



 Osservare per Conoscere

diagnosi di demenza

versus

riconoscimento del deficit cognitivo

E' POSSIBILE ESSERE ANZIANI DEMENTI "SANI" ?

LE OSSERVAZIONI DEI MMG DEL VENETO

un CONTESTO in EVOLUZIONE

l'evoluzione delle "cure primarie" in Veneto coinvolge:

- il rapporto fra MMG e DSS

- il rapporto fra Ospedale e Territorio

- il ruolo delle Residenze per Anziani

- gli altri nodi della rete dei servizi

deterioramento
mentale

LA DEMENZA

- problemi di definizione
- stime di prevalenza
- problemi aperti sul piano
assistenziale

LA DEMENZA: problemi di definizione

CIND: cognitive impairment, no dementia

ARCD: age related cognitive decline

AACD: aging associated cognitive decline

MCI: mild cognitive impairment

Demenza: sindrome caratterizzata dalla presenza di un deficit della memoria associato a disturbi in altre aree cognitive, che causa una significativa riduzione della capacità di svolgere le comuni attività della vita quotidiana.

LA DEMENZA: problemi di definizione

Acta Psychiatrica Scandinavica

Volume 106 Issue 6 Page 403 - December 2002

Review article

Mild cognitive impairment - a review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches

Method: All published papers on mild cognitive impairment during the last 15 years on Medline and other databases were reviewed.

Conclusion: As **there is no construct to date that pools all efforts of defining mild cognitive impairment**, the review provides suggestions for an agreement on constructive terminology and research practice.

LA DEMENZA: stime di prevalenza

CIND: 65-84 aa: 10,7% (ILSA)

65-74 aa: 19,2% (Neurology, 2001 – 2212 soggetti)

>85 aa: 38% (Neurology, 2001 – 2212 soggetti)

ARCD: 65-84 aa: 7,5% (ILSA -)

MCI: > 65 aa: 2,8% (Neurology, 2002 – 1265 soggetti)

60-76 aa: 5,3% (Acta Neurol Scand – 806 soggetti)

65 aa: 1 % (J. Psychiatr Res, 2002 – review)

85 aa: 42 % (J. Psychiatr Res, 2002 – review)

Demenza:

> 65 aa: 9% (Consensus Soc. Ital. Neuroscienze)

65 aa: 1% (J. Psychiatr Res, 2002 – review)

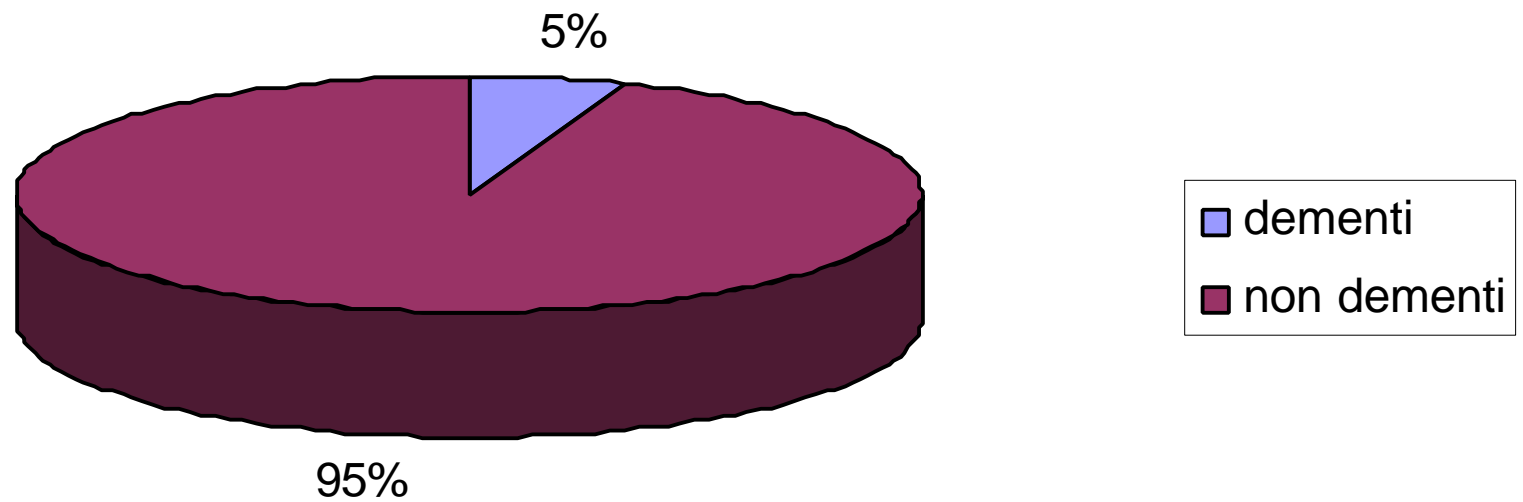
85 aa: 25% (J. Psychiatr Res, 2002 – review)

