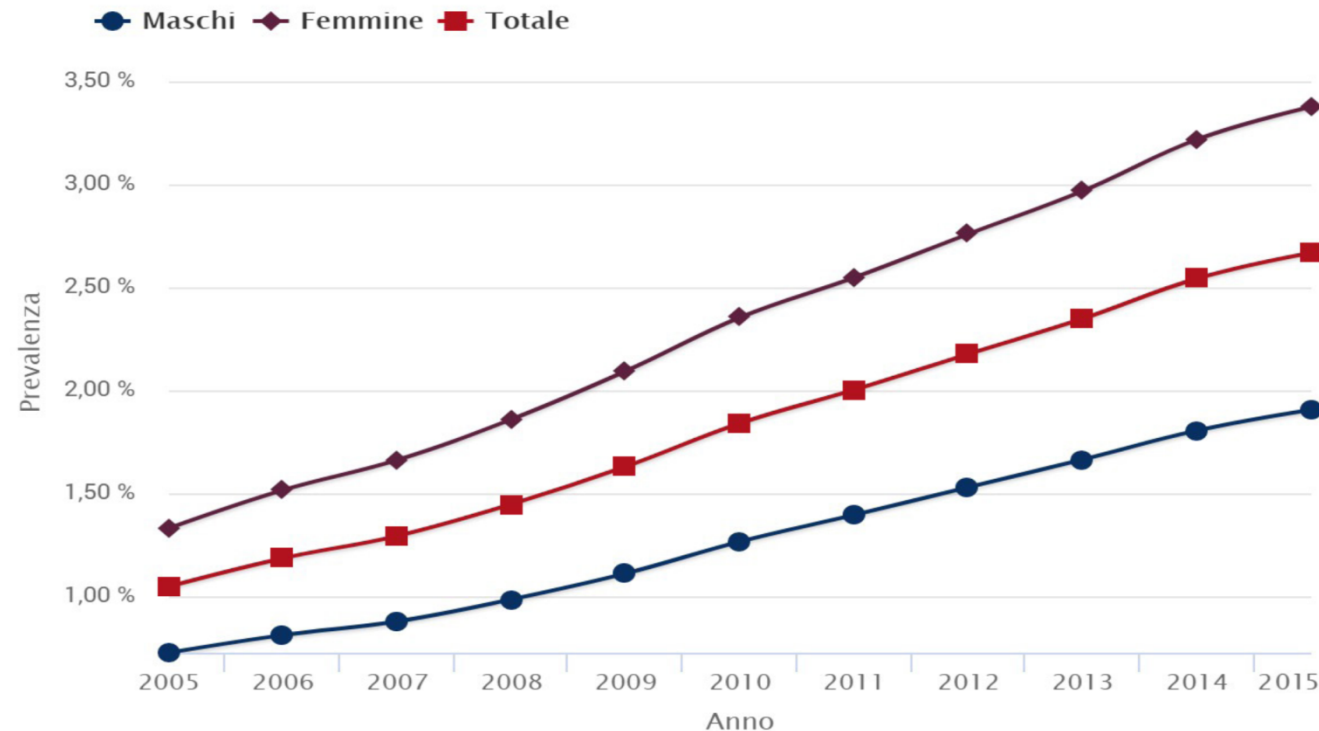
Trend crescente all'aumentare dell'età, con un evidente aumento dopo i 65 anni e con un picco oltre gli 85 anni, sia per gli uomini (17,0%), sia per le donne (22,3%). La differenza tra maschi e femmine si accentua all'aumentare dell'età.

PREVALENZA USO FARMACI

QUOTA GENERICI



PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI DEMENTIA:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2005-2015)



F: 3,5 %

M: 2 %

Farmacoterapia demenze nel mondo reale della Medicina Generale: audit di 155 pz. in 23 paesi

Metodi

Indagine. Questionario di 8 item, scelta multipla e narrativi, con cui MMG fornivano storia clinica di PCD (2015-2016).

Casistica. 106 MMG dell'EGPRN hanno fornito 155 casi clinici di PCD.

Analisi. I 155 casi clinici sono stati esaminati con l'analisi induttiva della "Grounded Theory" in base alla quale la domanda principale emersa è stata:

"Quale è il livello di adeguatezza prescrittiva dei MMG verso i PCD ? "

Appropriatezza prescrittiva. Valutata da uno specialista esterno per inibitori Ache e Memantina.

Outcome indagati :

- 1) tipologia dei trattamenti farmacologici per la demenza
- 2) proporzione PCD trattati con inibitori Ache/memantina e appropriatezza rispetto a Linee Guida
- 3) concordanza tra la diagnosi ed idoneità a inserimento dei PCD nelle ricerche farmacologiche

Farmacoterapia demenze nel mondo reale della Medicina Generale: audit di 155 pz. in 23 paesi

Risultati . PCD: 81 F, età media 80 anni

NORD EUROPA	Autorizzazione Farmacoterapia	PCD n (%)	Per milione \geq 65enni
Danimarca	PARZIALE	3 (1.9)	
Finlandia	NO	4 (2.6)	
Norvegia	SI	6 (3.9)	
Svezia	SI	8 (5.2)	
Totale		21	4.3

