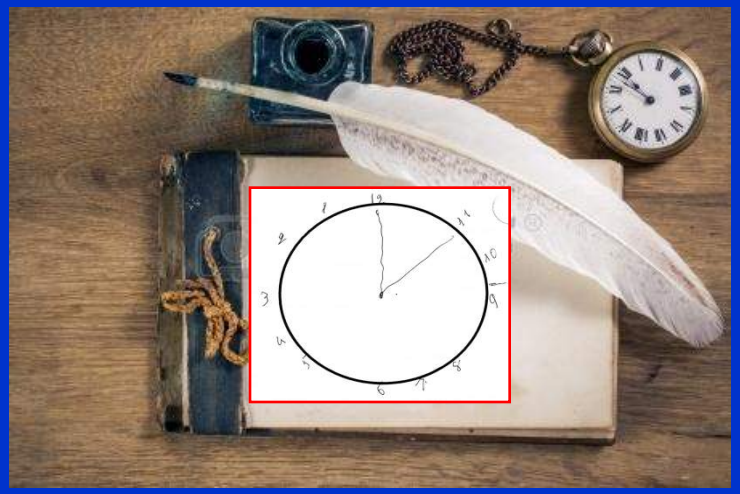
# Perché e come intercettare i disturbi cognitivi nell'ambulatorio di Medicina Generale


Dott. Alessandro Pirani

Medico Di Medicina Generale - Geriatria
Responsabile Sanitario Casa Protetta "G. B. Plattis"
Centro Delegato Disturbi Cognitivi - Distretto Ovest – AUSL Ferrara

**S.I.M.G.**

**SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE**

**Sezione "Andrea Corridoni" di Ferrara**

**CONVEGNO PROVINCIALE**

## *LE DEMENZE MALATTIE DEI "VECCHI"?*

***L'intercettazione dei disturbi medici mnesici e/o comportamentali negli ultra 50enni in Medicina Generale***

**Sabato 27 Settembre 2014**
**ore 8.30 -13.30**
**Hotel Lucrezia Borgia**
**Via A.F. Bononi 34 – Ferrara**

in collaborazione con

| | |
|---|---|
| 8.30-9.00 | Apertura dei lavori<br>Dr.ssa Rita Marchi (SIMG),<br>Dr. Claudio Casaroli (FIMMG),<br>Dr.ssa Chiara Benvenuti (Responsabile Dipartimento Cure Primarie) |
| | Moderatore Dott. Franco Miola |
| 9.00-9.30 | Perché e come intercettare i disturbi cognitivi nell'ambulatorio di Medicina Generale (Dr. Alessandro Pirani) |
| 9.30-10.00 | "Nella norma per l'età": la difficile collimazione tra clinica e markers radiologici e biologici nelle demenze (Prof. Giovanni Zuliani) |
| 10.00-10.30 | L'insidiosa e subdola comparsa di disturbi cognitivi e/o comportamentali; "Diagnosing dementia : No easy job" (caso clinico- role playing ) (Dr.ssa Lucia Benini) |
| 10.30-10.45 | Discussione |
| 10.45-11.00 | Coffe Break |
| | Moderatore, Dr.ssa Rita Marchi |
| 11.00-11.30 | Eticità delle terapie farmacologiche nelle demenze (Dr. Amedeo Zurlo) |
| 11.30-12.00 | Eticità delle terapie "non farmacologiche" nelle demenze (Dr. Franco Romagnoni) |
| 12.00-12.30 | Cibo per la mente : alimentazione e demenze (Dr.ssa Daniela Gragnaniello) |
| 12.30-13.00 | "Le demenze in Medicina Generale": presentazione del website (Dr. Alessandro Pirani, Dott.ssa Lucia Benini) |
| 13.00-13.15 | Discussione |
| 13.15-13.30 | Compilazione questionari ECM<br>Chiusura dei lavori Dr.ssa Rita Marchi (SIMG) |

Ringraziamenti
NUTRICIA Advanced Medical Nutrition

Organizzazione scientifica e segreteria:
Pirani Alessandro piranibosi@alice.it
Benini Lucia lucia.benini@alice.it

# Perché curare le demenze ?

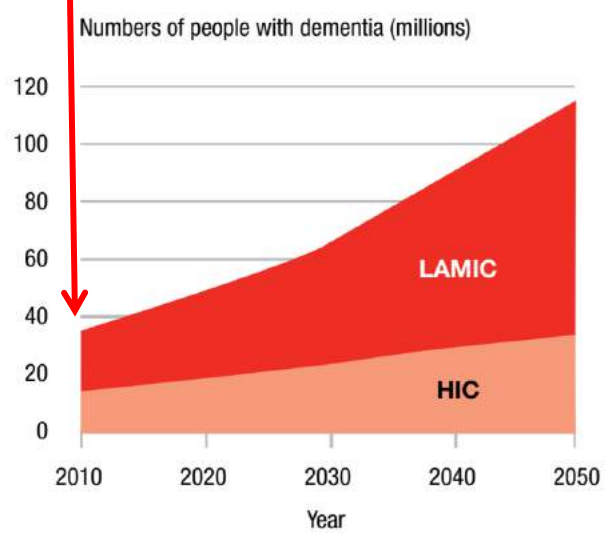
Table 1.7

**Total population over 60, crude estimated prevalence of dementia (2010), estimated number of people with dementia (2010, 2030 and 2050) and proportionate increases (2010-2030 and 2010-2050) by GBD world region**

| GBD Region | Over 60 population (millions) | Crude estimated prevalence (%) | Number of people with dementia (millions) | | | Proportionate increases (%) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2010 | 2010 | 2010 | 2030 | 2050 | 2010-2030 | 2010-2050 |
| ASIA | 406.55 | 3.9 | 15.94 | 33.04 | 60.92 | 107 | 282 |
| EUROPE | 160.18 | 6.2 | 9.95 | 13.95 | 18.65 | 40 | 87 |
| THE AMERICAS | 120.74 | 6.5 | 7.82 | 14.78 | 27.08 | 89 | 246 |
| AFRICA | 71.07 | 2.6 | 1.86 | 3.92 | 8.74 | 111 | 370 |

Figure 1.4

**The growth in numbers of people with dementia in high income countries (HIC) and low and middle income countries (LAMIC)**



# Perché curare le Demenze ?

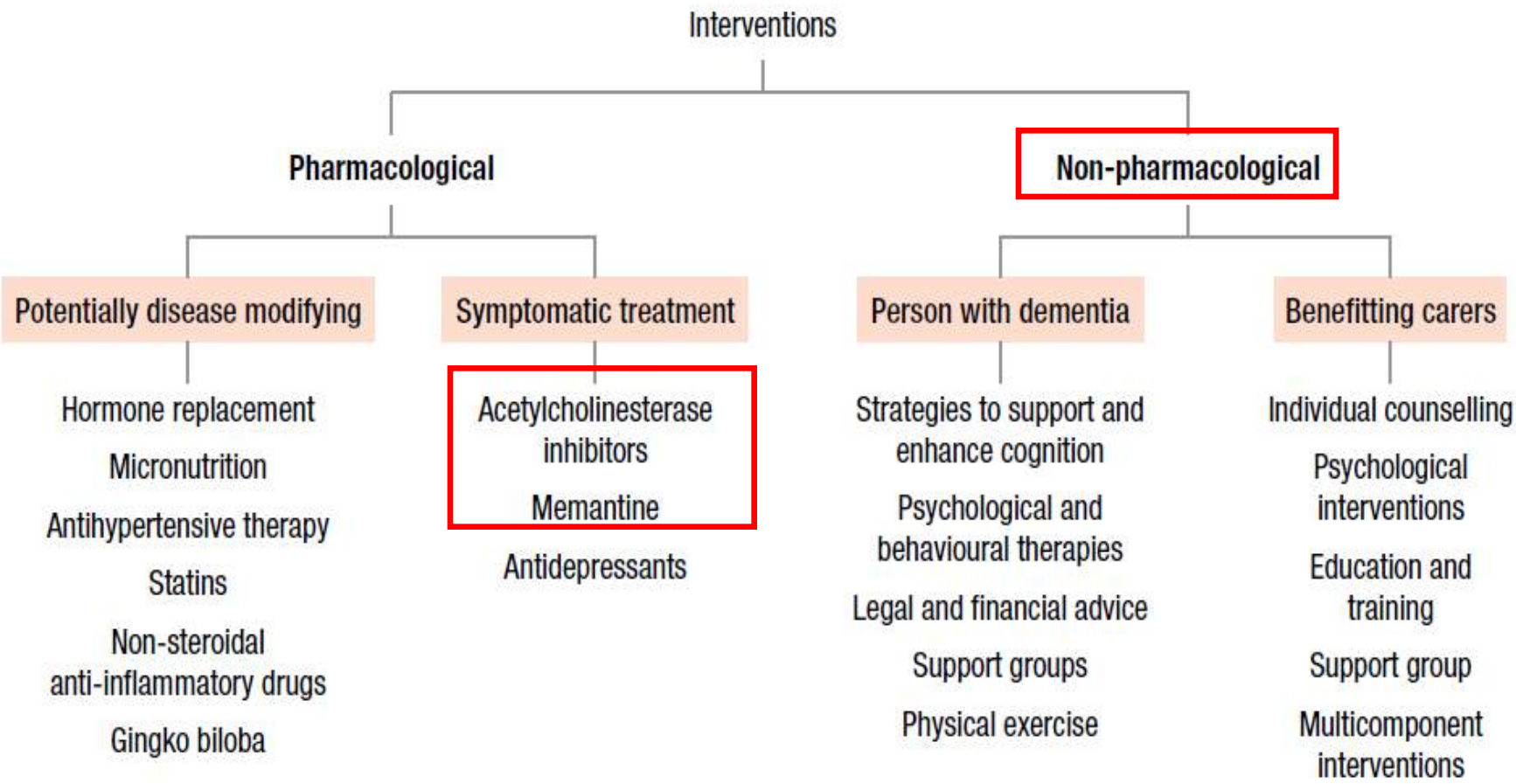
La diagnosi precoce consente di affrontare meglio lo stress della gestione della malattia, di programmare il futuro del paziente e di sviluppare piani di gestione del paziente assieme alla famiglia (Ashford et al. 2007).

# Perché curare le Demenze ?

Alzheimer's Disease International

## World Alzheimer Report 2011

Figure 2: **Classification of interventions**



Perché curare le demenze ?

