

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

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

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

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

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

Modello Operativo per il rilievo di deterioramento cognitivo: “case finding”

Il Modello Operativo si basa su un approccio alla patologia secondo il modello del “case finding” e non dello “screening” in quanto questa modalità non ha dimostrato un rapporto costo/efficacia adeguato e sostenibile^{1,2}.

L'algoritmo del modello si sviluppa su tre tappe successive (Schema n. 1):

1. **Presentazione - “case finding”.** I

MMG dovranno essere formati a valutare sempre accuratamente nei pazienti ≥ 50 anni come possibili segni di deterioramento cognitivo:

a) la triade sintomatologica riferita dal paziente di: 1) amnesie anche solo soggettive; 2) e/o disturbi del comportamento; 3) e/o alterazioni funzionali³. La lista completa delle alterazioni caratteristiche di questa triade sintomatologica è contenuta nel questionario *Symptoms of Dementia Screener (SDS)*⁴, che viene usato quando è il familiare che per primo riferisce di avere riscontrato un “cambiamento” nel paziente (si veda la Scheda n. 1).

b) il comportamento del paziente

durante la visita medica alla ricerca di alterazioni funzionali (ad es., verificare la corretta assunzione della terapia farmacologica, sospettare difficoltà di gestione della terapia farmacologica in seguito a instabilità clinica della pressione arteriosa, diabete, INR, ecc.) e/o comportamentali (depressione);

c) la triade sintomatologica riferita da familiari e conoscenti nel caso frequente di assenza di consapevolezza (insight) della sintomatologia da parte del paziente. Se assente il familiare-conoscente potrà essere intervistato successivamente, anche telefonicamente.

2. **Valutazione.** Gli strumenti usati sono stati sviluppati e validati per la Medicina Generale e sono veloci (tempo medio di somministrazione: 5 ± 2 minuti) e semplici (carta e penna).

Per la valutazione delle funzioni cognitive indichiamo il GPCog che appare il test più completo in quanto esamina anche lo stato funzionale del paziente tramite intervista al familiare/caregiver⁵⁻⁷ (si veda Scheda n. 2).

In base al punteggio riportato al GPCog, il paziente potrà essere classificato nelle tre seguenti possibilità:

a) punteggio 9/9 (8/9): normale; non è

necessario somministrare la seconda parte (questionario al familiare). La sintomatologia riferita dal paziente o dal familiare va quindi inquadrata come “disturbo mnesico soggettivo”^{8,9} non rilevante rispetto alla normale conduzione della vita del paziente per le AADL e IADL e quindi definito “benigno”. Interessa fino a oltre il 50% dei pazienti il 7% dei quali può evolvere verso una demenza preclinica (MCI) e quindi è consigliabile ripetere il test una volta all'anno. Il MMG deve riservare particolare attenzione in questi pazienti all'insorgenza di “depressione”, anche reattiva, come segnale di un viraggio verso una forma preclinica di deterioramento cognitivo. Inoltre una casistica in costante aumento a cui il MMG deve prestare particolare attenzione è quella dei “single” senza familiari;

b) punteggio 5-8/9 “borderline”: è necessaria la somministrazione della scala B) del GPCog cioè il questionario “Intervista al familiare/conoscente” (punteggio 0-6) che guiderà nel modo seguente il MMG nel dire la condizione del paziente:

- punteggio 4-6: probabile deterioramento cognitivo precli-

SCHEDA N. 1.

Il questionario *Symptoms of Dementia Screener (SDS)* viene somministrato al familiare quando per primo riferisce di avere riscontrato un "cambiamento" nel paziente. SDS fornisce una lista completa della variegata triade sintomatologica, cioè alterazioni mnesiche e/o comportamentali e/o funzionali, caratteristiche dell'esordio del deterioramento cognitivo nella popolazione ambulatoriale del MMG.