EST EUROPA	Autorizzazione Farmacoterapia	PCD n (%)	Per milione \geq 65enni
Bulgaria	NO	5 (3.2)	
Croazia	NO	3 (1.9)	
Ungheria	NO	3 (1.9)	
Polonia	NO	20 (12.9)	
Romania	NO	10 (6.5)	
Slovenia	NO	4 (2.6)	
Totale		45	4.1

CENTRO-OVEST EUROPA	Autorizzazione Farmacoterapia	PCD n (%)	Per milione \geq 65enni
Austria	NO	3 (1.9)	
Belgio	PARZIALE	2 (1.3)	
Francia	PARZIALE	5 (3.2)	
Germania	SI	5 (3.2)	
Irlanda	SI	35 (22.6)	
Svizzera	SI	5 (3.2)	
Olanda	PARZIALE	5 (3.2)	
Totale		60	2.7

EUROPA MEDITERRANEA	Autorizzazione Farmacoterapia	PCD n (%)	Per milione \geq 65enni
Grecia	NO	4 (2.6)	
Israele	NO	7 (4.5)	
Italia	NO	8 (5.2)	
Malta	NO	1 (0.6)	
Spagna	NO	6 (3.9)	
Turchia	NO	3 (1.9)	
Totale		29	1.9

Farmacoterapia demenze nel mondo reale della Medicina Generale: audit di 155 pz. in 23 paesi

1) TIPOLOGIA DEI TRATTAMENTI PER LA DEMENZA

Tipo di Farmaco	PCD	%
Totale	155	100.0
nessuno	66	44.5
Donezepil	33	21.3
Memantina	15	9.7
Rivastigmina	10	6.5
Donezepil poi Memantina	5	3.2
Memantina + donezepil	5	3.2
Atipici (Piracetam, vinpocentina, etc)	3	1.9
Galantamina	2	1.3
Ginkgo biloba	2	1.3
Piracetam + vinpocentina	2	1.3
donezepil + atipici	1	0.6
Omega 3	1	0.6
Rivastigma + donezepil	1	0.6
Rivastigmina + atipici	1	0.6
	89	

2) PCD trattati con inibitori Ache/memantina e appropriatezza rispetto a Linee Guida

Diagnosi	No Farmaci	Farmacoterapia (Ache/Memantina)	Totale
Assente	4	0	4
DNC Maggiore - AD	9	31	40
DNC Maggiore - VaD	12	4	16
DNC Maggiore – non specificato	19	31	50
Idrocefalo Normoteso	1	0	1
DNC Maggiore - Miste	10	22	32
FTLD	3	1	4
DLB	1	0	1
DNC Lieve - MCI	7	0	7
Totale	66	89	155

Verde: appropriata = 62 % **Giallo:** discutibile + **Rosso:** inappropriata = 38 %

3) Concordanza tra la diagnosi ed idoneità a inserimento dei PCD nelle ricerche farmacologiche

2/3 dei PCD trattati con inibitori Ache non sarebbe mai stato inclusi in un trial per gli anticolinesterasici a causa della **comorbidità**.

La prescrizione off-label dei MMG per i PCD: l'impotenza di fronte alla tragedia.

Il MMG di fronte al PCD ed ai suoi famigliari tenta di fare il possibile per aiutare il PCD ed è indotto a prescrivere off-label se ritiene che i farmaci possano comunque giovare al paziente, spesso anche solo compassionevolmente, e non raramente per il sollievo dei famigliari.

Semplicemente il MMG, anche se consapevole degli effetti collaterali, prescrive off-label perché non ha altre alternative.

Farmacoterapia demenze nel mondo reale della Medicina Generale: audit di 155 pz. in 23 paesi

Pro

I MMG : del Nord e Centro-Ovest Europa hanno meno vincoli prescrittivi dell'Europa dell'Est e Mediterranea.

: prescrivono con appropriatezza nel 60% dei PCD nonostante diagnosi si basi quasi esclusivamente su MMSE

: che prescrivono farmaci per la demenza, evidenziano una maggiore “presa in carico” dei PCD rispetto all'Europa dell'Est e Mediterranea proprio in funzione dell'autorizzazione a prescrivere

Contro

: non effettuano la diagnosi del tipo di demenza in 1/4 dei PCD

: prescrivono farmaci off-label nel 40% dei PCD

: prescrivono farmaci specifici pur nella elevata possibilità di effetti collaterali per la comorbilità dei PCD

: **hanno evidenziato carenze formative**

Le Demenze nell'Emilia Romagna: l'importanza della formazione dei MMG per la diagnosi iniziale