Alzheimer's Disease International

# World Alzheimer Report 2011

## The benefits of early diagnosis and intervention

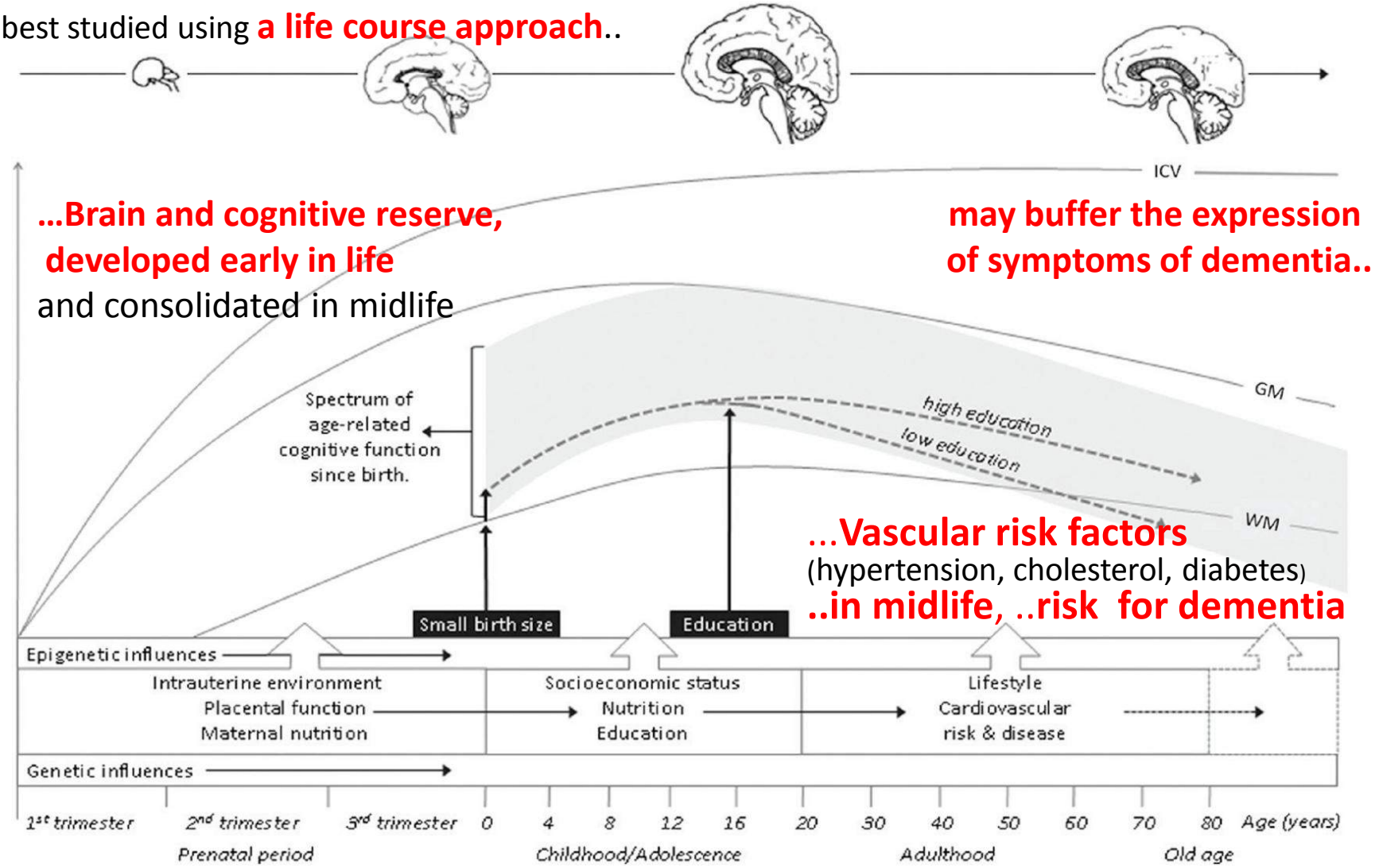
Executive Summary

# Perché curare le demenze ?

Figure 1.1

**Hypothesized model of the origins and life course of brain aging – From Muller M et al. 2014**

In recent years a growing consensus has emerged that **dementia risk and protective factors** are best studied using **a life course approach**..

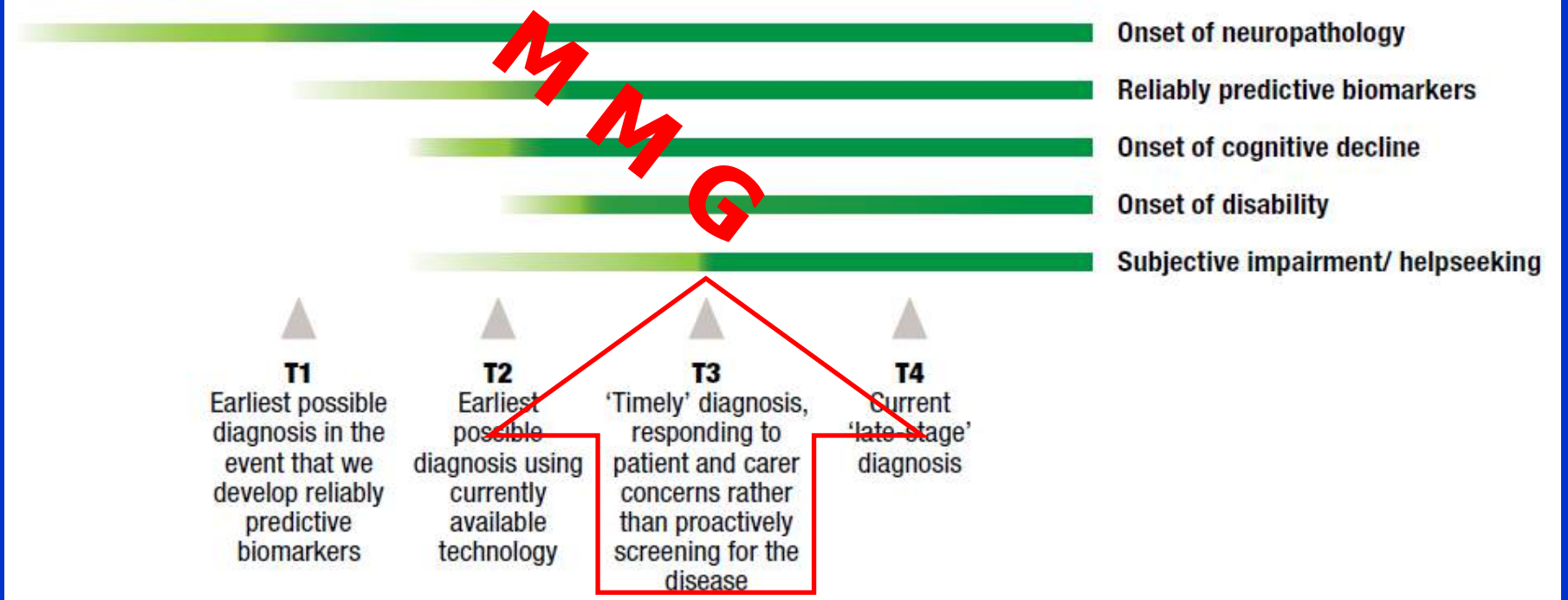


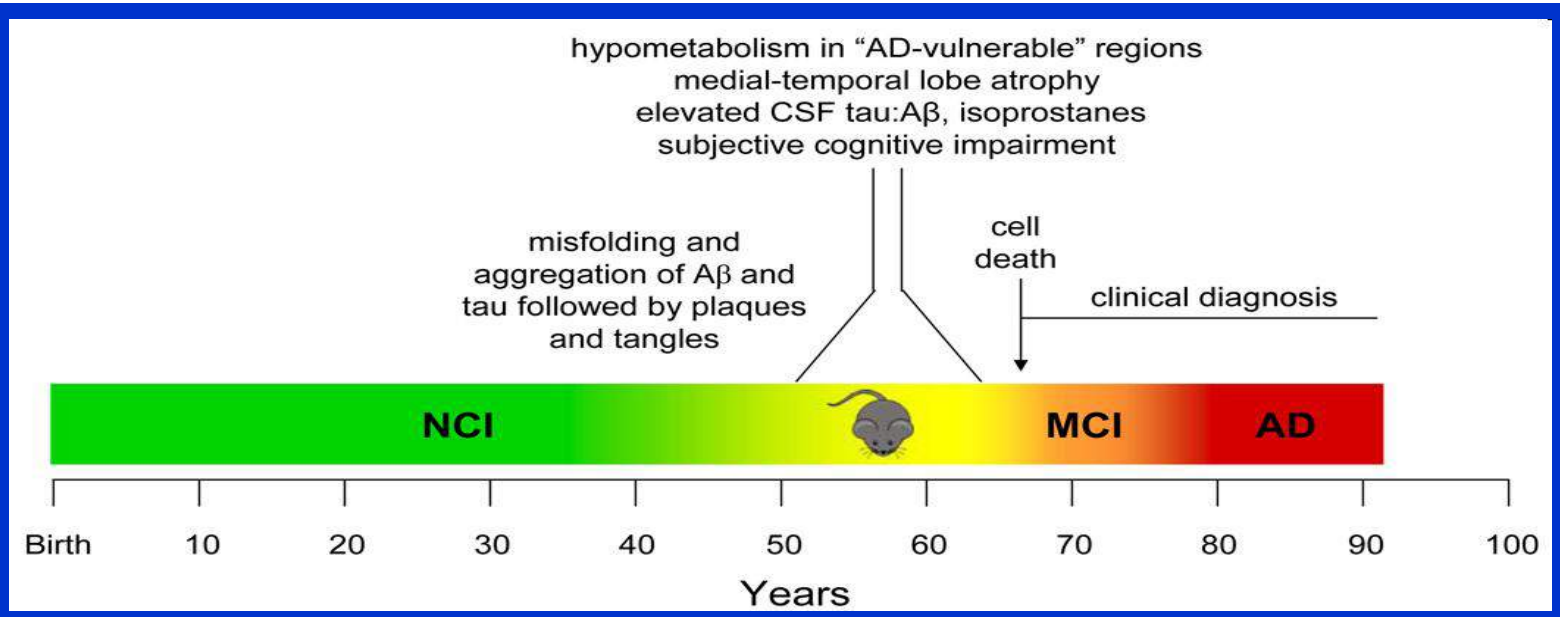

**...Brain and cognitive reserve, developed early in life** and consolidated in midlife

**may buffer the expression of symptoms of dementia..**

**...Vascular risk factors** (hypertension, cholesterol, diabetes) **..in midlife, ..risk for dementia**

Figure 1: **Timeline of disease progression**



Buntinx *et al. BMC Family Practice* 2011, **12**:60
http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/60

BMC Family Practice

CORRESPONDENCE **Open Access**

# Diagnosing dementia: No easy job

Frank Buntinx[1,2*], Jan De Lepeleire[1], Louis Paquay[1,3], Steve Iliffe[4] and Birgitte Schoenmakers[1]

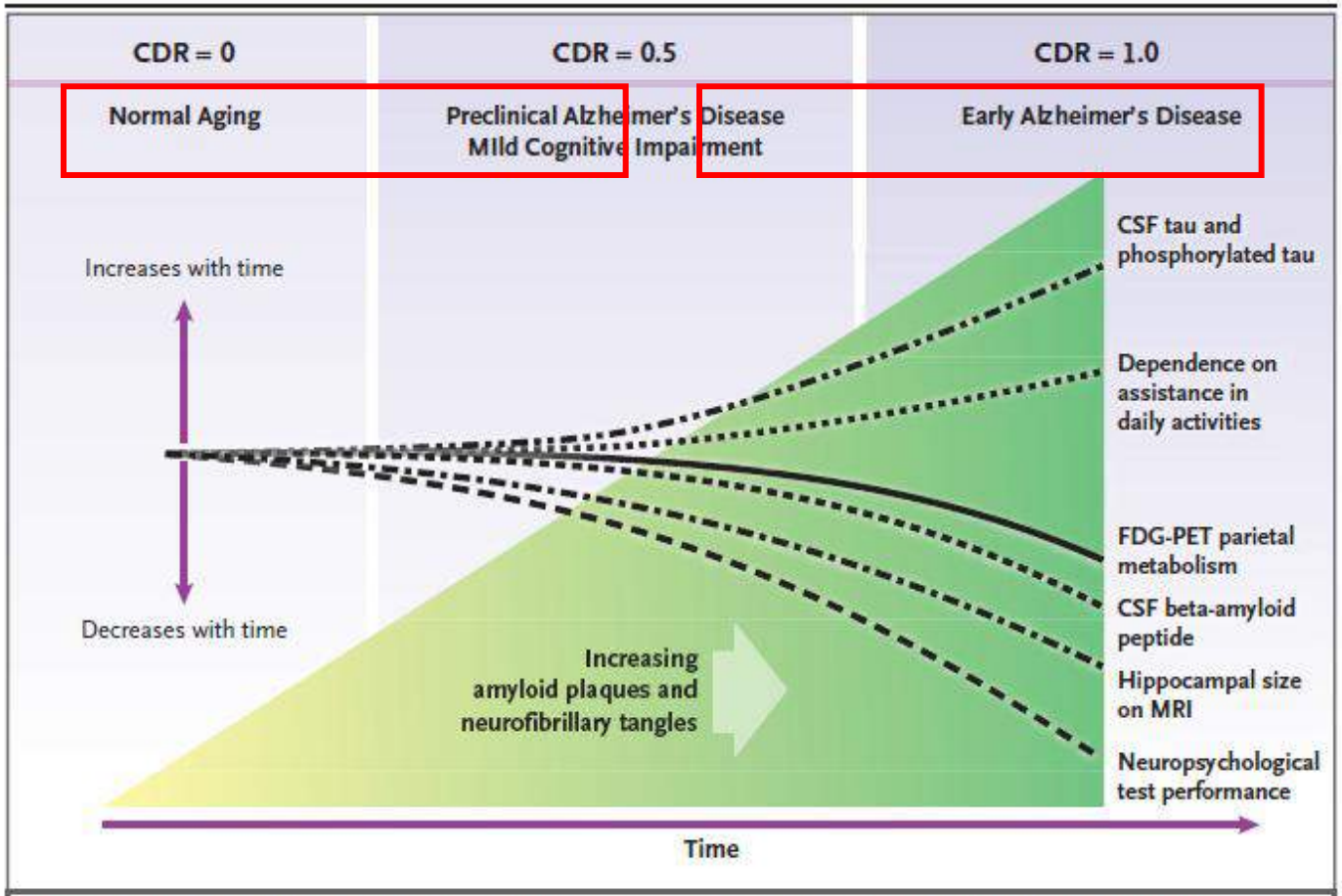



Figure 1. Sequence of Pathological, Clinical, Physiological, and Radiologic Changes from Normal Aging to Early Alzheimer's Disease.