S.D.S. - *Symptoms of Dementia Screener* modificato⁴

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

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
È 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			

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, ad es. tende a perdersi o a guidare in modo poco sicuro o pericoloso? Se non ha la patente si risponde No	0	1	Non so
Comincia ad aver bisogno di aiuto per mangiare, ad es. nell'usare coltello e forchetta; o vestirsi, ad es., nello scegliere o indossare i vestiti; farsi il bagno o usare i servizi igienici?	0	1	Non so
Sub Totale			

0: normale

1: borderline (si consiglia breve test psicometrico per diagnosi differenziale)

≥ 2/11: deterioramento cognitivo (da confermare con breve test psicometrico)

SCHEDA N. 2.

Il GPCog (The General Practitioner assessment of Cognition): breve test per valutare le funzioni cognitive nella popolazione ambulatoriale del medico di medicina generale.

A) Valutazione del paziente: salvo indicazione contraria, formulare ogni domanda una volta sola			
Richiamo: 1° fase. Nominativo e indirizzo da richiedere nella 2° fase			
1. "Ora Le dirò un nome e un indirizzo. Le chiedo di ripeterli subito dopo di me. Ricordi questo nome e indirizzo perché Le chiederò di ripetermeli di nuovo fra pochi minuti": (consentire un massimo di 4 tentativi : non si assegna punteggio per il momento) Numero Ripetizioni			
"Mario Rossi, via Libertà 42, Pavia"			
ORIENTAMENTO TEMPORALE		Corretto	Sbagliato
2. Mi dica la data di oggi? (solo la risposta esatta è valida)		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
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 di questa settimana?		1	0
1. Richiamo 2° Fase. 6. Mi può ripetere il nome e l'indirizzo che le avevo chiesto di ricordare?			
	Mario	1	0
	Rossi	1	0
	via Libertà	1	0
	42	1	0
	Pavia	1	0
	TOTALE		
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> PUNTEGGIO 9: normale < 5: cognitivamente deteriorato 5-8: borderline: in questo caso passare alla sezione B </div>			

Linee guida per l'assegnazione del punteggio DISEGNO DELL'OROLOGIO. **Domanda 3:** La risposta è corretta se i numeri 12, 3, 6 e 9 sono collocati nei quadranti giusti e anche i restanti numeri delle ore sono inseriti in modo congruo. **Domanda 4:** La risposta è 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/conoscente. 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 e assumere i suoi farmaci da solo?	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) = 0-3 : Deterioramento cognitivo lieve				
Sezione A) = 5-8 + Sezione B) = 4-6: Deterioramento cognitivo pre-clinico (<i>Mild Cognitive Impairment</i>)				
TOTALE				

SCHEDA N. 3.

Geriatric Depression Scale (GDS) 5 item ¹¹: breve questionario per valutare la depressione nell'anziano.

Geriatric Depression Scale 5 Item (GDS - 5 Item)		
	Si	No
1. È fondamentalemente soddisfatto della sua vita?	0	1
2. Si annoia spesso	1	0
3. Si sente spesso abbandonato?	1	0
4. Preferisce stare a casa anziché uscire a fare cose nuove?	1	0
5. Si sente un po' inutile così com'è oggi?	1	0
0-1 = Normale	2-5 = Depressione	Punteggio totale _____/5

FIGURA 1.

“Le Demenze in Medicina Generale”, il web per il supporto online al MMG.



“Le Demenze in Medicina Generale”, il web per il supporto online al MMG: www.demenzemedicinagenerale.net

La semplicità del percorso sopra esposto si scontra con la difficoltà operative per calare il modello nella congestionata attività quotidiana del MMG. Dove reperire gli strumenti sopra indicati? Dove reperire bibliografia, supporto, aiuto nella gestione assistenziale del paziente con demenza?

Le enormi opportunità offerte dal web per lo *sharing online* in tempo reale ci hanno portato alla creazione del sito “Le Demenze in Medicina Generale” (Fig. 1).

Il sito è di libero accesso: necessità di login solo nel caso un collega volesse sottoporre un caso clinico.

È organizzato in sei menu:

1. “Strumenti diagnostici”: contiene tutti gli strumenti sopra indicati scaricabili.
2. “Bibliografia”: contiene articoli, linee guida ed eventi.
3. “Casi clinici”: galleria di casi clinici

contenente, inoltre, un questionario per inviare un caso sia di particolare interesse poi pubblicabile nel sito sia per chiedere un supporto decisionale.