1.1 La formazione dei MMG

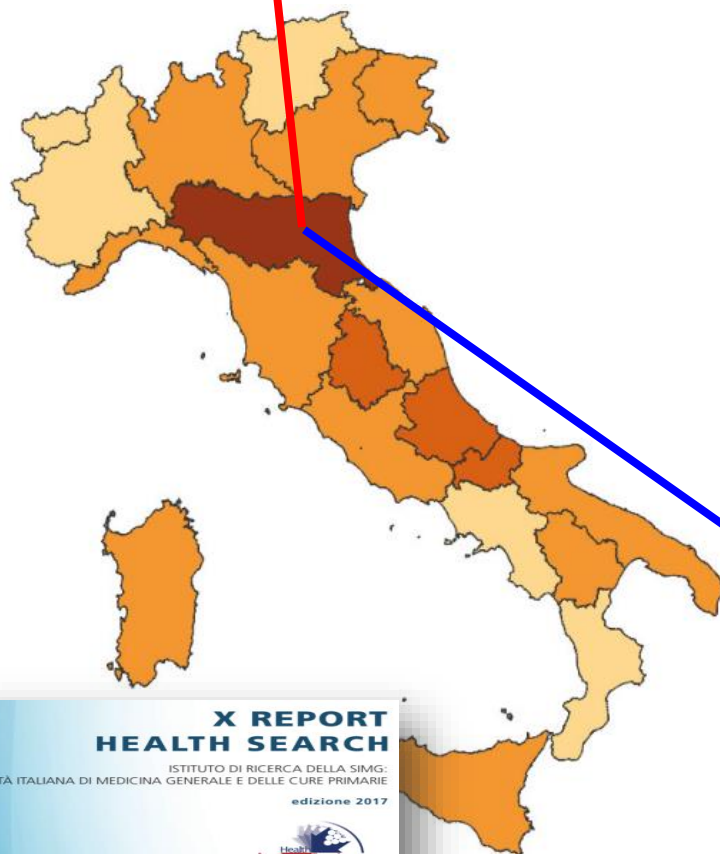
Nel 2016 sono state realizzate **15 iniziative**, che hanno interessato **5** territori sono, per complessive **74 ore** e a cui hanno partecipato **oltre 500 MMG**.

Lo stato di avanzamento del progetto regionale demenze al 31/12/2016

1.2.3 Fonti di invio prime visite

Anche nel 2016, le fonti di invio ai centri confermano il trend ormai consolidato confermando **al MMG il ruolo di "case finding" con l'82% degli invii.**

Tab. 3 AUSL	MMG	Amb Spec	U.O	U.V.G.	Altro	Tot. 1° visite
PIACENZA	999	56	11	9	12	1.087
PARMA	1.554	515	76	24	62	2.231
REGGIO E.	2.586	319	79	16	19	3.019
MODENA	4.152	273	392	22	158	4.997
BOLOGNA	3.872	429	171	14	59	4.545
IMOLA	349	48	35	1	0	433
FERRARA	1.206	267	71	22	47	1.613
Ambito RAVENNA	2.436	204	43	7	23	2.713
Ambito FORLI'	738	72	30	19	27	886
Ambito CESENA	525	45	36	0	29	635
Ambito RIMINI	1.122	199	21	21	249	1.612
TOTALE	19.539	2.427	965	155	685	23.771
% su totale	82%	10%	4%	1%	3%	100,0%



Le Demenze nell'Emilia-Romagna: **oltre 12.000 diagnosi /anno nei 60 CDCD**

1.3 Attività diagnostica

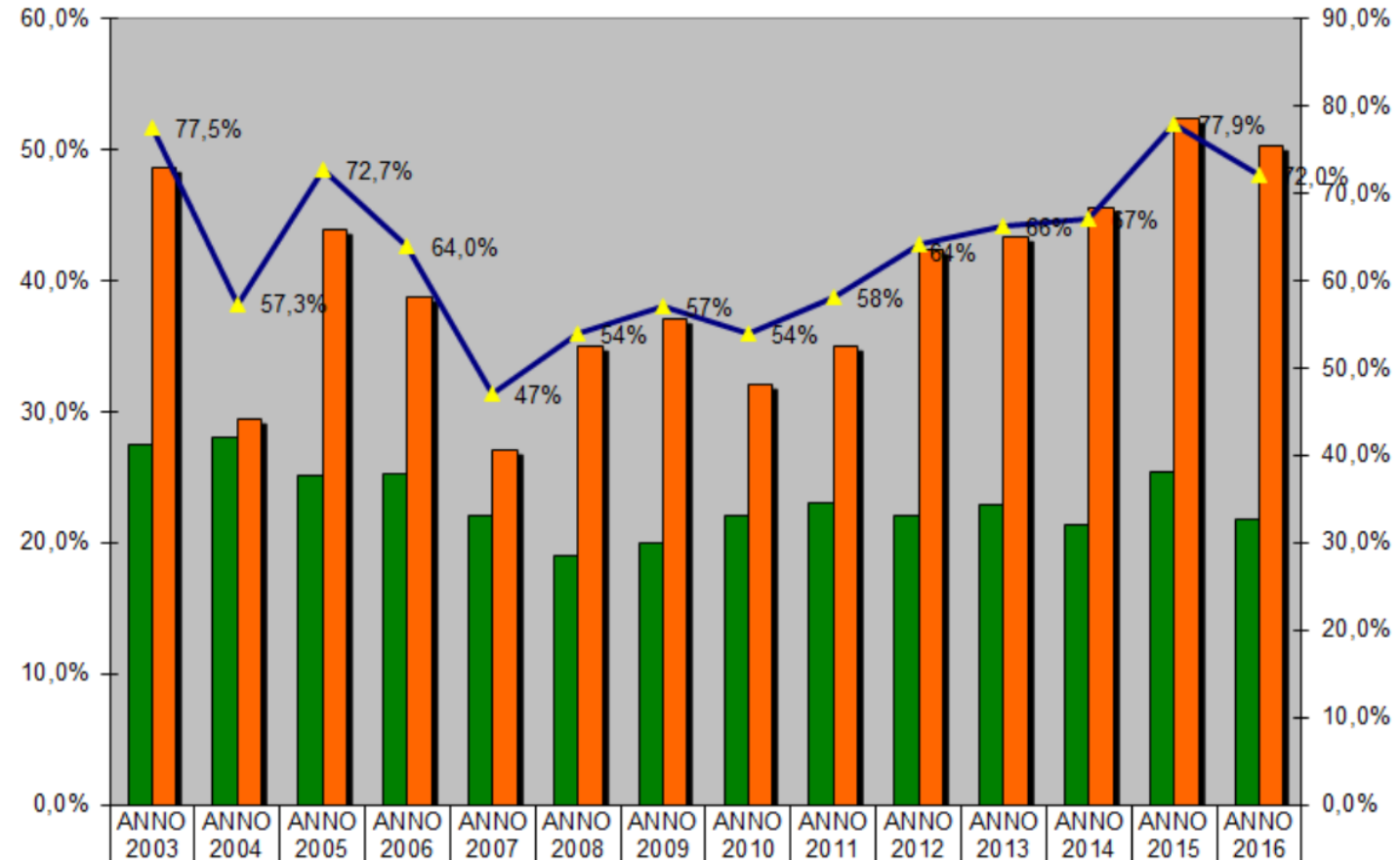
L'attività diagnostica , riferita sia alle persone che hanno effettuato una prima visita n 2016, che a coloro che a fine 2015 erano in attesa di una definizione diagnostica, ha avuto seguenti esiti: **12.377** persone hanno ricevuto una **diagnosi di demenza**, in **5.561** persone stata individuata una condizione di **Mild Cognitive Impairment (MCI)**, in **3.360** casi è stata esclusa ogni forma di demenza, mentre a fine 2016 le persone in attesa di ricevere un esito diagnostico erano 2.630. Complessivamente le persone sottoposte a valutazione sono state 21.298.