Mayeaux, R.
Early A D.
NEJM, 2010;
362:2194-201.

# LA DIAGNOSI DI DEMENZA IN MEDICINA GENERALE

In genere, i MMG sono i primi interlocutori a cui si rivolgono i pazienti o le loro famiglie quando vi sono problemi di Compromissione della Memoria (**CM)** (Valcour et al., 2000) e/o disturbi del comportamento (**BPSD)** ma spesso la demenza non viene diagnosticata (Brodaty et al., 1994).

Circa il 60 % dei pazienti affetti da demenza viene correttamente diagnosticato dal MMG (Aupperle, 2006)

:

il tasso di errore stimato è del 50% - 80% per le forme moderate severe

e del 91 % per le forme lievi (Boustani et al., 2005).

# LA DIAGNOSI DI DEMENZA IN MEDICINA GENERALE

rlo presto

2 COMMENTI

i si ha la diagnosi:
lla vita

... «Cosa vuoi, è l'età». E di malattia
ndo si arriva davanti al medico, molto
o come va, può essere una stanchezza
a sei mesi». Di sei mesi in sei mesi la
diagnosi di Alzheimer ritarda di anni. «La diagnosi tardiva è un dato di fatto — dice Claudio Mariani, ordinario di neurologia dell'università Statale di Milano, responsabile dell'Unità operativa dell'ospedale Sacco —. La famiglia tende sempre a minimizzare, e spesso anche il medico di base. Il risultato è che la diagnosi viene fatta presso le Uva (Unità di valutazione Alzheimer) quando compaiono i segni di una vera demenza, quando cioè siamo ormai allo stato avanzato della malattia». In verità, a guardare la

**Fabrizio Bentivoglio e Francesca Neri in «Una sconfinata giovinezza»: storia di un giornalista malato di9 Alzheimer**

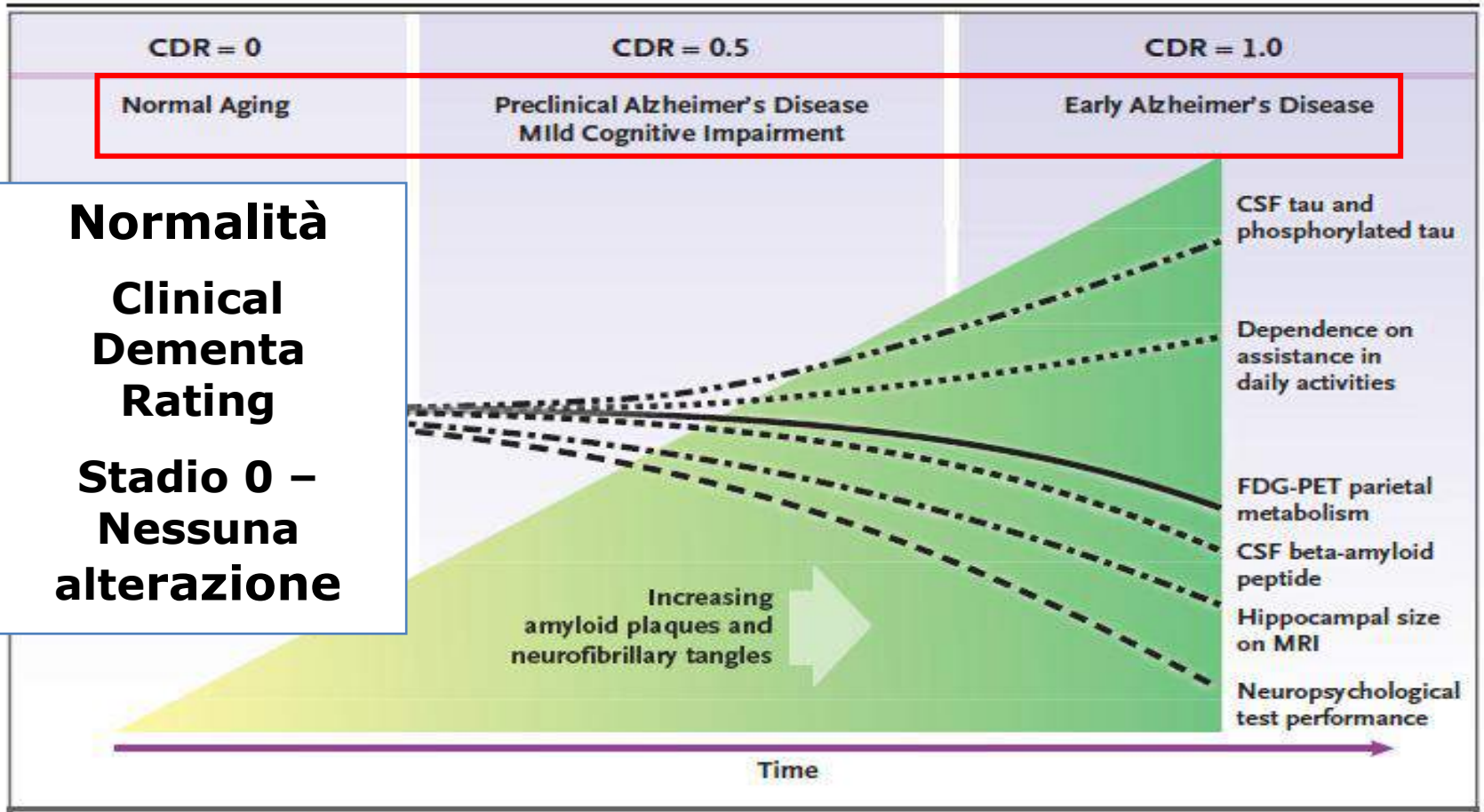



Figure 1. Sequence of Pathological, Clinical, Physiological, and Radiologic Changes from Normal Aging to Early Alzheimer's Disease.

**Normalità**

**Clinical Dementa Rating**

**Stadio 0 – Nessuna alterazione**

Mayeaux, R.
Early A D.
NEJM, 2010;
362:2194-201.

**Normalità**

**Clinical Dementa Rating**

**Stadio 0 – Nessuna alterazione**

| Cambiamenti tipicamente correlati all'invecchiamento |
|---|
| Un certo grado di difficoltà nel ricordare eventi del passato |
| Occasionale decisione sbagliata |
| Dimenticare un pagamento mensile |
| Dimenticare che giorno è per poi ricordarlo in seguito |
| Dimenticare qualche volta quale parola usare |
| Perdere oggetti di tanto in tanto |
| Sviluppare delle abitudini molto specifiche nello svolgere le cose e innervosirsi se la routine viene alterata |
| Sentirsi talvolta stufi del lavoro, degli obblighi familiari e sociali |
| Avere difficoltà qualche volta nel trovare le parole giuste |
| Difficoltà visive dovute all'età, correlate a deficit oculari |
| Necessità di aiuto occasionale nell'impostazione di dispositivi tecnologici |

| Segni del Morbo di Alzheimer |
|---|
| **Difficoltà nel ricordare eventi recenti** |
| **Scarsa capacità di giudizio e processo decisionale** |
| **Incapacità nel gestire un bilancio** |
| **Perdere la cognizione del tempo o della stagione** |
| **Difficoltà nel portare avanti una conversazione**<br>**Ripetere sempre le stesse storie** |
| **Riporre le cose nel luogo sbagliato e non essere in grado di andare a ritroso lungo lo stesso percorso per poterle ritrovare** |
| **Cambiamenti dell'umore e della personalità, comportamento sociale inappropriato** |
| **Ritiro dal lavoro o dalle attività sociali** |
| **Difficoltà nuove nel comunicare oralmente e per iscritto** |
| **Difficoltà nel comprendere immagini** |
| **Difficoltà nel completare compiti familiari a casa, al lavoro o nel tempo libero** |

**Normalità**

**Clinical Dementa Rating**

**Stadio 0 – Nessuna alterazione**

Neurodegenerative basis of age-related cognitive decline

**Conclusion:** Mild age-related decline in cognitive function is mainly due to the neuropathologic lesions traditionally associated with dementia. Neurology® 2010;75:1070-1078

R.S. Wilson, PhD
S.E. Leurgans, PhD
P.A. Boyle, PhD

**Correzione test psicometrici per età ?**

# Decorso Clinico delle Demenze

La storia naturale delle demenze può durare oltre 2 decenni e si sviluppa in due principali fasi separate dalla soglia della diagnosi:

**"stadio iniziale - preclinico" e "demenza"** (Dubois et al, 2007).

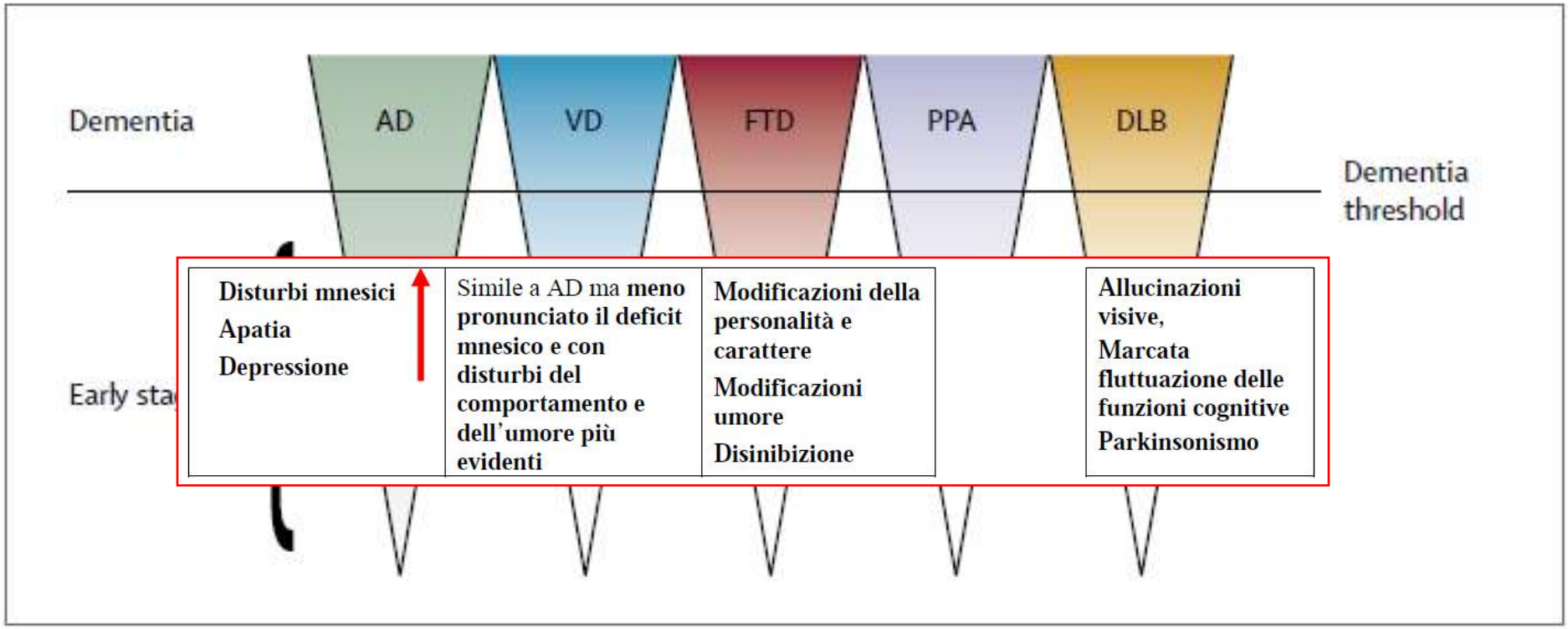



*Figure:* Alzheimer's disease starts and should be identified before the occurrence of full-blown dementia (as for other dementing conditions)

