

Programma Mattoni del SSN - Progetto MATRICE
**“Integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio di pazienti con
patologie complesse o con patologie croniche”**

SCHEMA DI PATOLOGIA: DEMENZA

Definizione clinica della patologia

Definizione clinica della patologia

Sindrome caratterizzata dalla presenza di un deficit della memoria, associato a disturbi di altre aree cognitive, che causa una significativa riduzione delle capacità di svolgere le comuni attività di vita quotidiana (DSM - IV *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV ed.*).

Per la sperimentazione del sistema Matrice, saranno considerati soggetti d'età uguale o superiore ai 65 anni in terapia con anticolinesterasici (gruppo A) o già in terapia con anticolinesterasici o in terapia con memantina (gruppo B) o già in terapia con memantina.

Epidemiologia

Le demenze costituiscono sempre di più un rilevante problema di sanità pubblica, rappresentano una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale e hanno un considerevole impatto sociosanitario per la quantità e qualità delle risorse che richiedono.

Il maggiore fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età. Si prevede che, nel 2020, il numero di casi di persone con demenza sarà oltre 48 milioni, e potrebbe raggiungere, nei successivi vent'anni, una cifra superiore agli 81 milioni di persone, concentrate soprattutto nei Paesi in via di sviluppo.

Nei soli Paesi dell'Unione Europea le stime più attendibili parlano della prospettiva di superare nel 2020 i 15 milioni di persone affette da demenza, con più del doppio dei casi per il genere femminile rispetto a quello maschile. La demenza di Alzheimer (DA) rappresenta il 54% di tutte le demenze con una prevalenza nella popolazione ultra sessantacinquenne del 4,4%. La prevalenza di questa patologia aumenta con l'età e risulta maggiore nelle donne (0,7% per la classe d'età 65-69 anni; 23,6% per le ultranovantenni vs. 0,6% al 17,6% per gli uomini). I tassi d'incidenza per DA, osservati in Europa, indicano un incremento nei maschi da 0,9 casi per 1.000 anni-persona nella fascia d'età 65-69 anni a 20 casi in quella con età maggiore di 90 anni; nelle donne, invece, l'incremento varia da 2,2 nella classe d'età 65-69 a 69,7 casi per 1.000 anni-persona in quella maggiore di 90 anni.

Definizione operativa della patologia (algoritmi di definizione del caso)

Algoritmo provvisorio di definizione della demenza

Gruppo A: soggetto con almeno due prescrizioni di anticolinesterasici (ATC N06DA) in un qualsiasi anno precedente distanziate almeno 6 mesi l'una dall'altra ed almeno una prescrizione di anticolinesterasici nell'anno precedente;

Gruppo B: soggetto già in terapia con anticolinesterasici che nell'ultimo anno non abbia ricevuto nessuna prescrizione di anticolinesterasici oppure soggetto con almeno due prescrizioni di memantina (ATC N06DX01) in un qualsiasi anno precedente distanziate almeno 6 mesi l'una dall'altra.

Raccomandazioni per la gestione dei pazienti

Valutazioni prognostiche

Il paziente affetto da demenza presenta non soltanto un deficit delle funzioni mnestiche, ma anche un deficit di tipo cognitivo tale da interferire con la vita sociale e lavorativa. Il Mini Mental State Examination è uno strumento di valutazione standardizzato, utilizzato in ambito clinico per una valutazione preliminare, che fornisce una misura dello stato cognitivo molto concisa, ma chiara. È adatto per valutare le modificazioni del livello cognitivo nel tempo.

Indicazioni delle terapie da applicare

Il trattamento di prima linea dei sintomi psicologici e comportamentali è non farmacologico, in considerazione degli eventi avversi potenzialmente gravi connessi al trattamento farmacologico.

Al momento della diagnosi di demenza, deve essere valutata la possibilità di un trattamento non farmacologico dei sintomi cognitivi, anche se le prove di letteratura non sono ancora conclusive. È necessario discutere con paziente e *caregiver* dei benefici realisticamente attesi e prevedere momenti e strumenti di formazione e supporto ai *caregiver*. Per queste finalità il medico di medicina generale si avvale dei servizi specialistici dedicati alla cura delle demenze. L'obiettivo del trattamento farmacologico è rallentare la progressione di malattia e correggere i sintomi principali, che possono essere distinti in *core* (declino cognitivo e perdita di funzione) e associati (agitazione psicomotoria, aggressività, depressione, ecc). Al momento della diagnosi di malattia di Alzheimer in stadio lieve e moderato, deve essere valutata la possibilità di istituire un trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi, la cui efficacia è stata dimostrata sui sintomi *core* della malattia. Le classi di farmaci attualmente impiegate per i sintomi associati sono quelle degli antidepressivi, degli antipsicotici e degli stabilizzatori dell'umore.

Management del paziente. Indicazioni sulla gestione del paziente a livello del Territorio

Il percorso assistenziale prevede il coinvolgimento in modo integrato del MMG, dello specialista e delle Strutture per le demenze, con il supporto dei Servizi della rete territoriale (cure domiciliari, residenze e semiresidenze assistenziali).