l'82% delle diagnosi nei CDCD a seguito invio dai MMG

Tab.6 AUSL	N. Diagnosi di Demenza	N. Diagnosi a rischio evoluzione a demenza (MCI)	N. di Diagnosi che escludono Demenza	N. pazienti che al 31/12/20156 sono in attesa di definiz diagnostica
PIACENZA	679	221	93	168
PARMA	1.218	529	383	220
REGGIO E	1.580	631	408	563
MODENA	2.842	986	596	371
BOLOGNA	2.113	1.367	220	234
IMOLA	242	183	38	96
FERRARA	825	280	513	85
Ambito RAVENNA	1.250	871	484	600
Ambito FORLI'	600	109	123	54
Ambito CESENA	458	54	76	5
Ambito RIMINI	570	330	426	234
TOTALE	12.377	5.561	3.360	2.630

Le Demenze nell'Emilia-Romagna: i trattamenti farmacologici prescritti dai CDCD

Percentuali pazienti inseriti a trattamenti farmacologici su pazienti presi in carico 2003-2016



■ % inseriti Ex Cronos	27,5%	28,1%	25,1%	25,3%	22%	19%	20%	22%	23%	22%	23%	21%	25,4%	21,7%
■ % inseriti altri tratt. farmac.	48,6%	29,4%	43,9%	38,7%	27%	35%	37%	32%	35%	42%	43%	46%	52,3%	50,3%
—▲ % Totali inseriti a trattam. Farmac.	77,5%	57,3%	72,7%	64,0%	47%	54%	57%	54%	58%	64%	66%	67%	77,9%	72,0%

APPROCCIO AI PAZIENTI CON DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE

CORSO MASTER TTT (Train The Trainers)

Firenze

19/ 20 novembre 2018
Scuola Alta Formazione SIMG
Via del Sansovino, 179

Farmacoterapia demenze nel mondo reale della Medicina Generale: audit di 155 pz. in 23 paesi

SIMG : Formazione sulle Demenze

19 novembre 2018

Ore 13.30-14.00 Sessione introduttiva

- Le attività della Scuola di Alta Formazione nella progettualità della SIMG (*Claudio Cricelli, Presidente SIMG e direttore della Scuola di AF*)

- Il progetto SIMG-SIN in area neurologica (*Ovidio Brignoli, project leader, Vice Presidente SIMG*)

- Il corso Master ed i corsi periferici dedicati al problema "Disturbi Neurocognitivi e Demenze in MG". Obiettivi e sviluppo del corso (*Giuseppe Ventriglia, Responsabile didattico della Scuola di AF, Responsabile didattico del progetto*)

Ore 14.00-17.10 Sessione 1. I segni ed i sintomi di sospetto di Disturbo Neurocognitivo Lieve e Maggiore - L'intercettazione del DNC in Medicina Generale

Obiettivo: al termine della sessione (esercitazioni e lezioni) i discendenti avranno acquisito le conoscenze e le competenze necessarie per individuare i segni e i sintomi cognitivi, funzionali, comportamentali sospetti per DNC e per effettuare le opportune domande e procedure cliniche di approfondimento diagnostico differenziale. Essi inoltre avranno appreso le basi razionali e l'impiego dei test specifici applicabili in medicina generale per accertare (o escludere la presenza) di un DNC.