AD=Alzheimer's disease; VD=vascular dementia; FTD=frontotemporal dementia; PPA=primary progressive aphasia; DLB=dementia with Lewy bodies.

| STATO MENTALE NORMALE<br>Nessuna alterazione mnesica e/o psicologica e/o funzionale | DISTURBI NEUROCOGNITIVI MINORI O MAGGIORI (DSM V)<br>"Case Finding": DISTURBO MNESICO E/O PSICOLOGICO E/O FUNZIONALE (CHECK LIST : es. SDS) | 1° Tappa riconoscimento |
|---|---|---|

## Disturbi neurocognitivi maggiori e lievi

### Disturbo neurocognitivo maggiore

Criteri diagnostici

A. Evidenza di rilevante declino cognitivo da un precedente livello di prestazioni in uno o più domini cognitivi (attenzione complessa, funzione esecutiva, apprendimento e memoria, linguaggio, cognizione di tipo percettivo-motorio o sociale) basata su:
   1. Preoccupazione del soggetto, di un informante, o del medico che si è verificato un rilevante declino della funzione cognitiva; e
   2. 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 a corpi di Lewy** (pp. 618-621)
**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)
**Non specificato** (p. 643)

ST DIECH - AD ESCLUSIVO USO INTERNO

| STATO MENTALE NORMALE<br>Nessuna alterazione mnesica e/o psicologica e/o funzionale | DISTURBI NEUROCOGNITIVI MINORI O MAGGIORI (DSM V)<br>"Case Finding": DISTURBO MNESICO E/O PSICOLOGICO E/O FUNZIONALE (CHECK LIST : es. SDS) | 1° Tappa riconoscimento |
|---|---|---|

## Disturbo neurocognitivo lieve

### Criteri diagnostici

A. Evidenza di moderato declino cognitivo da un precedente livello di prestazioni in uno o più domini cognitivi (attenzione complessa, funzione esecutiva, apprendimento e memoria, linguaggio, cognizione di tipo percettivo-motorio o sociale) basata su:
   1. Preoccupazione del soggetto, di un informante, o del medico che si è verificato un lieve declino della funzione cognitiva; e
   2. 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 lo stato di autonomia nelle attività giornaliere (p. es., continuano 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 dovuto a:

**Morbo di Alzheimer** (pp. 611-614)
**Degenerazione lobare frontotemporale** (pp. 614-618)
**Malattia a corpi di Lewy** (pp. 618-621)
**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)
**Non specificato** (p. 643)

UFF EPITECH - AD ESCLUSIVO USO INTERNO

# Correzione test psicometrici per età ?

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Orientamento temporale** | In che anno siamo ? 2014 | (0-1) | 1 | |
| 1-9-1823 | In che stagione siamo? Primavera | (0-1) | 0 | |
| | In che mese siamo ? Luglio | (0-1) | 1 | |
| | Mi dica la data di oggi 10 | (0-1) | 1 | |
| | Che giorno della settimana è oggi ? Giovedì | (0-1) | 1 | 4 |
| **Orientamento spaziale** | Mi dica in che nazione siamo ? | (0-1) | 1 | |
| | In quale regione italiana siamo ? | (0-1) | 1 | |
| | In quale città ci troviamo ? | (0-1) | 1 | |
| | Mi dica il nome del luogo dove ci troviamo | (0-1) | 1 | |
| | A che piano siamo ? | (0-1) | 1 | 5 |
| **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. 1 | (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] Se non completa questa prova, allora fare sillabare all'indietro la parola MONDO "O [ ], D [ ], N [ ], O [ ], M [ ]" | (0-5) | 5 | 5 |
| **Memoria : Richiamo** | Richiamare i tre termini precedentemente imparati PANE GATTO | (0-3) | 2 | 2 |
| **Linguaggio** | Come si chiama questo? (indicando una matita e poi un orologio) | (0-2) | 2 | |
| | Invitare il paziente a ripetere la frase "TIGRE CONTRO TIGRE" | (0-1) | 1 | |
| | Prenda questo foglio con la mano destra, lo pieghi a metà e lo butti dal tavolo | (0-3) | 3 | |
| | Legga ed esegua quanto scritto su questo foglio "Chiuda gli occhi" | (0-1) | 1 | |
| | Far scrivere al paziente una frase formata da soggetto e verbo | (0-1) | 1 | 8 |
| **Prassia Costruttiva** | Far copiare al paziente il disegno indicato | (0-1) | 1 | 1 |
| | | | **TOTALE** | 28 |

**PUNTEGGIO COMPLESSIVO** 28 / 30

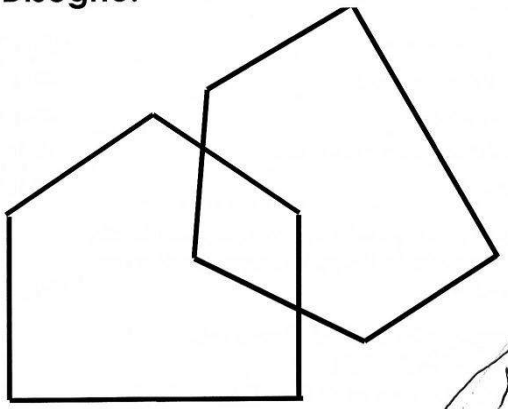
**PUNTEGGIO COMPLESSIVO AGGIUSTATO** 28 / 30

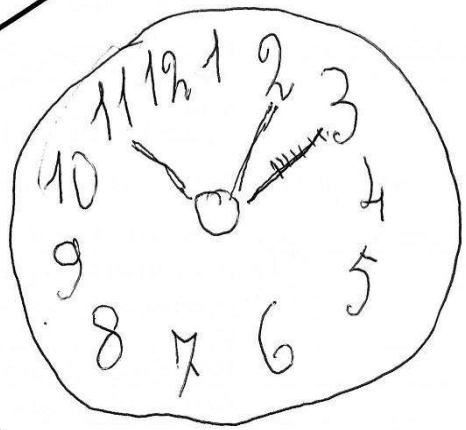
LIVELLO DI COSCIENZA DEL PAZIENTE: 1) Allerta 2) Assopito 3) Stupor 4) Coma

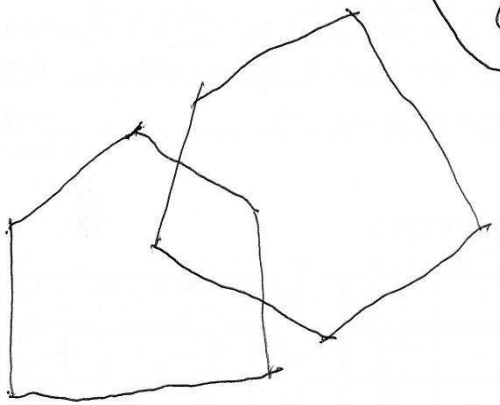
| *Livello di educazione* | *Intervallo di età* | *65-69* | *70-74* | *75-79* | *80-84* | *85-89* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *0-4 anni* | | +0.4 | +0.7 | +1.0 | +1.5 | +2.2 |
| *5-7 anni* | | -1.1 | -0.7 | -0.3 | +0.4 | +1.4 |
| *8-12 anni* | | -2.0 | -1.6 | -1.0 | -0.3 | +0.8 |
| *13-17 anni* | | -2.8 | -2.3 | -1.7 | -0.9 | +0.3 |

**Frase:** di avere sempre la salute

**Disegno:**



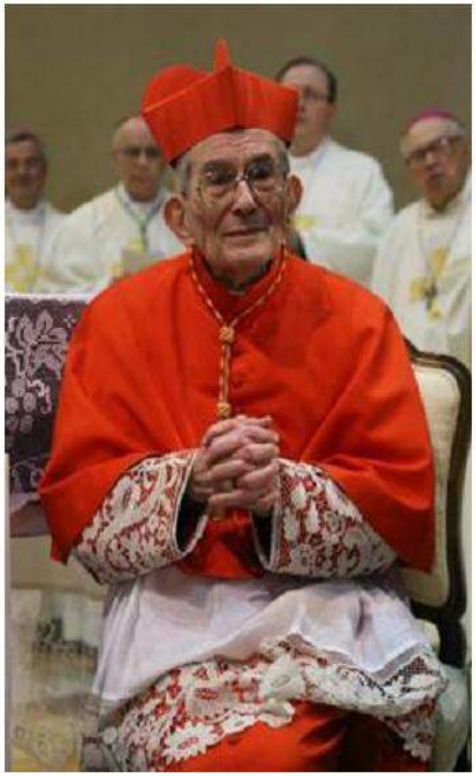


# Correzione test psicometrici per età ?

## La Lectio del cardinale Capovilla 45 minuti di ricordi. E una lacrima

**2 marzo 2014 :Imposizione della berretta cardinalizia al nuovo cardinale Mons. Loris Capovilla**



«Dovete compatire la mia emozione profonda, irrefrenabile». Il neo cardinale Loris Francesco Capovilla, al termine della celebrazione di imposizione della berretta cardinalizia non trattiene la commozione. Una lacrima sfiora la guancia dell'anziano segretario di Giovanni XXIII. Fra la gente che ci accompagna quel pianto composto. E chi grida «Bravo Loris».

A 98 anni il «modesto contubernale di Papa Giovanni» come ama definirsi Capovilla, ha richiamato attorno a se gli occhi di centinaia di persone, che lo hanno ascoltato in religioso silenzio per 45 ininterrotti minuti e poi applaudito lungamente.

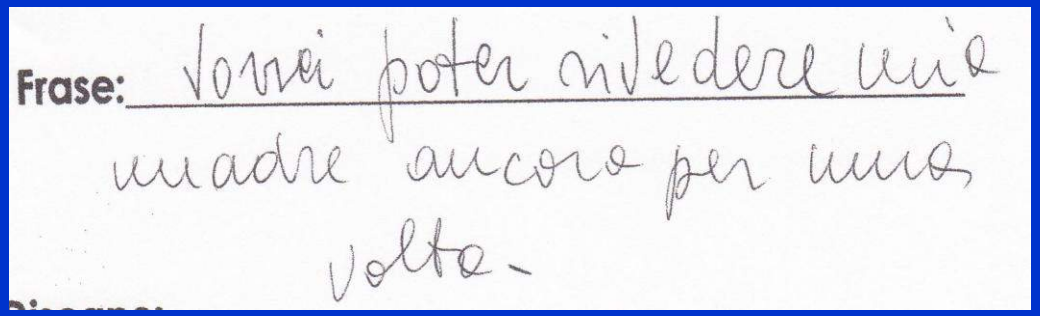
National Dementia Research Forum - Sydney, Australia 22 & 23 September 2011

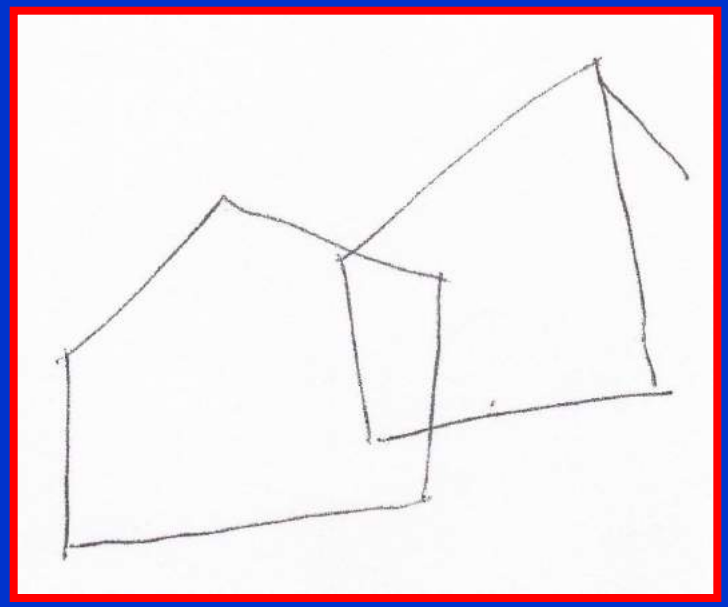
# Psychometric determinants of MMSE in early diagnosis of dementia

**Pirani A (°), Zaccherini D (°), Tulipani C (°), Anzivino F (*)**
(°) Interdisciplinary Geriatric Research Group - Memory Clinic, Cento, (FE), Italy
(*) Dementia Care Program, Health County of Ferrara, Italy

Donna, **62 anni,** laureata, sposata, 2 figli, pensionata, lamenta "..difficoltà a trovare le parole giuste quando parlo.." e "..leggere l'orologio". A 6 mesi dalla morte della madre, non ha elaborato lutto: è molto depressa

Baseline. MMSE : 28 solo il "disegno" è sbagliato mentre la "frase" è perfetta.


