

**ACCORDO AZIENDALE TRA AUSL di MODENA e MEDICI DI MEDICINA GENERALE  
PROTOCOLLO  
PER LA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON ALTERAZIONI COGNITIVE E DELLE LORO  
FAMIGLIE, DA PARTE DEI MMG E DEI CENTRI DI VALUTAZIONE DEI DISTURBI COGNITIVI**

### **Premessa**

- La responsabilità e la gestione complessiva del soggetto affetto da disturbi cognitivi o condizioni correlate e della sua famiglia trova nel MMG il naturale interlocutore, trattandosi di patologia molto diffusa, ad alta cronicizzazione, con interazioni molto rilevanti con altre patologie tipiche dell'anziano e con i bisogni assistenziali complessi che ne derivano.
- La presa in carico di questi pazienti richiede per altro una interazione fra vari soggetti ed una rete di servizi ed opportunità che permetta di dare risposte adeguate alle varie fasi di malattia
- I centri di valutazione hanno una funzione specialistica di 2° livello, che deve consolidarsi come tale e sempre più devono svolgere una attività consulenziale più che di presa in carico e gestione del paziente. Il protocollo attuale avrebbe l'intenzione di aumentare l'appropriatezza dell'accesso in modo da avere una maggiore possibilità di:
  - contenere i tempi di valutazione con un maggiore dialogo con il MMG;
  - svolgere un effettivo ruolo di consulenti ai MMG con particolare riferimento alle situazioni di "emergenza" quali per esempio: stati di agitazione, insonnia, deliri acuti ecc.;
  - valutare con maggiore attenzione gli aspetti complessivi del paziente rimandando al MMG sia un inquadramento diagnostico sia un suggerimento per un progetto terapeutico adeguato alla situazione non solo in senso farmacologico.
- La diagnosi precoce degli stadi iniziali del deficit cognitivo o delle forme di "mild cognitive impairment" o di altre patologie organiche cerebrali con impatto sul comportamento e sul livello funzionale acquista particolare importanza in quanto rende possibile influire positivamente sulla evoluzione naturale della malattia sia agendo sulla componente biologica sia sulla gestione complessiva del paziente, con l'attuazione di interventi mirati farmacologici e non farmacologici come la riabilitazione cognitiva e il supporto alla famiglia
- I cinque anni dall'inizio del Progetto Regionale Demenze sono stati particolarmente intensi nella nostra Provincia sia per la formazione che per lo sviluppo della rete dei servizi. La capacità di individuazione e di gestione di questa malattia è ad un livello elevato rispetto alla media regionale con appropriatezza buona di invio ai centri esperti sempre rispetto alla comparazione dei dati regionali

### **Protocollo operativo**

#### ***Prima presa in carico da parte del MMG***

Possono verificarsi più situazioni:

1. Paziente con patologia all'esordio, mai studiato prima
2. Paziente in stadio avanzato, con comorbilità alta

Si ritiene sia opportuno sottolineare che l'aspetto principale del riconoscimento del disturbo cognitivo nasce dalla conoscenza anamnestica del paziente e del contesto di vita. Questo è il dato fondamentale da trasmettere al Centro di 2° livello per l'approfondimento diagnostico successivo.

#### **1. Paziente con patologia all'esordio, mai studiato prima**

**Nel sospetto di disturbo cognitivo il MMG esegue una diagnostica differenziale di primo livello che comporta:**

Intervista (anamnestica) con la persona e con il familiare mirata sulla sintomatologia caratterizzante la sospetta patologia in forma strutturata SDS

La valutazione multidimensionale, a discrezione del medico, è un aiuto alla conferma del sospetto diagnostico, fa parte del bagaglio culturale del medico (MMSE, GDS 5item, ...)  
Valutazione della funzioni residue e della autosufficienza (IADL per chi è in fase iniziale, ADL per chi presenta una situazione più compromessa)

Se si conferma il sospetto iniziale, si approfondisce il percorso diagnostico con la valutazione di:

<b>Routine ematica, B12, Funzionalità tiroidea</b>
ECG
TAC cerebrale (in dischetto) previa attivazione di un percorso facilitato e condiviso (caratteristiche che saranno condivise con i neuroradiologi: senza MDC, con indice di vascolarità e calcolo RWTH, indice di atrofia temporale)

Se il medico assume la decisione di inviare il paziente al centro di valutazione, l'invio avviene con:

<b>- SDS in copia</b>
<b>- lista dei problemi, comorbidità e motivi anamnestici per l'invio,</b>
<b>- foglio di terapia, intolleranze</b> per quanti hanno la cartella computerizzata (o una certificazione medica in cui si indicano: problemi sanitari e assistenziali, terapie in atto e intolleranze)
<b>- esami di laboratorio, TAC</b>
<b>- modulo A (parte A1) compilato dal MMG per le parti indicate e che il Centro completerà</b>
<b>- richiesta su ricettario a lettura ottica</b>

Il Centro conferma o meno il sospetto diagnostico con le metodologie condivise e indica una linea di approccio terapeutico e di utilizzo della rete dei servizi, che potrà essere:

- farmacologica
- riabilitativa (non farmacologica, ambientale...)
- socio-assistenziale
- supporto alla famiglia (con la collaborazione dello psicologo)
- contatto con il mondo del volontariato, centri di ascolto.