Demenza di Alzheimer:

> 65 aa: 4,5-5% (Consensus Soc. Ital. Neuroscienze)

LA DEMENZA: problemi aperti sul piano assistenziale

il primo dato:



Obiettivo

verificare se il gruppo degli anziani “deteriorati non dementi” (“MCI” ?) costituisce una entità riconoscibile e distinguibile dai dementi nella pratica dei MMG del Veneto

Materiali e metodi

21.686 osservazioni dei MMG, su anziani > 75 aa

Sono stati definiti 4 gruppi

A) anziani “normali” non deteriorati (senza deterioramento cognitivo, senza demenza come problema clinico aperto)

Sono state escluse alcune condizioni, individuate sulla base di 2 criteri (“e”):

1. gravità clinica della condizione (si escludono le più gravi)
2. prevalenza bassa (altrimenti è “normale”)

psicosi; cirrosi epatica; artrite reumatoide; tutte le neoplasie tranne prostata; diabete in terapia insulinica;

nutrizione artificiale; tracheostomia; PEG; enterostomia; cistostomia; dialisi renale; ossigenoterapia; catetere vescicale; ulcere da decubito

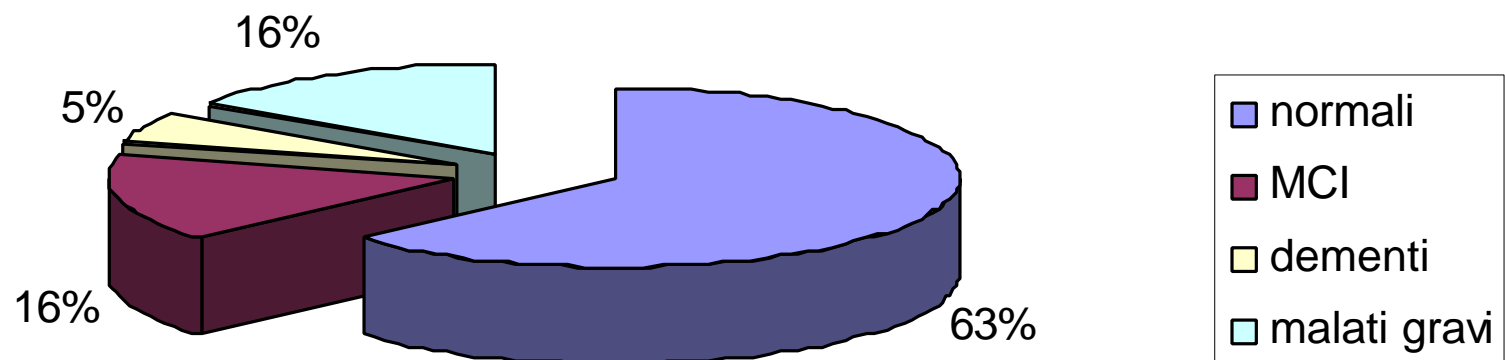
B) anziani con deterioramento mentale (con deterioramento cognitivo, senza demenza come problema clinico aperto)