Frase: Vorrei poter rivedere mia madre ancora per una volta.



**GPCOG : 6/9**;

MOCA : 20; CDR: 0,5.

Dopo 2 anni, MMSE: 20/30, CDR: 1, RM, PET: probabile AD

# LA DIAGNOSI DI DEMENZA IN MEDICINA GENERALE

Grazie al rapporto pluriennale con i pazienti e le loro famiglie, i MMG sono in una posizione favorevole e unica per raccogliere informazioni che servono per una valutazione del profilo bio-psico-sociale e funzionale del paziente

(Pond e Brodaty, 2004, Villars et al., 2010).

Queste informazioni sono cruciali sia per il processo diagnostico che per l'analisi degli effetti dei trattamenti

(Nygård, 2003).

# Le Demenze: la difficoltà della diagnosi iniziale

Il MMG può incontrare

**OSTACOLI CULTURALI**

**OSTACOLI DIAGNOSTICI**

nella diagnosi di deterioramento cognitivo e/o disturbi del comportamento nella pratica ambulatoriale

(Koch e Iliffe, 2010)

# Le Demenze: la difficoltà della diagnosi iniziale

**OSTACOLI CULTURALI**

1. **insufficiente preparazione e conoscenza pre-laurea** e formazione post-laurea per i medici (non solo gli MMG);

2. mentalità **"ageistica"** diffusa tra la popolazione generale e **medica (non solo gli MMG)** ;

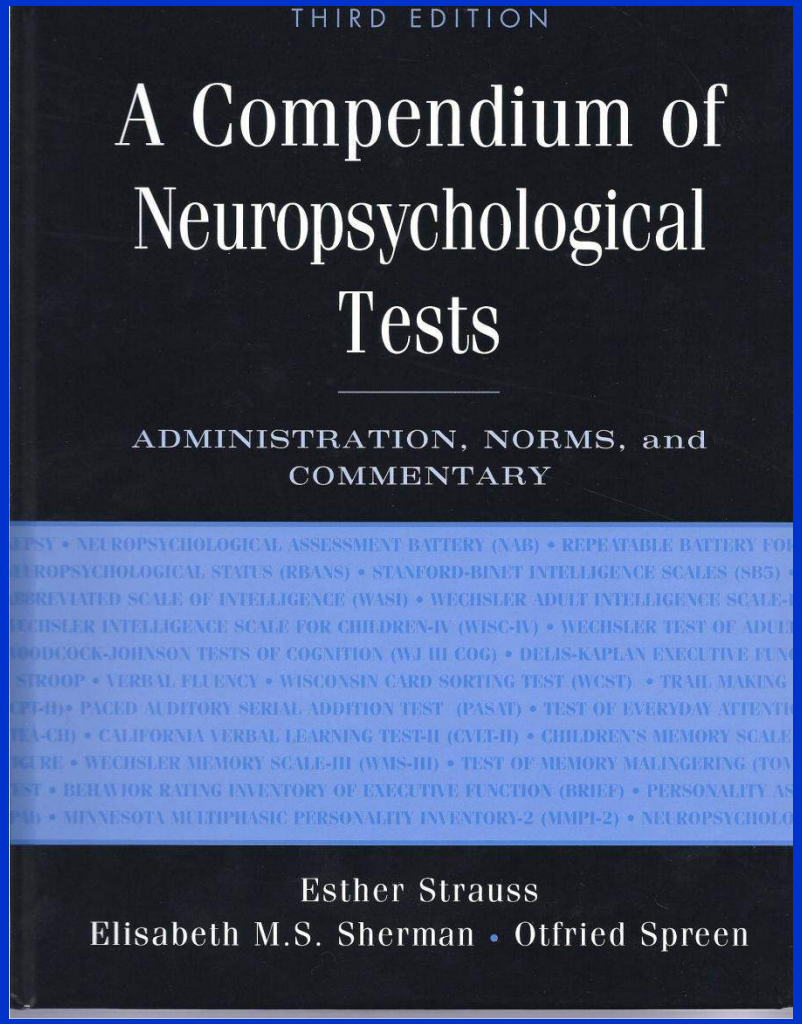
3. sentimenti di **"negativismo"** : infamia, stimmate, negazione e paura che la demenza ha ingenerato e diffuso nella popolazione ;

4. **nichilismo terapeutico**.

# Le Demenze: la difficoltà della diagnosi iniziale

**OSTACOLI DIAGNOSTICI**

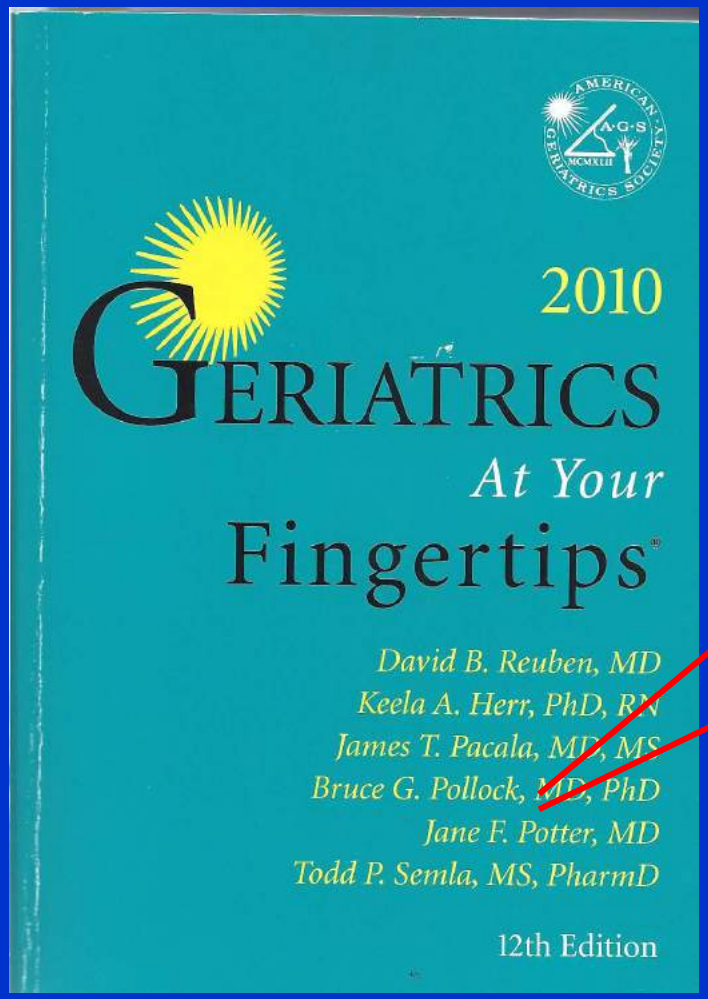
- **tempo** : MMSE richiede mediamente circa 10-15 min.
- **strumenti** : MMSE è poco sensibile nell'MCI e demenza lieve




## MMSE (pp 168-189)

Comment ..." In geriatric samples with an high prevalence of patients with illiteracy or language or motoric disorders, the MMSE may not be the ideal and may lead to an overstimation of dementia. ...

**At the same time, MMSE may miss a significant proportion of individuals who have mild memory or other cognitive losses."**




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.

## 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 during delirium

## 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

National Dementia Research Forum - Sydney, Australia 22 & 23 September 2011

# A proposal to improve early diagnosis of dementia in General Practice

Pirani A (°), Brodaty H (§), Zaccherini D (°), Tuli pani C (°), Neri M (*)

(§) Dementia Collaborative Research Centre, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia

(*) Chair of Geriatrics, University of Modena and Reggio Emilia, Italy

(°) Interdisciplinary Geriatric Research Group - Me mory Clinic, Cento, (FE), Italy

**TABLE 2. SELECTION OF BRIEF PSYCHOMETRIC TOOLS (BPTS):** administration time ≤ 5 minutes and Negative Predictive Value ≥ MMSE

| Scale | Memory | | | Praxis, Visuospatial | Aphasia, Verbal Fl. | Functional Status from Informant | Cross-cultural Validation |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ORIENTATION | REGISTRATION/Recall | REMOTE/Over Learned M. | | | | |
| Abbreviated Mental Test **(AMT)** | X | X | X | | | | |
| Clock Drawing Test **(CDT)** | | | | X | | | X |
| General Practitioner Assessment of Cognition **(GPCOG)** | X | X | | X | | X | X |
| Short Portable Mental Status Questionnaire **(SPMSQ)** | X | | X | | | | X |
| 6-Item Cognitive Impairment Test **(6-CIT)** | X | X | | | | | |
| Mini Cognitive A ssessment Instrument **( MINI-COG)** | | X | | X | | | |
| Memory Impairment Screen **(MIS)** | | X | | | | | |
| Brief Alzheimer Screen **(BAS)** | X | X | | | X | | |

# GiGi 22-09-2004: GPCOG-It : 1 / 9 (v.n. = 9/9) vs MMSE : 24,3 / 30

## Orientamento, attenzione e memoria di richiamo

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

1. *"Le dirò un nome ed un indirizzo. Dopo che li avrò detti, desidero che lei li ripeta. Ricordi questo nome ed indirizzo perché le chiederò di ripetermeli fra qualche minuto.* (Consentite un massimo di 4 tentativi ma non date punteggio)

**"Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia"**

| | Corretto | Sbagliato |
|---|---|---|
| **ORIENTAMENTO TEMPORALE** | | |
| 2. Mi dica la data di oggi? (si accetta solo data esatta) | ~~1~~ | 0 |
| **FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE** - Disegno dell'Orologio (usare un cerchio prestampato) | | |
| 3.Inserisca 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~~ |
| **INFORMAZIONE** 5. Può raccontarmi una notizia importante appresa da TV o giornali? | 1 | ~~0~~ |
| **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** | 1 | |

**PUNTEGGIO. 9 : NORMALE; < 5: COGNITIVAMENTE DETERIORATO; 5-8: BORDER**

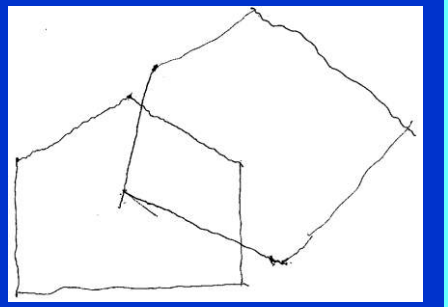
## Abilità visuo-spaziali

1° prova

2° prova

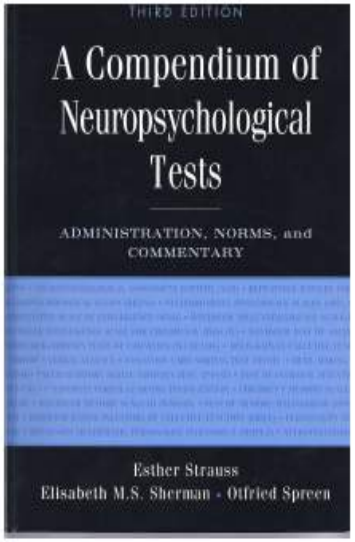
| | | |
|---|---|---|
| **Memoria : Immediata** | Fare ripetere " pane, casa , gatto". La prima ripetizione dà adito al punteggio. Ripetere finché il soggetto esegue correttamente, max. 6 volte. Tentativi n. | (0-3) 3 |
| **Attenzione e calcolo** | Fare contare a ritroso da 100 togliendo 7 per 5 volte. 93 [ ], 86 [ ], 79 [ ], 72 [ ], 65 [ ] se non completa questa prova, allora fare sillabare all'indietro la parola MONDO "O [ ], D [ ], N [ ], O [ ], M [ ]" | (0-5) 3 |
| **Memoria : Richiamo** | Richiamare i tre termini precedentemente imparati | (0-3) 1 |

GUIDARE



**GiGi 22-09-2004: GPCOG-It : 1 / 9 (v.n. = 9/9) vs MMSE : 24,3 / 30**

## Serial 7s/"World"




**There is evidence that serial 7s and reverse spelling of "world" represent different tasks. Spelling "world" backward consistently produces higher scores than does counting backward by sevens (Tombaugh & McIntyre, 1992).** Serial 7s maximizes variability, increases internal consistency, and reduces measurement error, thus increasing the likelihood of discriminating between individuals in their level of cognitive ability (Espino et al., 2004). **In fact, Espino et al. (2004) have argued that only serial 7s should be given.** However, users should bear in mind that performance on the serial 7s task appears heavily influenced by basic arithmetic skills and therefore should be used with caution as a measure of concentration (Karzmark, 2000).

