RuoloMMG.doc

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

RUOLO E STRUMENTI PER L'ATTIVITA' DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NELL'ASSISTENZA AI SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA

Il Progetto regionale demenze prevede che la Regione fornisca indicazioni in merito ai percorsi ed agli strumenti per valorizzare il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG).
Il presente documento, pertanto, si qualifica come uno dei documenti tecnici attuativi del Progetto regionale.

Il ruolo del Medico di Medicina Generale

Poiché la demenza è una malattia, deve essere innanzitutto salvaguardato per il cittadino il diritto a ricevere una diagnosi almeno sindromica il più precocemente possibile.

Il M.M.G è chiamato a svolgere alcune funzioni fondamentali:

1) nella fase di valutazione e diagnosi:

- porre il sospetto diagnostico, cioè:
  a) verificare la presenza o meno di deficit cognitivi attraverso una checklist di domande volte ad indagare tali deficit , eventualmente utilizzando [su base volontaria] anche semplici strumenti di valutazione cognitiva (MMSE e SPMSQ),
  b) ricondurre il/i deficit cognitivi riscontrati nell'ambito delle sindromi demenziali facendo riferimento ai criteri diagnostici adottati dalla comunità scientifica internazionale per porre il sospetto diagnostico di demenza (criteri del DSM IV per le sindromi demenziali)
- inviare il paziente al Consultorio/centro esperto per le demenze di riferimento, in base alla residenza del paziente;

2) nella gestione successiva del caso, il MMG è in costante rapporto con il Consultorio/Centro esperto per le demenze, che svolge anche le funzioni di Unità di Valutazione Alzheimer ai sensi del Decreto Ministro della Sanità 20/7/2000, o con i centri delegati.

In caso di conferma del sospetto diagnostico, spetta al Medico di Medicina Generale :

- **monitorare le patologie organiche concomitanti** e gli aspetti funzionali del paziente, agendo, se possibile, per prevenire l'eccesso di disabilità attraverso le opportune cure fisiche e farmacologiche

- **monitorare,** avvalendosi della consulenza del Consultorio/Centro esperto per le Demenze, **i trattamenti farmacologici e non farmacologici per i deficit cognitivi, i disturbi comportamentali e le complicanze**. In particolare, nel caso di pazienti in trattamento con farmaci inibitori dell'Acetilcolinesterasi (donepezil, rivastigmina), il MMG dovrà anche provvedere alla prescrizione terapeutica dopo i primi 3 mesi, monitorando anche l'eventuale presenza di effetti collaterali.

Gli effetti collaterali più frequenti degli inibitori dell'acetilcolinesterasi sono:

- nausea e vomito
- diarrea
- dolori addominali
- dispesia ed inappetenza
- calo ponderale
- bradicardia
- crampi muscolari, astenia
- cefalea, depressione, insonnia, agitazione e vertigini

La frequenza e l'entità degli effetti collaterali dipendono in larga misura dalla dose e spesso dalle

modalità di raggiungimento della dose ottimale (un aumento graduale della dose si accompagna ad una migliore tollerabilità).

In particolare, il MMG dovrà rivalutare il paziente in trattamento **almeno ogni 3 mesi**, osservando, tra l'altro:

- i parametri vitali (PA, frequenza cardiaca); si segnala l'opportunità di un controllo ECG in caso di anomalie della frequenza o del ritmo non presenti prima dell'inizio della terapia;
- variazioni del peso e dell'appetito; queste modificazioni possono riscontrarsi frequentemente nei soggetti affetti da malattia di Alzheimer, ma sono più frequenti in corso di trattamento con AchE-i; non richiedono la sospensione del trattamento se non in casi particolarmente rilevanti; la dispepsia può essere controllata con comuni gastrocinetici;
- la comparsa di dolori addominali, epigastralgie; in questi casi valutare con attenzione la possibile comparsa di ulcere gastriche o duodenali, soprattutto in soggetti con anamnesi positiva o che assumono altri farmaci potenzialmente gastrolesivi (ASA, FANS, ecc.); in questi vasi è opportuna la sospensione della terapia e l'approfondimento clinico-strumentale

Il monitoraggio dell'efficacia della terapia dell'AD si basa, oltre che sulle risposte ai test psicometrici e funzionali, anche sulle osservazioni dei familiari e del MMG che, meglio di altri, può rilevare quelle modificazioni "ecologiche" indicative di efficacia della terapia oppure di progressione della malattia, così come le modificazioni funzionali e comportamentali.