Ore 14.00 Esercitazione 1. Tre simulazioni didattiche di pazienti con disturbi che possano far sospettare Disturbo neurocognitivo

Ore 15.00 Lezione 1. Le demenze: storia naturale, clinica e patogenesi. *C. Ferrarese*

Ore 15.20 Lezione 2. Un metodo di approccio in MG nell'ambito del Piano Nazionale Demenze. *A. Pirani*

Ore 15.40 Lezione 3. La valutazione iniziale in MG: GPCog, PHQ 2 e PHQ 9. Algoritmi di funzionamento. Diagnostica di laboratorio e neuro-radiologica di I istanza. Indicazioni alla richiesta di consulenza specialistica. *C. Ricci*

Ore 16.10 Sessione interattiva. Domande agli esperti sul contenuto della sessione *C. Ferrarese, A. Pirani, G. Ventriglia*

Ore 16.40 Commento didattico alle proposte emerse dai colleghi in aula in risposta alle domande proposte nelle simulazioni professionali iniziali *C. Ferrarese, L. Lopiano, A. Pirani, G. Ventriglia*

Ore 16.55 Sessione didattica in grande gruppo. Valutazione degli aspetti didattici del materiale impiegato nella sessione *G. Ventriglia*

Ore 17.10 Coffee-break

17.30-18.50 Sessione 2. La diagnosi di Disturbo Neuro Cognitivo (DNC)

Obiettivo: al termine della sessione, il discendente sarà in grado di illustrare al paziente le procedure di competenza specialistica che consentono la diagnosi precoce (o l'esclusione) di una demenza e delle forme precliniche e prodromiche.

Ore 17.30 Lezione 4. Gli elementi essenziali della valutazione specialistica *C. Ferrarese*

Ore 17.50 Lezione 5. La valutazione neuropsicologica. *P. Caffarra*

Ore 18.05 Lezione 6. La valutazione strumentale con neuroimmagini. *G. Tedeschi*

Ore 18.20 Sessione interattiva. Domande all'esperto sugli aspetti principali della sessione *G. Ventriglia, P. Caffarra, C. Ferrarese, G. Tedeschi*

Ore 18.35 Sessione didattica in grande gruppo. Valutazione degli aspetti didattici del materiale impiegato nella sessione *G. Ventriglia*

Ore 18.50 Termine lavori prima giornata

20 novembre 2018

Ore 9.00-11.30 Sessione 3. I trattamenti e l'evoluzione nel tempo dei disturbi neurocognitivi

Obiettivo: al termine della sessione i discendenti avranno acquisito le conoscenze e le competenze necessarie per seguire il paziente nel tempo, valutare la progressione dei disturbi cognitivi, comportamentali e funzionali, la risposta alle terapie cognitive e comportamentali, gli eventuali effetti collaterali dei farmaci; inoltre sarà in grado di riconoscere i pazienti che necessitano di rivalutazione specialistica e di interventi assistenziali specifici.

Ore 9.00 Esercitazione 2. Tre simulazioni didattiche iniziali. Ipotesi di interventi terapeutici

Ore 9.30 Lezione 7. Focus sul trattamento degli aspetti cognitivi dei pazienti con DNC. Inibitori A-CHE, memantina, altri farmaci: razionale di impiego e uso corretto. Le norme della prescrizione SSN *A. Bruni*

Ore 9.50 Lezione 8. Breve richiamo dei farmaci disponibili per il trattamento degli aspetti comportamentali (antidepressivi, antipsicotici tipici ed atipici) con le caratteristiche essenziali e le possibili criticità di impiego. Richiamare le norme della prescrizione SSN. *L. Tremolizzo*

Ore 10.10 Sessione interattiva. Domande all'esperto sulla terapia farmacologica *G. Ventriglia, A. Pirani, L. Lopiano, A. Bruni, L. Tremolizzo*

Ore 10.30 Sessione interattiva. Commenti didattici sulle risposte alle simulazioni didattiche *G. Ventriglia, A. Pirani, L. Lopiano, A. Bruni, L. Tremolizzo*

Ore 10.50 Lezione 9. Le terapie non farmacologiche dei disturbi neurocognitivi. *A. Pirani*

Ore 11.10 Sessione didattica in grande gruppo. Valutazione degli aspetti didattici del materiale impiegato nella sessione. *G. Ventriglia*

Ore 11.30 Coffee-break

Ore 11.50-13.00 Sessione 4. Le complicanze, la morbilità e la fragilità del paziente demente

Obiettivo: riconoscere le complicanze neurologiche, psichiatriche ed interistiche e decidere se trattarle autonomamente (ad es. insonnia, depressione, cadute, dolore) o se inviare il paziente in consulenza (grave disturbo comportamentale, delirium, disagio).