4. “La stanza del familiare-caregiver”: vi sono manuali assistenziali per i familiari-caregiver scaricabili.

- 5-6. “Links” e “contatti”. Sono inoltre state create due aree culturali tematiche:

- a) “L’isola”: è uno spazio culturale in cui la demenza viene presentata in relazione con l’arte, la cultura generale e spazia dalla pittura al cinema dalla storia ai mass media.
- b) “Mens sana”: presenta importanti studi od esperimenti effettuati in ambito psicologico o nelle neuroscienze ponendo le domande a cui essi hanno cercato di rispondere.

Conclusioni

Lo sviluppo di un modello operativo per la diagnosi precoce delle demenze è fonda-

mentale per consentire ai MMG di inquadrare tempestivamente e correttamente i disturbi cognitivo/comportamentali percepiti dai pazienti ≥ 50 anni d’età o riferiti dai familiari.

Il modello proposto utilizza la metodologia del “case finding” e non dello “screening” per l’intercettazione del deterioramento cognitivo nella pratica quotidiana della Medicina Generale e mette a disposizione strumenti semplici, veloci e sensibili, per un inquadramento diagnostico rapido nell’ambito spesso di una comorbilità complessa.

Gli strumenti sono facilmente informatizzabili nei vari software della Medicina Generale al fine di facilitare ulteriormente il compito del MMG e nel contempo creare una banca dati su queste patologie diffuse su una rilevante percentuale dei nostri pazienti.

SIMG Ferrara e SIMG Padova sostengono questo progetto mediante due azioni:

1. avviare un progetto pilota sia per la formazione specifica dei MMG che per l’applicazione pratica;

2. facilitare l'accesso al modello operativo e agli strumenti in esso proposti con il sito web "Le demenze in Medicina Generale" www.demenzemedicinagenerale.net.

Ringraziamenti

Prof. Mirco Neri, Dipartimento Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze. Centro Invecchiamento Cerebrale, UO Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia.

Prof. Henry Brodaty, Scientia Professor of Ageing and Mental Health, Dementia Collaborative Research Centre, University of New South Wales, Sydney, Australia.

Bibliografia

- ¹ Ashford JW, Borson S, O'Hara R, et al. *Should older adults be screened for dementia? It is important to screen for evidence of dementia*. *Alzheimer's & Dementia* 2007;3:75-80.
- ² Brayne C, Fox C, Boustani M. *Dementia screening in primary care: Is it time?* *JAMA* 2007;298:2409-11.
- ³ Wilson RS, Leurgans SE, Boyle PA, et al. *Neurodegenerative basis of age-related cognitive decline*. *Neurology* 2010;75:1070-8.
- ⁴ Mundt JC, Freed DM, Geist JH. *Lay person-based screening for early detection of Alzheimer's disease: development and validation of an instrument*. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000;55:P163-70.
- ⁵ Brodaty H, Pond D, Kemp NM, et al. *The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice*. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:530-4.
- ⁶ Pirani A, Brodaty H, Martini E, et al. *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*. *Int Psychogeriatrics* 2010;22:82-90.
- ⁷ Milne A, Curverwell A, Guss R, et al. *Screening for dementia in primary care: review of the use, efficacy and quality of measures*. *Int Psychogeriatrics* 2008;20:911-26.
- ⁸ Reisberg B, Gauthier S. *Current evidence for subjective cognitive impairment (SCI) as the pre-mild cognitive impairment (MCI) stage of subsequently manifest Alzheimer's disease*. *Int Psychogeriatrics* 2008;20:1-16.
- ⁹ Kryscio RJ, Abner EL, Cooper G, et al. *Self-reported memory complaints*. *Neurology* 2014;83:1-7.
- ¹⁰ American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM 5. 5th ed. Washington, DC, 2013.
- ¹¹ Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, et al. *Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale in elderly subjects in three different settings*. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:694-8.