C) anziani dementi (con demenza come problema clinico aperto)

D) anziani “malati” (affetti dalle condizioni escluse da A, con o senza deterioramento o demenza)

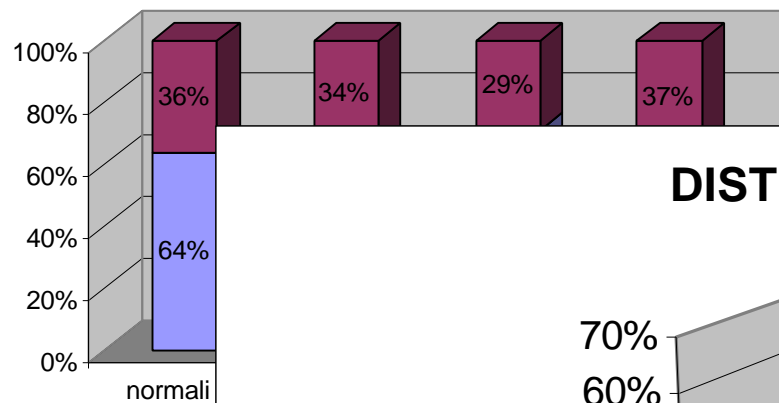
QUANTI SONO ?

DISTRIBUZIONE NEI GRUPPI

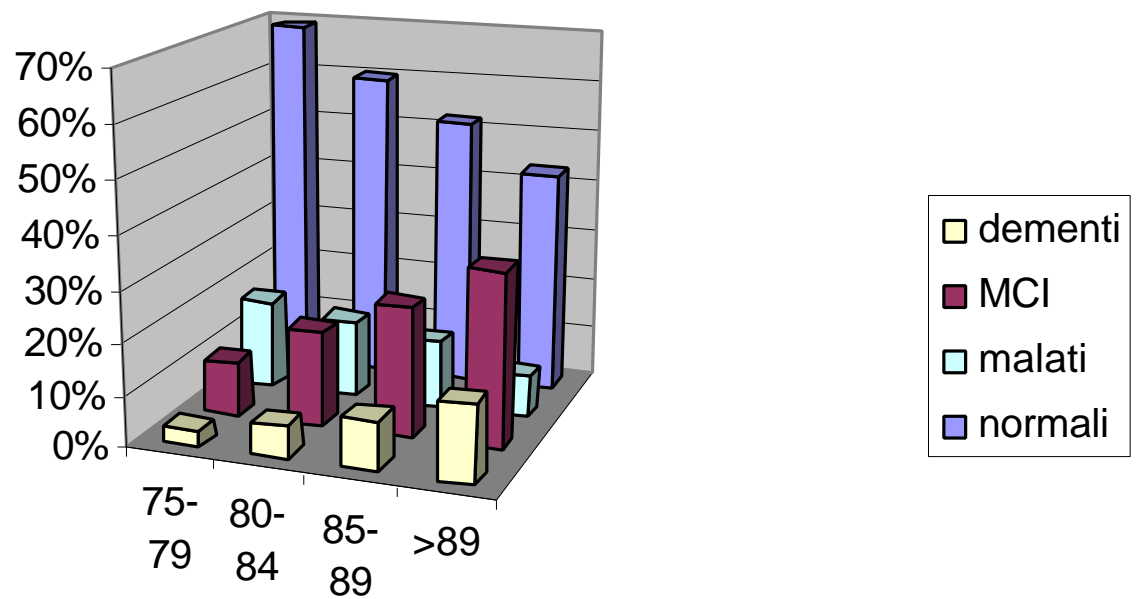


QUAL E' LA DISTRIBUZIONE PER SESSO ED ETA'?