**Longitudinal study of the transition from healthy aging to Alzheimer Disease**.
Johnson D.K., Storandt M., Morris J. C., Galvin J. E. .
Arch Neurol, 2009; 66:1254–1259

"…At the end of the study, 310 of the study participants remained stable (CDR = 0) throughout follow-up, whereas 134 progressed to either a clinical diagnosis of uncertain dementia (CDR = 0.5) or "dementia of the Alzheimer type" (CDR > 0.5).

**For the group that progressed, the optimal inflection point for all cognitive areas evaluated was found before a diagnosis of dementia :**

**-3 years before for visuospatial skills,**

- **Block Design, Digit Symbol,**
- **Trailmaking A, Benton (copy)**

**- 2 years before for global cognitive abilities,**

**-1 year before for verbal and working memory…"**

**The Verbal Memory factor included Logical Memory, Associate Learning, Information, and Boston Naming. The Working Memory and Executive Function factor had 4 measures: Mental Control, Digit Span Forward, Digit Span Backward, and Letter Fluency.**

…These findings suggest that research into early detection of cognitive disorders using only episodic memory tasks, such as word lists or paragraph recall, may not be sensitive to either all of the earliest manifestations of disease or the most rapidly changing domain…"

# MMSE vs. GPCOG

**A) Abilità Visuo Spaziali = 2 punti**

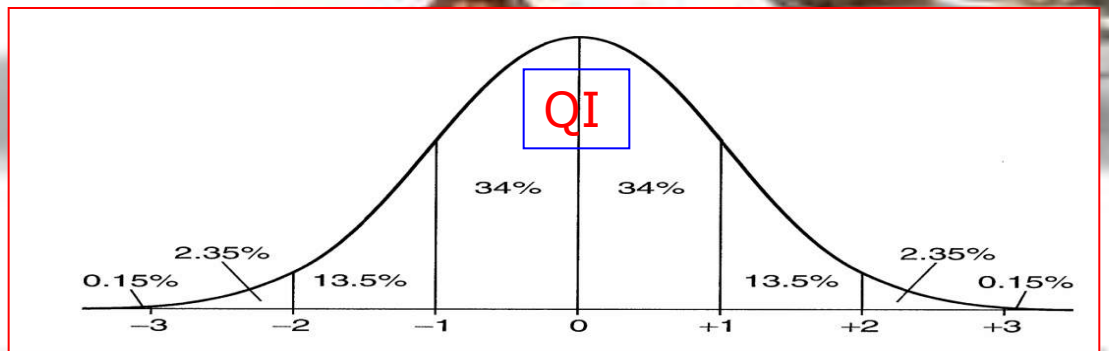
**B) Memoria richiamo = 3 punti**

**= 17 % del punteggio totale da tasks di semplice esecuzione**

**Abilità Visuo Spaziali = 2 punti**

**Memoria di richiamo = 5 punti**

**= 78 % del punteggio totale da tasks di esecuzione complessa**



International Psychogeriatrics: page 1 of 9 © International Psychogeriatric Association 2009
doi:10.1017/S104161020999113X

# 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

Alessandro Pirani,[1] Henry Brodaty,[2] Emilio Martini,[3] Davide Zaccherini,[1] Francesca Neviani[3] and Mirco Neri[3]

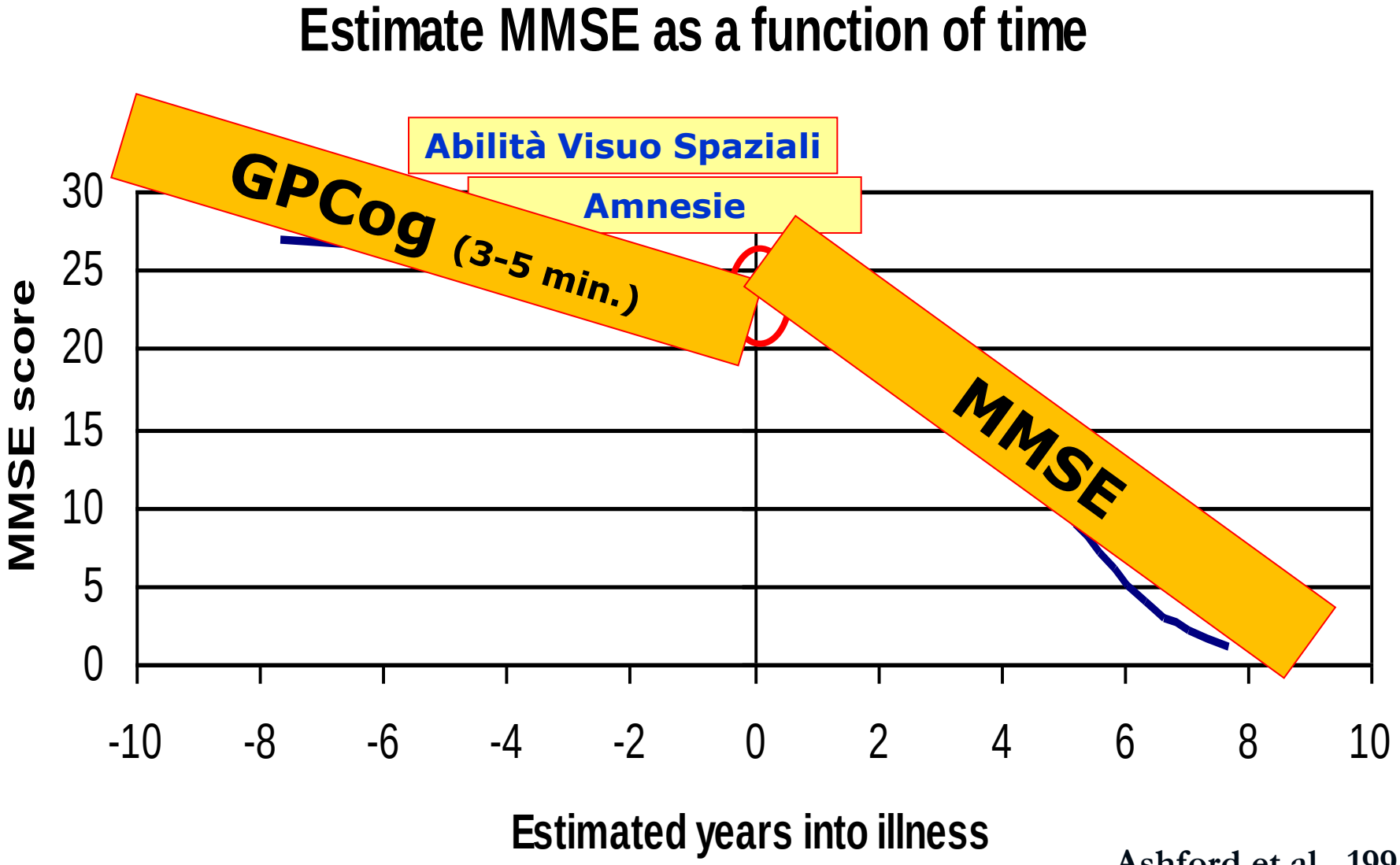
[1] Interdisciplinary Geriatric Research Group, Dementia Assessment Unit, Cento, Italy
[2] Primary Dementia Collaborative Research Centre, University of New South Wales, Sydney, Australia
[3] University of Modena and Reggio Emilia, Modena, Italy

**Table 2.** Sensitivity, specificity, and area under the curve (AUC) for GPCOG-It cognitive and informant sections, GPCOG–It total score, GPCOG-It "two stage " method and MMSE against DSM-IV dementia diagnosis

| | GPCOG-IT COGNITIVE SECTION | GPCOG-IT INFORMANT SECTION | GPCOG-IT TOTAL SCORE | GPCOG-IT TWO-STAGE METHOD | MMSE STANDARD CUT-OFF | MMSE ITALIAN CUT-OFF |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cut-point | 7/8 | 4/5 | 10/11 | | 24/25 | 26/27 |
| Max score | 9 | 6 | 15 | | 30 | 30 |
| Number | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 |
| Sensitivity | 98% | 83% | 92% | 82% | 78% | 93% |
| Specificity | 54% | 75% | 88% | 92% | 98% | 91% |
| Positive Predictive Value | 0.81 | 0.86 | 0.92 | 0.95 | 0.99 | 0.95 |
| Negative Predictive Value | 0.94 | 0.61 | 0.88 | 0.70 | 0.72 | 0.87 |
| Misclassification rate | 16.5% | 20.0% | 9.0% | 17.4% | 13.5% | 7.5% |
| Improvement over chance criterion | 0.74 | 0.71 | 0.83 | 0.73 | 0.69 | 0.81 |
| AUC | 0.96 | 0.86 | 0.96 | 0.96 | 0.96 | 0.96 |
| AUC 95% confidence interval | 0.93–0.98 | 0.81–0.92 | 0.93–0.98 | 0.94–0.98 | 0.93–0.98 | 0.94–0.98 |
| Standard error of AUCs | 0.013 | 0.028 | 0.013 | 0.011 | 0.013 | 0.012 |

GPCOG = General Practitioner Cognitive Assessment of Cognition; MMSE = Mini-mental State Examination; AUC = area under the curve.

# M. di Alzheimer
# decorso clinico e break point diagnostico al MMSE




Ashford et al., 1995

# DAL DETERIORAMENTO PSICO-COGNITIVO ALLE DEMENZE: PROPOSTA PER UN MODELLO OPERATIVO PER LA MEDICINA GENERALE.

Pirani Alessandro [1], Benini Lucia [2], Franco Novelletto Bruno[3], Riccardo De Gobbi [3].

## Valutazione dello Stato Mentale in pazienti ambulatoriali ultra50enni in Medicina Generale

Proponibile come "Sesto segno vitale"

**STATO MENTALE NORMALE**
Nessuna alterazione mnesica e/o psicologica e/o funzionale

**DISTURBI NEUROCOGNITIVI MINORI O MAGGIORI (DSM V)**

**"Case Finding": DISTURBO MNESICO E/O PSICOLOGICO E/O FUNZIONALE (CHECK LIST : es. SDS)**

**1 +- 2 +- 3**

**Triade Sintomatologica**

Riferito da Famigliare → SDS = ≥1

**GPCog**

**9/9**
(8/9 tollerato se CDT corretto e "Intervista al Famigliare" = 6/6)

**DISTURBO MNESICO SOGGETTIVO**
(25% - 56% degli ultra65enni )

Il soggetto continua ad eseguire come **suo** solito AADL, IADL e BADL ricorrendo all'aiuto di piccole strategie compensatorie (agenda, lista spesa, etc = gli "occhiali" della memoria)

**Attenzione:**
comparsa di depressione prolungata anche inizialmente reattiva;
pazienti che vivono soli

**Consigliato monitoraggio annuale**
(7 % soggetti/anno evolve in MCI)

**5-8/9**
→ Intervista al Famigliare

**4-6**
→ Deterioramento Cognitivo Preclinico
→ ripetere test dopo 6 mesi

**0-3**
→ Deterioramento Cognitivo Lieve

**> 5/9**
→ Deterioramento Cognitivo Moderato - Grave
→ Approfondimento Diagnostico
TC Enc. senza mdc
ECG
indagini laboratorio
cartella clinica
→ UVA

**1° Tappa**
riconoscimento

**2° Tappa**
Valutazione - Inquadramento

**3° Tappa**
Diagnosi differenziale - Approndimento Diagnostico

# Step 1 . "Case Finding" : la storia

Abituarsi a considerare nei propri pazienti ambulatoriali **di età > a 55 anni "sintomi di allarme",** meritevoli di approfondimento diagnostico per possibile deterioramento cognitivo.