Ore 11.50 Lezione 10. Le situazioni demenza-correlate trattabili da parte del MMG (insonnia, depressione) *A. Pirani*

Ore 12.05 Lezione 11. Le situazioni demenza-correlate che richiedono la consulenza specialistica *G. Bellelli*

Ore 12.20 Domande all'esperto sui contenuti della sessione. *G. Bellelli, A. Pirani, G. Ventriglia*

Ore 12.40 Sessione didattica in grande gruppo. Valutazione degli aspetti didattici del materiale impiegato nella sessione. *G. Ventriglia*

Ore 13.00 Intervallo pranzo

Ore 14.00-15.00 Sessione 5. Gli aspetti psicologici del DNC

Obiettivo: al termine della sessione il discendente avrà acquisito la consapevolezza dell'importanza di migliorare la capacità di comunicare la diagnosi, di comprendere il vissuto del paziente nella fase iniziale del disturbo neurocognitivo e di accompagnarlo nel percorso di malattia.

Ore 14.00 Esercitazione 3. Lavoro in grande gruppo su video.

Ore 14.40 Lezione 12. La comunicazione delle cattive notizie. *G. Ventriglia*

Ore 15.00-15.30 Sessione 6. Gli aspetti amministrativi, legali ed etici dell'assistenza a pazienti con DNC stadio "molto grave", "terminale" e "fine-vita"

Obiettivo: al termine della sessione il discendente avrà acquisito le conoscenze e le competenze di base per riconoscere presenza di una situazione invalidante che necessita di indennità di accompagnamento e di far conoscere i ben della legge 104 ad un familiare, la necessità di procedere alla nomina di amministratore di sostegno ed i compiti di questa figura, le problematiche etiche e legali quoad valetudinem e quoad vitam.

Ore 15.00 Lezione 13. I requisiti per l'indennità di accompagnamento; i riconoscimenti della legge 1 la nomina dell'Amministratore di Sostegno. Le decisioni quoad vitam: le DAT. *A. Pirani, C. Fi*

Ore 15.30-17.00 Sessione 7. La rete locale di assistenza ai pazienti con Demenza in fase avanzata

Obiettivo: acquisire la conoscenza delle rete locale a cui far riferimento per la gestione dei pazienti con demenza in fase avanzata con finalità assistenziali e/o riabilitative.

Ore 15.30 Lezione 14. La rete locale, formale ed informale, di assistenza di pazienti con demenza (centri diurni, residenze, associazioni di volontari, ricoveri di sollievo, Nuclei speciali demenze, ADI, etc.)

Ore 15.45 Domande finali e conclusioni del corso

Ore 17.00 Sessione 8. Conclusione del corso e questionario ECM finale

Firenze

19/20 novembre 2017
Scuola Alta Formazione SIMG

SIMG nella pratica quotidiana : GPCog nel software gestionale Millewin

[MilleDSS-1.3.0.131-Marzo-2018](#)

Un clic su Salva per registrare i valori in accertamenti.

Breve test per valutare le funzioni cognitive del paziente

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

RICHIAMO 1ª FASE. Nominativo ed indirizzo da richiedere nella 2ª 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 assegna punteggio).

"Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia" Riportare il numero di ripetizioni:

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

ORIENTAMENTO TEMPORALE Corretto Sbagliato

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

FUNZIONALITA' 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 segnino le ore 11.10

INFORMAZIONI

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

<scrivere qui>

RICHIAMO 2ª FASE.

Stampa Salva Annulla

Diagnosti:

- BMI (Assente)
- GPCog (Test di screening per la**
- Fumo (Mai registrato)
- PA (Assente)

	Accertamenti (+)	Risultato	N
16.02.18	<input checked="" type="checkbox"/>		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Test GPCog per la demen	Deteriora
	<input checked="" type="checkbox"/>	Scala NRS (intensità del	5

GPCog - Anteprima stampa

DSS - GPCog (General Practitioner's assessment of Cognition)
Broese van Groenou, H., Pond D., et al., (2002). The GPCOG, a new screening test for dementia designed for general practice. JAGS, 50: 530-534.

Breve test per valutare le funzioni cognitive

Data: 19/03/2018 Paziente: BIANCHI102 2010, donna di 34 anni

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

RICHIAMO 1ª FASE. Nominativo ed indirizzo da richiedere nella 2ª fase.

1. Ora le dirò un nome ed un indirizzo. **"Le chiedo di ripeterli subito dopo di me"** (consentire in totale 4 letture e ripetizioni per la memorizzazione: non assegna punteggio).

"Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia" Riportare il numero di ripetizioni: 3

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

ORIENTAMENTO TEMPORALE Corretto Sbagliato

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

FUNZIONALITA' VISUOSPAZIALE Disegno dell'orologio (disegnare un cerchio di circa 5 cm di diametro)