DISTRIBUZIONE PER SESSO

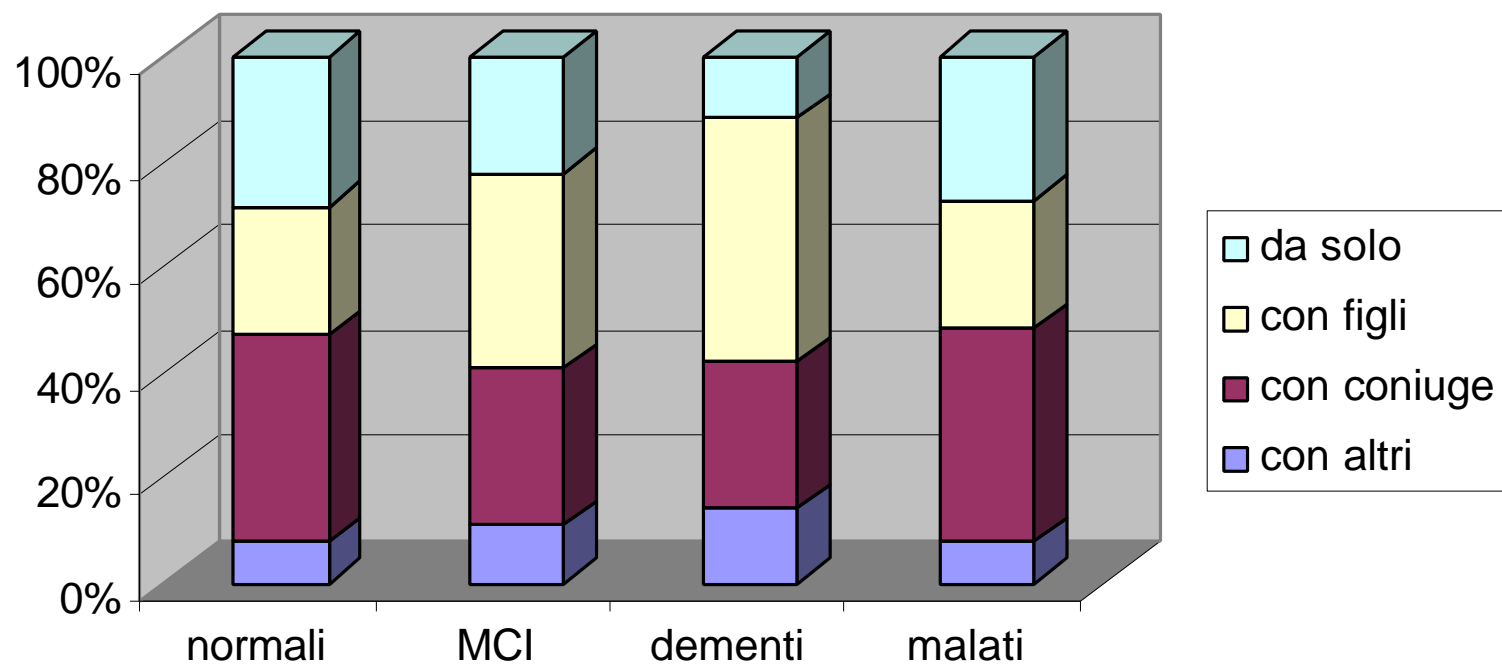


DISTRIBUZIONE PER ETA'



CON CHI VIVONO ?

CONVIVENZA



QUAL E' LO STATO DI SALUTE COMPLESSIVO NEI 3 GRUPPI?

Per la dimensione sanitaria:

- n° medio di classi di farmaci assunti
- comorbidità
- ricoveri ospedalieri negli ultimi 6 mesi