I sintomi possono essere **"tipici"** (disturbi cognitivi e funzionali) **e/o "atipici"** (rallentamento psicomotorio, BPSD) ed essere facilitati da **"momenti rivelatori"** (ricoveri ospedalieri, perdita temporanea – definitiva del coniuge, etc.).

Il MMG deriverà il sospetto da :

1) segnalazione dei familiari caregiver e / o dello stesso paziente integrando con i dati clinici ed anamnestici di cui dispone;

2) riscontro diretto casuale, durante visita medica per altri motivi;

3) monitoraggio dei single, spt. se > di 75 anni, indagando periodicamente la presenza di disturbi cognitivi.

In caso di sospetto, **l'MMG eviterà di attribuire la causa all'"invecchiamento"** e verificherà la situazione con i familiari

# DAL DETERIORAMENTO PSICO-COGNITIVO ALLE DEMENZE: PROPOSTA PER UN MODELLO OPERATIVO PER LA MEDICINA GENERALE.

Pirani Alessandro [1], Benini Lucia [2], Franco Novelletto Bruno[3], Riccardo De Gobbi [3].

## Valutazione dello Stato Mentale in pazienti ambulatoriali ultra50enni in Medicina Generale

Proponibile come "Sesto segno vitale"

**STATO MENTALE NORMALE**
Nessuna alterazione mnesica e/o psicologica e/o funzionale

**DISTURBI NEUROCOGNITIVI MINORI O MAGGIORI (DSM V)**

"Case Finding": DISTURBO MNESICO E/O PSICOLOGICO E/O FUNZIONALE (CHECK LIST : es. SDS)

**Triade sintomatologica**

**1° Tappa riconoscimento**

Riferito dal soggetto
Osservato dal medico

Riferito da Famigliare → SDS = ≥1

GPCog

**2° Tappa**
**Valutazione - Inquadramento**

**9/9**
(8/9 tollerato se CDT corretto e "Intervista al Famigliare" = 6/6)

DISTURBO MNESICO SOGGETTIVO
(25% - 56% degli ultra65enni )

Il soggetto continua ad eseguire come **suo** solito AADL, IADL e BADL ricorrendo all'aiuto di piccole strategie compensatorie (agenda, lista spesa, etc = gli "occhiali" della memoria)

**Attenzione:**
comparsa di depressione prolungata anche inizialmente reattiva;
pazienti che vivono soli

**Consigliato monitoraggio annuale**
(7 % soggetti/anno evolve in MCI)

**5-8/9**
→ Intervista al Famigliare
- **4-6** → Deterioramento Cognitivo Preclinico → ripetere test dopo 6 mesi
- **0-3** → Deterioramento Cognitivo Lieve

**> 5/9**
→ Deterioramento Cognitivo Moderato - Grave

**3° Tappa**
**Diagnosi differenziale - Approndimento Diagnostico**

→ Approfondimento Diagnostico
TC Enc. senza mdc
ECG
indagini laboratorio
cartella clinica
→ UVA

## "Case Finding": Disturbo Mnesico e/o Psicologico e/o Funzionale

**Riferito dal soggetto**

Osservato dal medico

**9/9**

**(8/9 tollerato se CDT corretto e "Intervista al Famigliare" = 6/6)**

**Disturbo Mnesico Soggettivo**

(25% - 56% degli ultra65enni )

Il soggetto continua ad eseguire come **suo** solito AADL, IADL e BADL ricorrendo all'aiuto di piccole strategie compensatorie (agenda, lista spesa, etc = gli "occhiali" della memoria)

**Attenzione:**

comparsa di depressione prolungata anche inizialmente reattiva;

pazienti che vivono soli

**Consigliato monitoraggio annuale**

(7 % soggetti/anno evolve in MCI)

## GPCOG

General Practitioner assessment of Cognition: test per deterioramento cognitivo per Medici Medicina Generale (www.gpcog.com.au)

**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 senza assegnare punteggio per il momento) Numero Ripetizioni ___

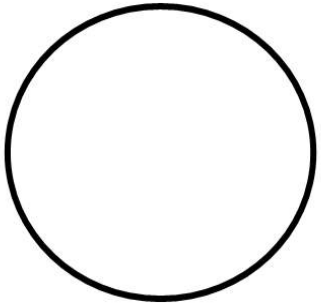
**"Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia"**

**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 in questa settimana?

_____ 1 0

**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** | | |

**PUNTEGGIO**

**9: NORMALE**

**< 5: COGNITIVAMENTE DETERIORATO**

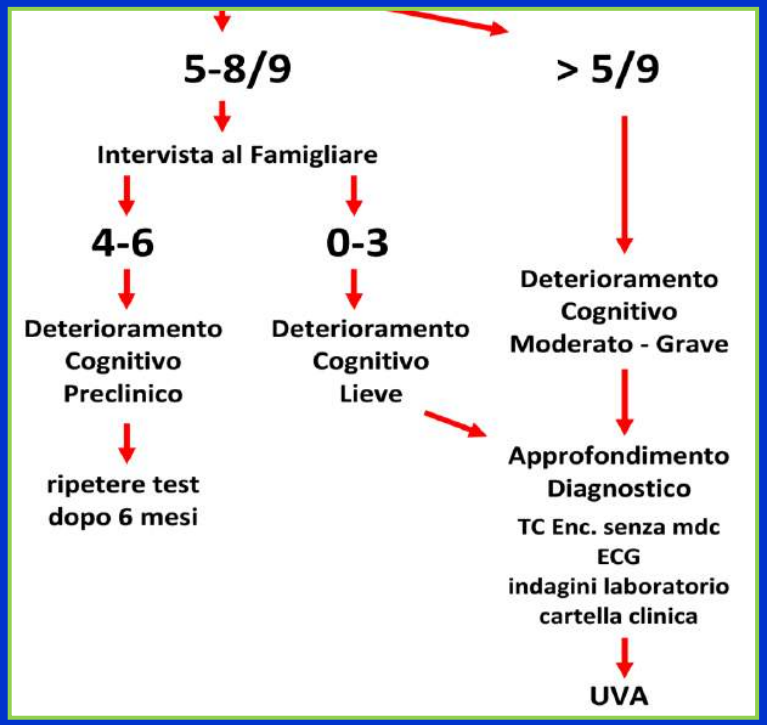
**5-8: BORDERLINE. passare alla sezione B**

**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".

## "Case Finding": Disturbo Mnesico e/o Psicologico e/o Funzionale

**Riferito dal soggetto**

Osservato dal medico




# GPCOG

General Practitioner assessment of Cognition: test per deterioramento cognitivo per Medici Medicina Generale (www.gpcog.com.au)

**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

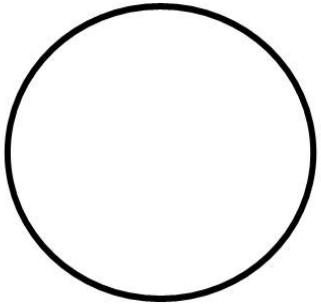
***Salvo indicazione contraria, formulare ogni domanda una volta sola.***

**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 senza assegnare 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 in questa settimana?

_____ 1 0

| **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** | | |

**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".

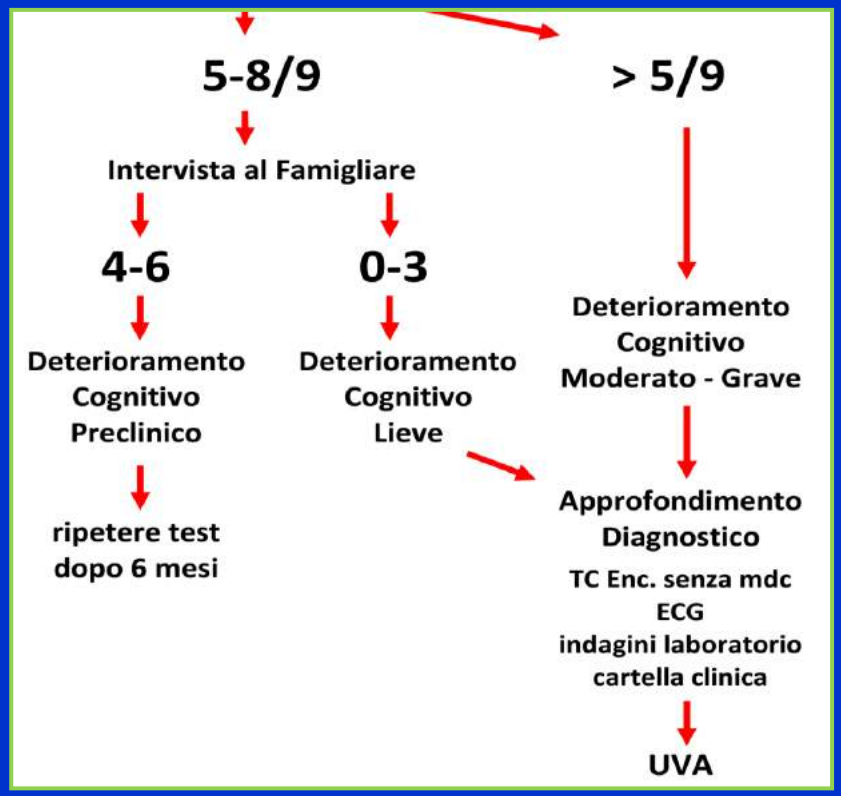
## "Case Finding": Disturbo Mnesico e/o Psicologico e/o Funzionale

**Riferito dal soggetto**

Osservato dal medico

**GPCog : sezione B)**

**Intervista al Famigliare-Caregiver**




**B) Intervista con il Famigliare/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 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 Confermano Deterioramento Cognitivo **TOTALE** | | | | |

## "Case Finding": Disturbo Mnesico e/o Psicologico e/o Funzionale

# Riferito da Famigliare

### 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: ___/____/_____

| **SINTOMI COMPORTAMENTALI** | **No** | **SI** | |
|---|---|---|---|
| Pazienti anamnesticamente **non depressi**: E' diventato triste, giù di morale, o piange e si dispera per futili motivi ?<br>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, 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** | | | |

| **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** | | | |

| **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? **Se non ha la patente si risponde No** | 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)

# SDS + CDR

proposto da Dr. Pirani Alessandro ed autorizzato per uso clinico e non commerciale dal **Prof. John C. Morris: "Reprinted with permission. The Clinical Dementia Rating (CDR) is a copyrighted instrument of the Alzheimer's Disease Research Center, Washington University, St. Louis, Missouri, USA. All rights reserved"**

## SDS + CDR [1] (Symptoms of Dementia Screener [2] modificato [3] + Clinical Dementia Rating scale [4])

**Istruzioni:** • 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

Esecutore: [ ] Famigliare : _____; [ ] Parente; [ ] Collaboratore di studio; [ ] Infermiere; [ ] MMG;