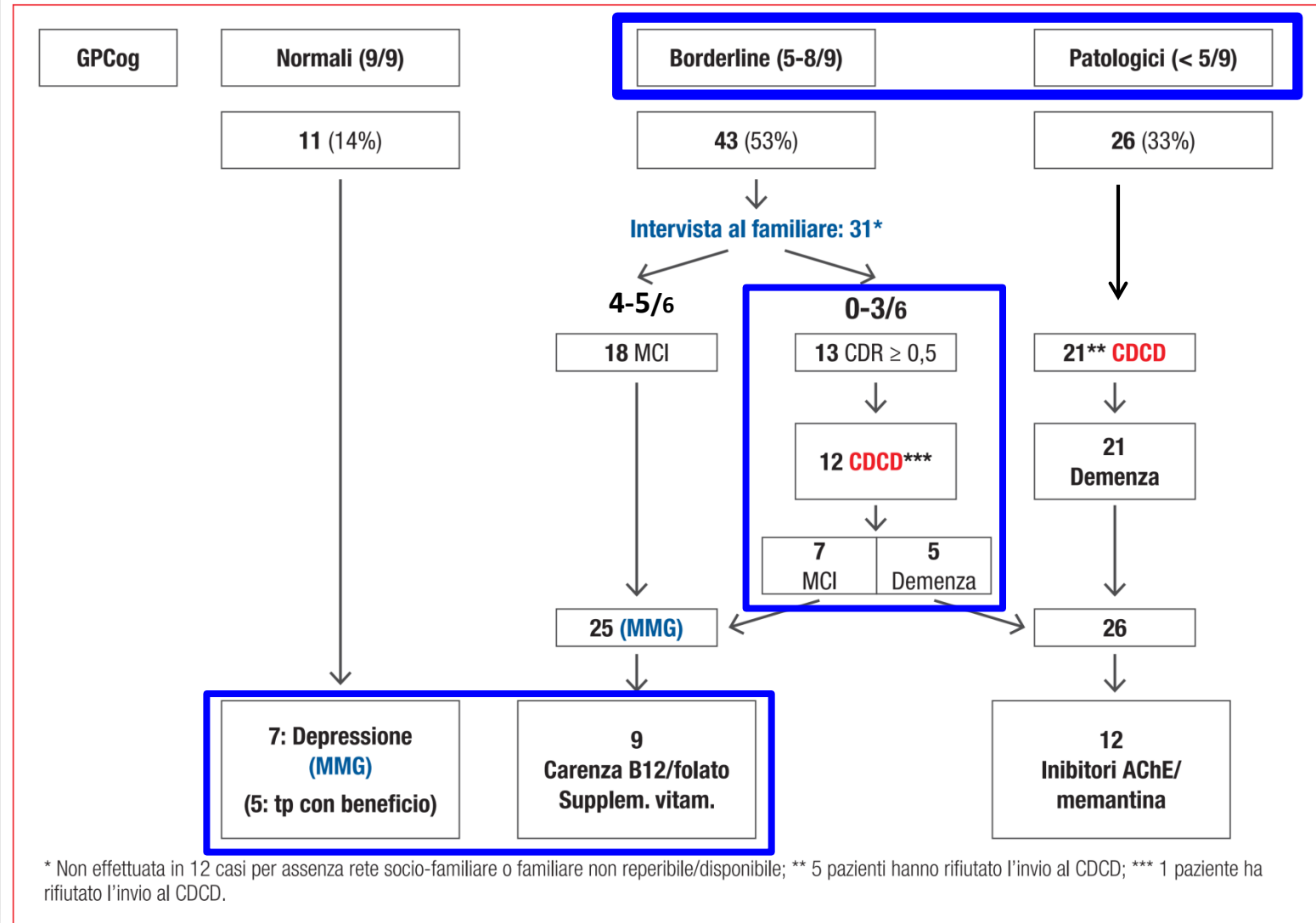
3. Per piacere, inserisca tutti i numeri delle ore (devono essere posizionati correttamente)

