

L'ASSISTENZA AL PAZIENTE DEMENTE. ACCORDO A MODENA CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Esperienze
e ricerche
in Medicina
Generale

ROBERTO DE GESU, GUIDO FEDERZONI*, GAETANO FELTRI**, ANDREA SPANÒ***

Medico di Medicina Generale, Geriatra, Responsabile Coordinamento Sanitario RSA "Cialdini" di Modena;

* Coordinatore Geriatrico Progetto Anziani, Modena; ** Medico di Medicina Generale, Geriatra;

*** Responsabile UO Cure Primarie, Distr. Pavullo (Mo)

La comparsa di una popolazione fortemente senescente pone una enorme quantità di problemi sia in materia di "care" che di "cure". Nella regione Emilia-Romagna vengono stimati circa 50.000 casi di demenza, dei quali 20.000 affetti da malattia di Alzheimer, 11.000 da demenze vascolari ed il rimanente da altre forme, con una incidenza annua di circa 8.600 nuovi casi. Tale situazione fa di questa patologia una delle più onerose dal punto di vista sociale. "La configurazione che lo stato di malattia assume nella sintomatologia è poliedrica e a tal punto polivalente da richiedere la messa in opera di competenze e risorse di più settori" (Salsi).

A tal fine la delibera Regionale 30/12/99 "Progetto Regionale Demenze" e il "Progetto Cronos" sottolineano la necessità da un lato della diagnosi precoce dei problemi cognitivi, dall'altro di un approccio integrato tra operatori sanitari e tra servizi sanitari e sociali che garantisca la continuità assistenziale in tutte le fasi della malattia.

COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Anche se attualmente inguaribili, le demenze sono "curabili", nel senso che molto è possibile fare per "prenderci cura" - nel suo percorso di progressione della malattia - del soggetto demente che ha diritto a ricevere una diagnosi almeno sindromica il più precocemente possibile. La demenza è una patologia acquisita, persistente, progressiva ed irreversibile delle funzioni intellettive di entità tale da pregiudicare la vita autonoma (DMS IV).

La sua valutazione avviene per stadi diversi:

- riconoscimento dell'esistenza del deterioramento cognitivo ed il rispetto dei criteri per la definizione di demenza;
- necessità di chiarirne l'origine una volta che sia stata identificata;
- definizione della severità del danno, della componente familiare e di quella ambientale al fine di impostare la terapia e pianificare gli interventi assistenziali.

L'insorgenza subdola fa sì che il Medico di Medicina Generale funga da primo valutatore e pertanto è l'unico in grado di effettuare una up-regulation dell'afferenza al Centro Esperto per le demenze, individuato come titolare dell'intervento di approfondimento diagnostico, cui inviare il paziente quando necessario.

È necessario, però, che i Medici di Medicina Generale 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.

La valutazione multidimensionale permette una maggiore uniformità nella valutazione e quindi facilita il confronto e la verifica. È importante mantenere e affinare anche le più tradizionali modalità di valutazione basate sulla semiotica medica, il colloquio clinico e quello sociale che meglio colgono la specificità di ciascuna singola situazione. Questi indici vanno raccolti in collaborazione fra tutti gli operatori sanitari e sociali in modo da arrivare ad una valutazione comune e condivisa che sia frutto delle diverse componenti.

L'intervento del Medico di Medicina Generale è rivolto a tutti i pazienti con problema cognitivo di qualsiasi origine e può essere schematizzato in tre fasi distinte. Vengono di seguito delineate queste tre fasi e precisati solo i compiti, attribuiti al MG dal presente accordo, che vanno oltre l'approccio clinico al paziente e alla famiglia che fa parte della normale pratica del Medico di Medicina Generale.

SOSPETTO DIAGNOSTICO E AVVIO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE

- Somministrazione al familiare di riferimento dell'SDS (Questionario per lo Screening delle Demenze).
- Somministrazione al paziente del MMSE (*Mini Mental State Examination*) per la valutazione dello stato cognitivo.
- In caso di risultati compatibili con problema cognitivo:
- Valutazione degli esami ematochimici di routine che prevedano anche VES TSH vit. B12, folati, sierologia per lue, urine, ECG e RX torace.
- Valutazione comorbilità mediante scala ISM.
- Valutazione dell'autosufficienza mediante scala ADL (o equivalenti).
- Consegna ai familiari di una scheda sui punti informativi e di accesso ai servizi.
- Segnalazione diretta al servizio sociale secondo una modalità concordata a livello di distretto dei casi di maggiore rilevanza sociale.