**Data** ___/___/____ **Cognome, Nome**: _____; **data di nascita:** ____/___/____

| SDS : SINTOMI COMPORTAMENTALI | No | SI | |
|---|---|---|---|
| Pazienti anamnesticamente **non depressi**: E' 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** (= NPI-Q : §) | 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** (= CDR 1) | Non so |
| E' diventato più irritabile, agitato o diffidente oppure comincia a vedere o sentire o credere a cose non reali? | 0 | **1** (= NPI-Q : #) | Non so |

| SDS : 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** (= CDR 1) | Non so |
| Ripete spesso le stesse cose o rivolge agli altri più volte la stessa domanda? | 0 | **1** (= CDR ≥ 1) | Non so |
| E' più smemorato, cioè ha vuoti di memoria, per eventi recenti? | 0 | **1** (= CDR ≥ 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** (= CDR ≥ 1) | Non so |
| Dimentica appuntamenti, ricorrenze familiari o festività? | 0 | **1** (= CDR ≥ 1) | Non so |

| SDS : SINTOMI FUNZIONALI (IADL, ADL) | No | SI | |
|---|---|---|---|
| Comincia ad avere problemi nel fare calcoli, gestire il denaro o controllare i conti? | 0 | **1** (= CDR ≥ 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? **Se non ha la patente si risponde No** | 0 | **1** (= CDR ≥ 1) | Non so |
| Comincia ad aver bisogno di aiuto per mangiare, per es. uso coltello e forchetta; o vestirsi, per es. scegliere o indossare i vestiti; farsi il bagno o usare servizi igienici? | 0 | **1** (= CDR ≥ 2) | Non so |

**TOTALE** [ ]

**Normale = 0** **Border = 1 (si consiglia GPCog, breve test psicometrico)**
**Deterioramento cognitivo = ≥ 2/11 (si consiglia GPCog, breve test psicometrico)**

| CDR | Memoria | Orientamento | Giudizio e soluzione problemi | Vita di comunità | Casa e hobbies | Cura personale |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** DEMENZA LIEVE | Perdita memoria moderata e più rilevante per eventi recenti con interferenza nelle attività quotidiane | Moderato deficit nell'orientamento temporale; orientato nello spazio durante la visita ma altrove può essere disorientato | Difficoltà moderata nella gestione dei problemi, analogie e differenze; giudizio sociale di solito conservato | Incapace di compiere indipendentemente queste attività anche se può ancora essere coinvolto in alcune; appare normale ad un esame casuale | Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono dei lavori domestici più difficili, hobbies ed interessi più complicati | Richiede sollecitazione per la normale cura personale |
| **2** DEMENZA MODERATA | Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente | Severo disorientamento temporale, spesso spaziale | Difficoltà severa nella esecuzione problemi, analogie e differenze; giudizio sociale alterato | Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa | Conservati solo semplici lavori domestici, interessi ridotti, non sostenuti | Richiede assistenza per abbigliamento, igiene e cura personale |
| **3** D. GRAVE | Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti | Orientamento solo personale | Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi | Nessuna attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire fuori casa | Nessuna funzione domestica conservata | Molta assistenza per cura personale; spesso incont. urine |

**NPI-Q** (UCLA **N**euro**p**sychiatric **I**nventory – **Q**uestionnaire) (Kaufer DI, Cummings J L et al. J. Neuropsyc. Clin. Neuros.; 2000;12:233–9)

| NPI-Q | Depressione | Apatia | Ansia | Insonnia | Irritabilità | Inappetenza | Disinibizione | Allucinazioni | Euforia | Agitaz. Aggress. | Girovagare | Deliri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | § | § | § | | # | | # | # | | # | | # |
| NO | | | | | | | | | | | | |

[1] "SDS + CDR" proposto da Pirani Alessandro (piranibosi@alice.it; www.demenzemedicinagenerale.net) ed autorizzato per uso clinico e non commerciale dal Prof. John C. Morris: "Reprinted with permission. The Clinical Dementia Rating (CDR) is a copyrighted instrument of the Alzheimer's Disease Research Center, Washington University, St. Louis, Missouri, USA. All rights reserved"

[2] Mundt JC, Freed DM, Greist JH (2000). Lay Person–Based Screening for Early Detection of Alzheimer's Disease: Development and Validation of an Instrument. Journal of Gerontology; Psychological Sciences; Vol. 55B, 3:163–170.

[3] modificato da Pirani Alessandro (piranibosi@alice.it; www.demenzemedicinagenerale.net)

[4] Morris, J C. (1993). Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. Neurology, 43, 2412-2414

| SDS : SINTOMI COMPORTAMENTALI | No | SI | |
|---|---|---|---|
| Pazienti anamnesticamente **non depressi**: E' 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** (= NPI-Q : §) | 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** (= CDR 1) | Non so |
| E' diventato più irritabile, agitato o diffidente oppure comincia a vedere o sentire o credere a cose non reali? | 0 | **1** (= NPI-Q : #) | Non so |

**UCLA Neuropsychiatric Inventory – Questionnaire (NPI-Q)**

(Kaufer DI, Cummings J L et al. : Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory.T Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 2000; 12:233–239)

| Sintomi presenti nelle ultime 4 settimane | NO | SI |
|---|---|---|
| 1. Depressione | **0** | **1** |
| 2. Apatia/abulia/indifferenza | **0** | **1** |
| 3. Ansia | **0** | **1** |
| 4. Disturbi del sonno | **0** | **1** |
| 5. Irritabilità e/o Labilità (ridotta volontà di collaborare) | **0** | **1** |
| 6. Disturbi dell'appetito e alimentazione | **0** | **1** |
| 7. Disinibizione | **0** | **1** |
| 8. Allucinazioni visive e/o uditive | **0** | **1** |
| 9. Euforia / Esaltazione | **0** | **1** |
| 10. Agitazione e/o aggressività | **0** | **1** |
| 11. Attività motoria aberrante | **0** | **1** |
| 12. Deliri | **0** | **1** |
| **TOTALE** | | |

| SDS : 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** (= CDR 1) | Non so |
| Ripete spesso le stesse cose o rivolge agli altri più volte la stessa domanda? | 0 | **1** (= CDR $\geq 1$) | Non so |
| E' più smemorato, cioè ha vuoti di memoria, per eventi recenti? | 0 | **1** (= CDR $\geq 1$) | 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** (= CDR $\geq 1$) | Non so |
| Dimentica appuntamenti, ricorrenze familiari o festività? | 0 | **1** (= CDR $\geq 1$) | Non so |

# CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE (CDR) ESTESA (DA ORIGINALE)

**N. B.: assegnare punteggio solo se il deficit dipende da deterioramento cognitivo e non da altre cause**

| DEMENZA: | ASSENTE CDR 0 | MOLTO LIEVE CDR 0.5 | LIEVE CDR 1 | MODERATA CDR 2 | GRAVE CDR 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| Memoria | Nessuna perdita di memoria o smemoratezza occasionale ed irrilevante | Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi | Perdita memoria moderata e più rilevante per eventi recenti con interferenza nelle attività quotidiane | Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente | Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti |
| Orientamento | Perfettamente orientato | Ben orientato eccetto lieve difficoltà nell'orientamento temporale | Moderato deficit nell'orientamento temporale; orientato nello spazio durante la visita ma altrove può essere disorientato | Severo disorientamento temporale, spesso spaziale | Orientamento solo personale |
| Giudizio e soluzione di problemi | Risolve bene i problemi quotidiani e gestisce bene sia gli affari che le finanze; giudizio adeguato rispetto al passato | Lieve compromissione nella soluzione di problemi, analogie e differenze (prove di ragionamento) | Difficoltà moderata di gestione dei problemi, analogie e differenze; giudizio sociale di solito conservato | Difficoltà severa di esecuzione di problemi, analogie e differenze; giudizio sociale compromesso | Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi |
| Vita di comunità | Usuali livelli di autonomia funzionale nel lavoro, acquisti, attività di volontariato e relazioni sociali | Lieve compromissione nel lavoro, acquisti, attività di volontariato e relazioni sociali | Incapace di compiere indipendentemente queste attività anche se può ancora essere coinvolto in alcune; appare normale ad una esame casuale | Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa | Non in grado di uscire fuori casa |
| Casa e hobbies | Vita domestica, hobbies e interessi intellettuali ben conservati | Vita domestica, hobbies e interessi intellettuali lievemente compromessi | Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono dei lavori domestici più difficili e degli hobbies ed interessi più complicati | Conservati solo semplici lavori domestici, interessi ridotti, non sostenuti | Nessuna funzione domestica conservata |
| Cura personale | Interamente capace di curarsi della propria persona | | Richiede sollecitazione per la normale cura personale | Richiede assistenza per abbigliamento, igiene e cura personale | Richiede molta assistenza per cura personale; spesso incontinenza urinaria |

**CDR 4**: DEMENZA MOLTO GRAVE Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale

**CDR 5**: DEMENZA TERMINALE Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente

| SDS : 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** (= CDR 1) | Non so |
| Ripete spesso le stesse cose o rivolge agli altri più volte la stessa domanda? | 0 | **1** (= CDR ≥ 1) | Non so |
| E' più smemorato, cioè ha vuoti di memoria, per eventi recenti? | 0 | **1** (= CDR ≥ 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** (= CDR ≥ 1) | Non so |
| Dimentica appuntamenti, ricorrenze familiari o festività? | 0 | **1** (= CDR ≥ 1) | Non so |

| DEMENZA: | ASSENTE CDR 0 | MOLTO LIEVE CDR 0.5 | LIEVE CDR 1 | MODERATA CDR 2 | GRAVE CDR 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| Memoria | Nessuna perdita di memoria o smemoratezza occasionale ed irrilevante | Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi | Perdita memoria moderata e più rilevante per eventi recenti con interferenza nelle attività quotidiane | Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente | Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti |

# Diagnosi differenziale : deterioramento cognitivo versus depressione

GERIATRIC DEPRESSION SCALE 5 ITEMS (GDS - 5 Items). Test di screening per depressione nell'anziano

Rinaldi P, Mecocci P, *et al*. Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale in elderly subjects in three different settings. JAGS 2003; 51: 694-8.

| | **SI** | **NO** |
|---|---|---|
| 1. È fondamentalmente 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

## 1) Take Home Message : Perché intercettare i disturbi cognitivi in ambulatorio ?

**Perché mi consente**

**di fare il "dottore " !**

Di recuperare il nostro mestiere sommerso da password, DDD, computer, backup, blocchi di sistema, blocchi di rete, sospensione energia elettrica, dematerializzazione, toner e cartucce per stampante, etc etc…

La diagnosi è tutta nelle nostre capacità e la costruiamo ascoltando i famigliari, ascoltando e visitando il paziente che abbiamo la fortuna insostituibile di conoscere da tempo.

Ci basta un po' di attenzione, un foglio di carta ed una matita ed in 5 – 6 minuti sapremo orientarci con precisione nel quadro clinico senza ricorrere ad esami e tecnologie sofisticate.

## 1) Take Home Message : Perché intercettare i disturbi cognitivi in ambulatorio ?

**Perché mi consente**

**di fare il "dottore " !**

Di recuperare il nostro mestiere sommerso da password, DDD, computer, backup, blocchi di sistema, blocchi di rete, sospensione energia elettrica, dematerializzazione, toner e cartucce per stampante, etc etc…

La diagnosi è tutta nelle nostre capacità e la costruiamo ascoltando i famigliari, ascoltando e visitando il paziente che abbiamo la fortuna insostituibile di conoscere da tempo.

Ci basta un po' di attenzione, un foglio di carta ed una matita ed in 5 – 6 minuti sapremo orientarci con precisione nel quadro clinico senza ricorrere ad esami e tecnologie sofisticate.

## 2) Take Home Message : Come intercettare i disturbi cognitivi in ambulatorio ?

## 2) Take Home Message : Come intercettare i disturbi cognitivi in ambulatorio ?

Le DEMENZE in Medicina Generale

LOGIN REGISTRATI

Cerca...

HOME Chi siamo | STRUMENTI DIAGNOSTICI | BIBLIOGRAFIA | CASI CLINICI | LA STANZA del famigliare- caregiver | LINKS | CONTATTI

### "NON SARÀ UNA DEMENZA ?"

"LA MEMORIA: IL PARAMETRO VITALE DA AGGIUNGERE NELL'ULTRACINQUANTENNE"

I TRE PASSI PER RICONOSCERE/IDENTIFICARE E DIAGNOSTICARE I DISTURBI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI NEGLI ULTRACINQUANTENNI IN MEDICINA GENERALE

Buntinx *et al. BMC Family Practice* 2011, **12**:60
http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/60

BMC Family Practice

CORRESPONDENCE Open Access

# Diagnosing dementia: easy job !

Frank Buntinx[1,2*], Jan De Lepeleire[1], Louis Paquay[1,3], Steve Iliffe[4] and Birgitte Schoenmakers[1]

Scusate, ma ho
un’impegno !