Page 1 of 1

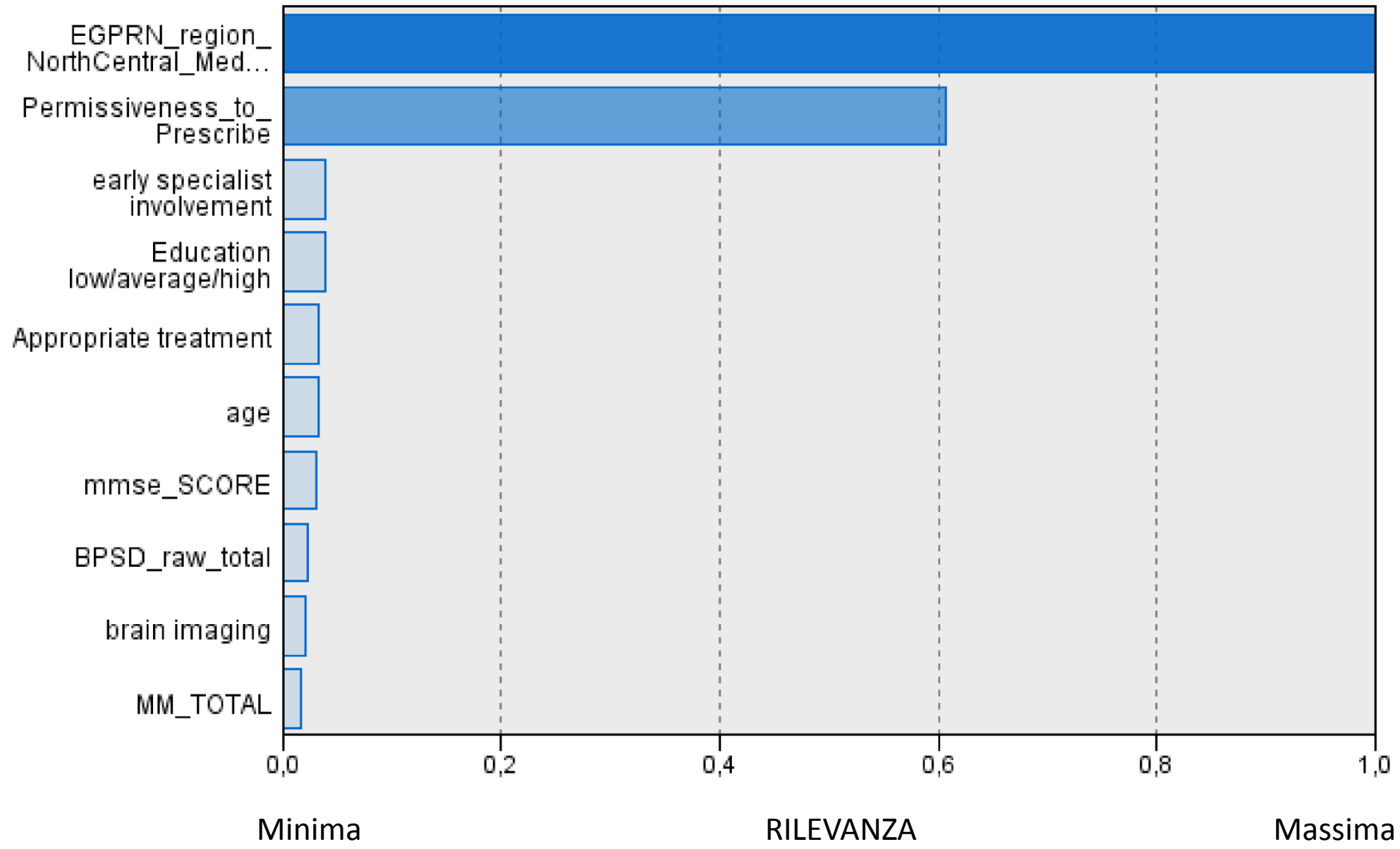


FIGURA 2.

Medicina di Gruppo/Rete di Tavagnacco, (UD): percorsi e outcome dei pazienti valutati con GPCog nel periodo gennaio 2016 - settembre 2017.



Grazie per l'attenzione



DNC Maggiore (Demenze) in Italia: incremento rapido età-correlato

PROSPETTO 1. POPOLAZIONE E PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER TIPO DI MALATTIA CRONICA DICHIARATA E SESSO. Anni 2005 e 2013, tassi standardizzati per 100 persone



TUTELA DELLA SALUTE E ACCESSO ALLE CURE

Anno 2013

TIPO DI MALATTIA CRONICA	Popolazione		Persone di 65 anni e più					
	2005	2013	2005			2013		
			Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Ipertensione arteriosa	14,5	17,1	36,4	44,0	40,3	45,8	50,9	48,4
Artrosi, artrite	19,8	16,2	52,8	61,1	57,1	38,9	59,4	49,4
Malattie allergiche	10,6	13,7	6,5	9,4	8,0	8,9	11,8	10,4
Cefalea o emicrania ricorrente	7,8	10,8	4,9	11,5	8,3	7,1	14,6	11,0
Osteoporosi	5,4	6,8	5,0	29,4	17,5	8,1	39,5	24,2
Diabete	4,9	5,6	14,7	14,9	14,8	18,3	16,8	17,6
Ansia o Depressione	5,5	5,5	7,8	16,5	12,2	9,0	16,7	13,0
- Ansietà cronica	-	3,0	-	-	-	4,5	9,9	7,3
- Depressione	-	4,3	-	-	-	7,0	13,0	10,1
Asma	3,7	4,3	7,9	6,0	6,9	6,9	6,2	6,5
Bronchite cronica, enfisema	5,1	3,9	19,1	12,2	15,5	14,3	9,7	11,9
Celiachia	-	0,5	-	-	-	0,1	0,3	0,2
Infarto del miocardio	2,0	2,0	9,8	4,1	6,9	10,0	3,9	6,9
Angina pectoris	0,8	0,7	2,8	2,5	2,6	2,9	1,9	2,4
Altre malattie del cuore	3,5	4,0	11,9	11,9	11,9	13,6	12,6	13,1
Ictus, emorragia cerebrale	1,3	1,4	5,8	4,2	5,0	5,8	4,9	5,3
Insufficienza renale cronica	-	1,3	-	-	-	5,2	4,0	4,6
Malattie della tiroide	3,3	5,0	1,7	7,3	4,6	2,8	13,0	8,1
Disturbi comportamento alimentare	-	0,5	-	-	-	0,5	0,7	0,6
Cirrosi epatica	0,3	0,3	0,6	0,7	0,6	0,9	0,6	0,8
Tumore maligno	1,0	1,6	3,1	2,3	2,7	5,3	4,0	4,6
Parkinsonismo	0,4	0,4	1,9	1,5	1,7	1,6	1,8	1,7
Alzheimer, demenze senili	0,6	0,9	2,1	2,9	2,5	3,1	5,1	4,1
Altra malattia cronica	3,7	2,9	6,1	5,3	5,7	4,6	3,6	4,1