- Incontro con gli operatori del sociale per la formulazione di un programma integrato di intervento, ove richiesto dalle condizioni del caso.
- Invio ai Centri Specialistici, con la documentazione sopra indicata, dei pazienti con problematiche diagnostiche (prima diagnosi, rivalutazioni resesi necessarie ...) o terapeutiche (Cronos, effetti indesiderati da farmaci, disturbi del comportamento ...).

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE

a) Per tutti i pazienti con demenza. Rivalutazione annuale comprendente:

- valutazione dello stato cognitivo mediante MMSE;
- valutazione della comorbidità mediante scala ISM;
- valutazione dell'autosufficienza mediante ADL (o strumento analogo);
- valutazione clinica della situazione familiare e dello stress del care giver;
- valutazione della necessità di intervento sociale e eventuale segnalazione (come sopra).

b) Per i pazienti "Cronos" o comunque al termine della presa in carico specialistica. Oltre a quanto già previsto al punto a):

- eventuale prescrizione farmaci inibitori della colinesterasi come da programma specialistico;
- segnalazione effetti collaterali tramite il normale circuito di farmacovigilanza;
- invio per controllo ai Centri specialistici alle scadenze previste e per eventuali problemi intercorrenti.

ATTIVAZIONE E GESTIONE ADI O ATTIVAZIONE DI ALTRI PERCORSI ASSISTENZIALI

- Valutazione dei requisiti per l'attivazione di un programma di assistenza domiciliare (difficoltà a raggiungere i luoghi di cura, comorbidità, necessità di un programma di cura). Come criterio aggiuntivo per il demente va tenuto presente che determinati programmi integrati possono essere opportunamente attuati solo prevedendo l'intervento degli operatori a domicilio.
- L'assistenza domiciliare al demente deve necessariamente essere ADI in quanto la demenza richiede un approccio integrato indipendentemente dallo specifico bisogno assistenziale al momento dell'avvio del programma.

PROCEDURA

Tutti i Medici di Medicina Generale della AUSL di Modena sono stati formati sulle modalità di esecuzione

dei test descritti e sull'approccio comportamentale al paziente demente. Nelle procedure previste dal presente accordo rientrano tutti i pazienti con punteggio alla SDS superiore a 6 e MMSE inferiore a 27 inquadrabili in una diagnosi di sospetta demenza di qualsiasi origine e in qualsiasi stadio della malattia, con particolare attenzione alla diagnosi precoce. Per i pazienti con demenza già accertata, la valutazione iniziale può essere semplificata, omettendo l'SDS, mentre gli accertamenti biomorali e strumentali saranno eseguiti secondo necessità clinica.

In caso di invio specialistico, il Medico di Medicina Generale invia il paziente corredato di tutti gli accertamenti eseguiti, compresa copia delle scale di valutazione. Per ogni paziente attivato, il Medico di Medicina Generale fornisce al Distretto una scheda riepilogativa riportante i risultati della prima valutazione (Modulo A). In occasione della rivalutazione annuale, il Medico di Medicina Generale compila una seconda scheda riepilogativa (Modulo B). L'Azienda USL si impegna ad elaborare i dati raccolti in modo da fornire annualmente un quadro complessivo delle caratteristiche dei pazienti e dell'assistenza fornita. L'ADI, fatte salve le specificazioni esposte sopra, è già oggetto di accordi nazionali, regionali e aziendali a cui si fa riferimento.

ASPETTI ECONOMICI

Al Medico di Medicina Generale viene riconosciuta una quota di attivazione (consegna Modulo A) e una diversa quota di rivalutazione (consegna Modulo B).

IMPLEMENTAZIONE E VERIFICHE

Parte integrante di questo accordo è la costituzione di un gruppo un "gruppo permanente" costituito da referenti aziendali e rappresentanti delle organizzazioni maggiormente rappresentative della Medicina Generale con le seguenti finalità:

- valutare periodicamente l'adeguatezza degli strumenti utilizzati e formulare eventuali proposte di modifica (modulazione degli strumenti valutativi rispetto alla gravità dei pazienti);
- definire percorsi e strumenti per valutare annualmente i dati raccolti in connessione con il servizio di Epidemiologia del Dipartimento di Prevenzione;
- contribuire allo sviluppo di eventuali programmi domiciliari specifici per il demente;
- formulare proposte per rendere l'intervento del Medico di Medicina Generale più aderente alle necessità dei pazienti e delle famiglie.