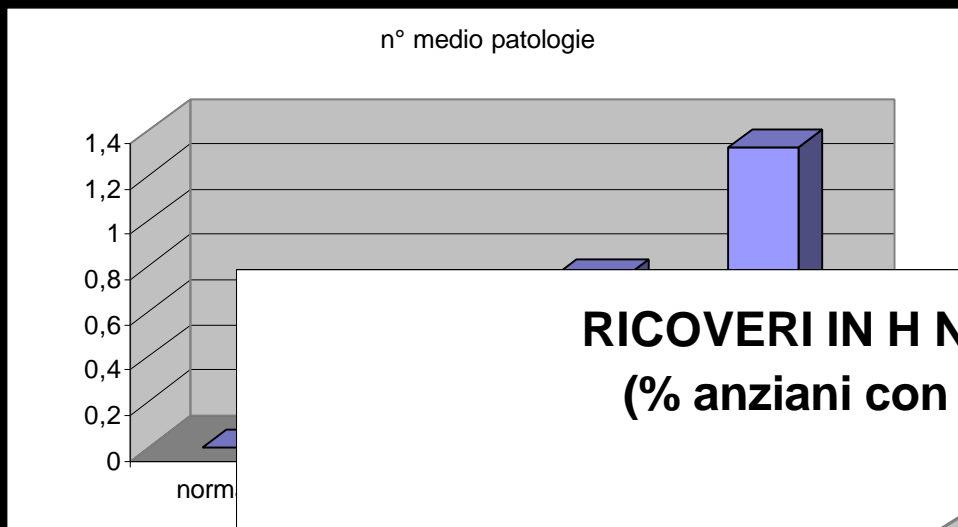
Per la dimensione funzionale:

- mobilità generale
- controllo sfinterico

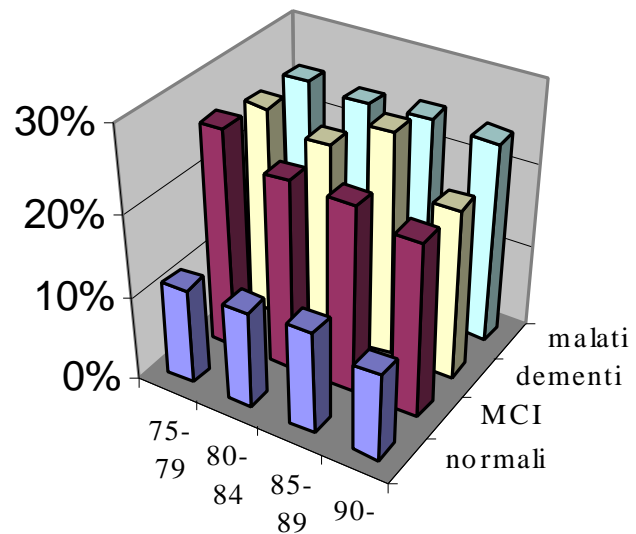
Per la dimensione sociale:

- sono ben integrati nel nucleo familiare
- presenza di un familiare convivente capace di prestare cure
- segni percepibili di indigenza