- **informare, orientare, indirizzare, sostenere la famiglia** del malato rispetto a:
  1. problemi di gestione dei disturbi comportamentali del malato
  2. corretta somministrazione dei farmaci
  3. immissione nuovi farmaci sul mercato
  4. servizi esistenti (loro ruolo, modalità operative, funzione...)
  5. modalità di attivazione dei Servizi della rete

- in caso di presa in carico da parte della rete dei servizi socio-sanitari per il tramite del Servizio Assistenza Anziani:
  - partecipare agli incontri di valutazione del caso predisposti dall'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), sia in fase iniziale che per le verifiche intermedie.
  - assumere il ruolo di Responsabile Sanitario del Caso nel momento in cui il malato entra nel circuito della rete dei Servizi, cioè presidiare i bisogni del malato, per quanto gli compete, integrandosi con il Responsabile Sociale del caso previsto dalla LR 5/94

<u>Percorso e strumenti da utilizzare in caso di sospetto diagnostico di deterioramento cognitivo</u>

E' necessario che in modo omogeneo su tutto il territorio regionale i MMG utilizzino strumenti semplici, comuni e validati da utilizzare nel caso di sospetto diagnostico per confermare l'esistenza o meno di un deterioramento cognitivo e inquadrarlo nei criteri che definiscono le sindromi demenziali.

1. Il MMG nel caso in cui venga alla sua osservazione un soggetto del quale i familiari denunciano una modificazione del comportamento o delle funzioni cognitive precedentemente osservabili indagherà la presenza del deficit cognitivo attraverso una **checklist** di domande (delle quali si da una possibile indicazione) :

- La persona ha difficoltà ad apprendere e ricordare nuove informazioni ? E' più ripetitivo, ha problemi a ricordare il contenuto di recenti informazioni, eventi, appuntamenti? Perde frequentemente oggetti, per esempio le chiavi di casa?
- Ha presentato episodi confusionali acuti in corrispondenza di cambi di ambiente o durante una ospedalizzazione?
- Ha difficoltà ad eseguire compiti complessi ad esempio ad effettuare attività che richiedono più fasi in sequenza (preparare un pasto ad es.), tralascia o non porta a completamento le attività domestiche?
- Ha difficoltà nella guida di autoveicoli o nel trovare la via di casa? Si è perduto in luoghi non familiari ? Non è in grado di sapere che giorno è o in che mese siamo ? Dimentica di ritirare la pensione o si reca insistentemente presso gli uffici postali per ritirarla ?
- Ha difficoltà a mantenere il filo del discorso, a trovare le parole per esprimersi? Ha difficoltà a denominare oggetti comuni e li indica con "il coso", "la cosa" o con giri di parole?
- Appare più passivo, meno coinvolto nelle attività familiari ? E' più irritabile del solito, è diventato sospettoso, talora fa accuse infondate?

2. Nel caso che una o più delle aree cognitive rilevate nel primo colloquio informale presentino deficit il MMG:

a) verifica inoltre che il sospetto di deterioramento cognitivo sia inquadrabile nell'ambito delle sindromi demenziali in quanto rispetta i criteri del DSM IV per la diagnosi di demenza,
b) valuta la comorbilità,
c) raccoglie i dati relativi al trattamento farmacologico in atto e del semestre precedente,
d) invia il paziente al Consultorio/centro esperto per le demenze di riferimento, in base alla residenza del paziente, per gli approfondimenti del caso e l'eventuale impostazione terapeutica.

➢ Le Aziende USL promuovono momenti formativi specifici per l'utilizzo della scala MMSE. A detti momenti formativi possono partecipare anche i medici di medicina generale che intendano assicurare ai propri assistiti anche una breve valutazione cognitiva. Il MMG adeguatamente formato può sottoporre il soggetto ad una breve valutazione cognitiva tramite la somministrazione di MMSE o SPMSQ (da utilizzarsi in caso di soggetto analfabeta o con cecità o grave ipovisus).

Un punteggio al MMSE (corretto per scolarità ed età) = < 26 deve indurre ad un approfondimento diagnostico con invio al Consultorio/Centro esperto per le demenze.
E' naturalmente facoltà del MMG sottoporre ad approfondimento diagnostico anche soggetti con MMSE non patologico nei quali il Medico ravvisi comunque un deficit delle funzioni cognitive.
Si ritiene che lo stesso percorso diagnostico e gli stessi strumenti debbano essere utilizzati anche dai Medici di Struttura presenti nei Servizi Residenziali per anziani.

I MMG e i Medici di Struttura verranno formati all'utilizzo degli strumenti e all'esecuzione del protocollo diagnostico attraverso momenti formativi per i quali la Regione fornirà indicazioni specifiche, come previsto nel Progetto regionale demenze.
In ambito formativo saranno fornite informazioni anche su:

* quali esami strumentali e laboratoristici sono utili e/o necessari nell'iter diagnostico
* come e perché è importante valutare la comorbilità
* importanza di una corretta anamnesi farmacologica relativa al malato
* acquisizione strumenti comprensione delle modalità reattive dei familiari del soggetto demente
* come informare e orientare e sostenere la famiglia del malato.