Indicatori di processo

Indicatori		Flusso informativo	Specifiche	Raccomandazione linee guida
1.	% di pazienti con almeno una visita neurologica o geriatrica nell'ultimo anno.	Specialistica ambulatoriale OUTPAT	Visita neurologica: 89.13 Visita geriatrica: visita generale (89.7, 89.01, 89.07, 89.03) con codice di disciplina 21	Le LG indicano almeno una visita ogni 6 mesi.
2.	% di pazienti con almeno un esame memoria multi test nell'ultimo anno.	Specialistica ambulatoriale OUTPAT	94.02.1 - 94.02.1	Le LG indicano un esame psico-diagnostico esteso alla diagnosi e una "valutazione della memoria" almeno ogni 6 mesi per i casi noti.
3.	% di pazienti con almeno i seguenti esami ematochimici (glicemia, creatinina, transaminasi e elettroliti) nell'ultimo anno.	Specialistica ambulatoriale OUTPAT	Glicemia: 90.27.1 – 90.26.4 – 90.26.5 Creatinina: 90.16.3 – 90.16.4 Transaminasi: 90.09.2 – 90.04.5 Elettroliti: 90.13.4 – 90.40.4 – 90.37.4 –	Non vi sono indicazioni precise in letteratura. In fase di diagnosi andrebbero effettuati almeno una volta gli esami a cui vanno aggiunti TSH, B12 e folati.
4.	% di pazienti con almeno un ECG nell'ultimo anno.	Specialistica ambulatoriale OUTPAT	89.52 – 89.50 – 89.54	Non esistono indicazioni nelle LG. È buona pratica clinica che prima di iniziare un trattamento con anticolinesterasici venga effettuato un ECG; in casi selezionati (in presenza di anomalie di conduzione) andrebbe periodicamente controllato.
5.	% di pazienti in terapia con neurolettici atipici (quetiapina, olanzapina, risperidone).	Farmaceutica convenzionata e ad erogazione diretta DRUGS e DDRUG	N05AH03, N05AH04, N05AX08	Livello II forza A (SNLG) In realtà la % "ottimale" di soggetti in trattamento con neurolettici atipici non è indicata dalla letteratura. Sembra che l'uso di questi farmaci sia eccessivo, soprattutto nelle strutture residenziali. In uno studio italiano di Nobili et al in pazienti ospiti in nuclei Alzheimer il 60% faceva uso di antipsicotici; in uno studio italiano (AD LOOP, Bianchetti et al) su soggetti <i>mild</i> residenti al domicilio il 7% faceva uso di neurolettici atipici, l'8% di neurolettici tipici e il 15% di benzodiazepine.
6.	% di pazienti in terapia con neurolettici tipici (aloperidolo, promazina).	Farmaceutica convenzionata e ad erogazione diretta DRUGS e DDRUG	N05AD01, N05AA03	Vedi sopra
7.	% di pazienti in trattamento con neurolettici a cui sono stati prescritti i neurolettici atipici. ¹	Farmaceutica convenzionata e ad erogazione diretta DRUGS e DDRUG	Vedi sopra	
8.	% di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza domiciliare.	Assistenza domiciliare HOME	Da SIAD: comparsa nel tracciato	Non esistono indicazioni delle LG. I dati italiani indicano che dal 10 al 25% (dati CENSIS) dei pazienti con DA è seguito dal Centro Demenza Alzheimer (CDA), mentre i dati sull'assistenza domiciliare sono molto meno chiari (probabilmente non più del 5-10% dei pazienti è seguito dall'ADI).
9.	% di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza residenziale generica.	Assistenza residenziale e semiresidenziale RESIDENT	Da FAR: comparsa nel tracciato con variabile TIPO nel nodo PRESTAZIONE pari a R1, R2, R3	
10.	% di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza residenziale con specifica per demenza.	Assistenza residenziale e semiresidenziale RESIDENT	Da FAR: comparsa nel tracciato con variabile TIPO nel nodo PRESTAZIONE pari a R2D	
11.	% di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza semiresidenziale generica.	Assistenza residenziale e semiresidenziale RESIDENT	Da FAR: comparsa nel tracciato con variabile TIPO nel nodo PRESTAZIONE pari a SR1	
12.	% di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza semiresidenziale con specifica per demenza.	Assistenza residenziale e semiresidenziale RESIDENT	Da FAR: comparsa nel tracciato con variabile TIPO nel nodo PRESTAZIONE pari a SR2	

SNLG= Sistema Nazionale Linee Guida

Nobili A, Pasina L, Trevisan S, Riva E, Lucca U, Tettamanti M, Matucci M, Tarantola M. *Use and misuse of antipsychotic drugs in patients with dementia in Alzheimer special care units*. Int Clin Psychopharmacol. 2009 Mar;24(2):97-104.

Bianchetti A, Ranieri P, Margiotta A, Trabucchi M. *Pharmacological treatment of Alzheimer's Disease*. Aging Clin Exp Res 2006 Apr;18(2):158-62.

¹ Per questo indicatore il numeratore equivale al numero di pazienti in trattamento con neurolettici.