dimensione sanitaria



**RICOVERI IN H NEGLI ULTIMI 6 MESI
(% anziani con almeno 1 ricovero)**

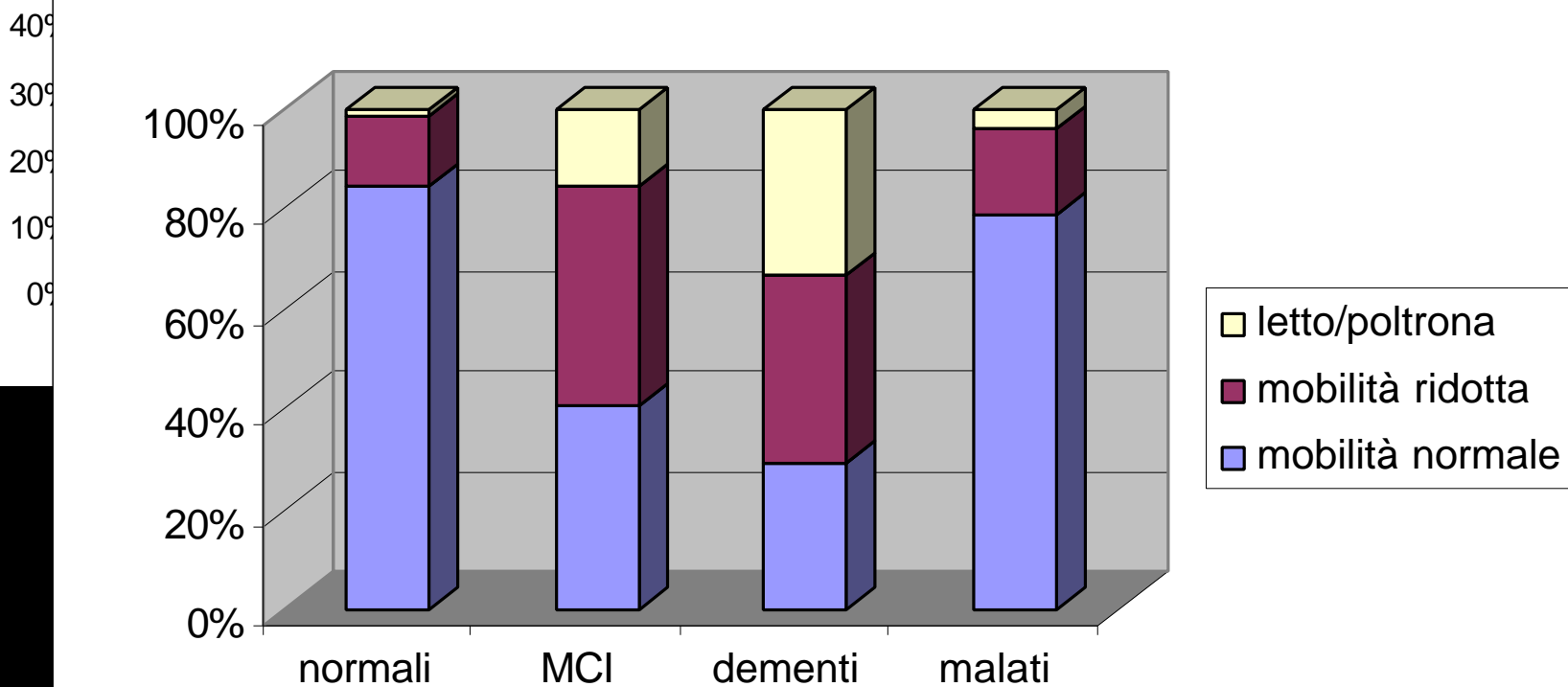


dimensione funzionale:

INCONTINENZA PER GRUPPO

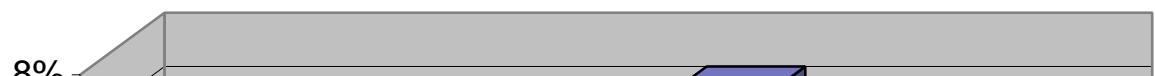


AUTONOMIA NELLA MOBILITA' per gruppo

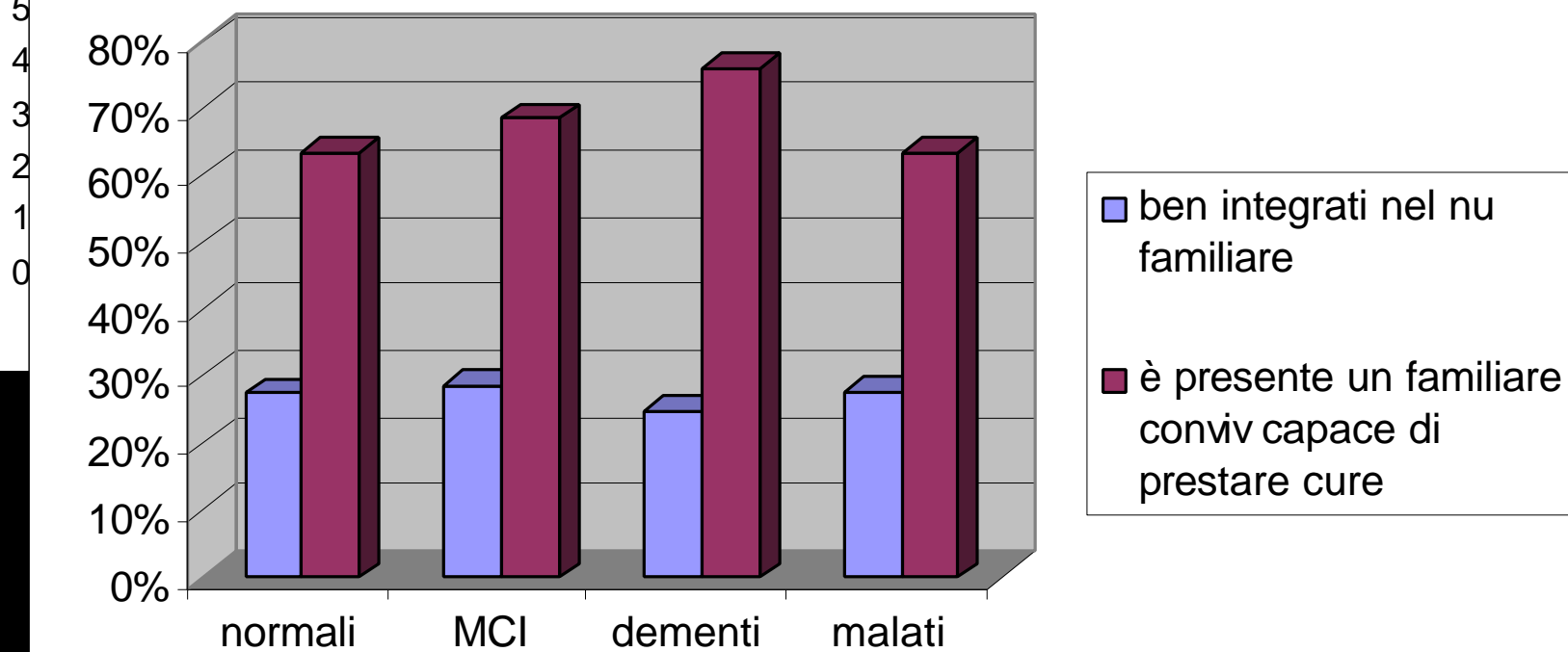


dimensione sociale

INDIGENZA



SUPPORTO RETE INFORMALE



CONCLUSIONI

- Il gruppo dei deteriorati non dementi è rilevante (16%)
- I MMG sono abituati a identificare questi pazienti
- Non vi sono modalità standardizzate di presa in cura per questi pazienti, che costituiscono una “zona grigia” nelle conoscenze scientifiche
- E' necessario che la Medicina Generale faccia ulteriori investimenti in ricerca per formalizzare il più possibile le caratteristiche, le “cues” utili per individuarli e per definire meglio i bisogni e gli approcci terapeutici (non solo farmacologici, ma relazionali, organizzativi, educativi) per questi

15	Azienda ULSS n° 15	Dr. Occari Severino	MMG
16	Azienda ULSS n° 16	Dr. Toffanin Roberto	Responsabile Serv. Medicina Territoriale
16		Dr. Benetollo Pier Paolo	Direttore D.S.S. n°4
16		Dr. Guerra Cosimo	MMG
17	Azienda ULSS n° 17	Dr. Borin Matteo	Responsabile D.S.S. Conselve Monselice
17		Dr. Bossone Vito	MMG
18	Azienda ULSS n° 18	Dr. Vezzosi Angelo	Direttore D.S.S. Medio Polesine
18		Dr.ssa Lucianò Domenica	Referente Assistenza Primaria
18		Dr. Maragno Enrico	MMG
19	Azienda ULSS n° 19	Dr. Maccapani Piergiorgio	Responsabile ADI c/o D.S.S.
19		Dr. Pellegrini Nerio	MMG
20	Azienda ULSS n° 20	Dr.ssa Poppini Pia	Responsabile D.S.S. nr. 2
20		Dr. Salvatore Claudio	MMG

Grazie e Buona Serata