Il centro invia al MMG la documentazione della persona in copia in un cartella che verrà predisposta a livello Aziendale /Distrettuale e che accompagnerà il paziente le eventuali visite per invalidità, assegno di cura, servizi attivabili

Vengono prese in carico da parte del MMG anche le persone per le quali si ipotizza un <b>disturbo cognitivo lieve</b> per un controllo <b>almeno</b> semestrale.
--

Il MMG riceve dal centro il modulo A completato e lo consegna "tempestivamente" al Distretto di competenza.

**Il ritorno del paziente al MMG comporta che si avvii un dialogo tra il curante ed il centro ed in particolare si individuano queste modalità:**

- se il paziente è in trattamento con farmaci che richiedono il piano terapeutico viene strutturato un rapporto fra MMG e Specialista per la conferma periodica della prescrizione attraverso una via che privilegi il mantenimento di una traccia scritta:

- posta elettronica con scambio di e.mail
- via fax

Nell'ottica di questa stretta collaborazione sarà utile definire un protocollo a livello aziendale, ad uso del MMG, che serva da promemoria per la valutazione sia degli effetti collaterali dei farmaci che clinica.

Nella lettera di dimissione al MMG da parte del centro deve chiaramente essere specificata la data del rinnovo dell'eventuale piano terapeutico per permettere al MMG di controllare gli eventuali effetti avversi della prescrizione e consentire un giudizio clinico.

**Il MMG potrà attivare un contratto ADI per le persone non ambulanti.**

**Il centro di valutazione dei disturbi cognitivi metterà a disposizione la possibilità di consulenze anche domiciliari / strutture richieste dal MMG in caso di comparsa di elementi nuovi (disturbi comportamentali, difficoltà di**

**gestione sanitaria, ...)**

Nota: la visita dello specialista a domicilio si configura come

- un intervento puntuale,
- su richiesta motivata della impossibilità di raggiungere il centro da parte della persona o dei famigliari,
- come funzione fortemente legata all'attività del centro
- come un consulto e quindi con la presenza di norma del medico richiedente e dello specialista

- È opportuno che il MMG individui rapidamente il care giver principale della persona.
- È pure opportuno che quanto prima il MMG provveda alla segnalazione del caso al Servizio Sociale per eventuali supporti.

**2. Paziente in stadio avanzato di deficit cognitivo o con Comorbilità prevalente**

Se il paziente è già in **uno stadio avanzato di disturbo cognitivo**, con storia datata da lungo tempo di patologia cognitiva, e

- **presenta una comorbilità importante** e prevalente rispetto al resto;
- **oppure** ha già fatto un percorso parallelo, **secondo criteri condivisi**, di diagnosi certa (es pazienti in residenza);
- o in caso di cambio del medico;
- o in caso di trasferimento da altra sede,

il MMG compila **direttamente** il modulo di prima presa in carico A (parte A2), eseguendo la testistica e gli esami importanti:

- **comorbilità** prevalente sulla patologia cognitiva (elencazione di patologie)
- **MMSE**
- **Esami del sangue** come al punto 1 se non già fatti
- **Valutazione** della non autosufficienza con ADL
- **eventuale attivazione** di trattamenti con antipsicotici atipici previa consulenza anche domiciliare
- **condivisione** con la famiglia o con la struttura di un piano assistenziale
- **eventuale** attivazione di consulenza per quesiti specifici.

Tutta la documentazione concernente il disturbo cognitivo viene raccolta in una cartella predisposta dal Distretto che può essere utilizzata dal paziente per controlli e visite per benefici economici e servizi alla persona

**In generale il MMG e lo specialista in modo integrato si fanno carico di comunicare la diagnosi e la prognosi al paziente ed ai familiari.**

***Follow up dopo conferma diagnostica del centro***  
(dopo la presentazione del modulo A1 che A2)

Il MMG concorda con la famiglia ed il paziente una sorta di **contratto di cura** in cui vengono dichiarate le opportunità che il MMG può mettere in campo per seguire il paziente.

Verrà predisposto un foglio con allegate le informazioni che in ogni distretto sono disponibili per la gestione della persona ammalata e delle sua famiglia e quanto il medico di MG si impegna a fare.

Il MMG lascia via via presso il paziente la copia delle documentazione concernente il disturbo cognitivo, in un contenitore predisposto dal Distretto.

Il follow up per il MMG prevede una gestione clinico/assistenziale della persona ed il monitoraggio di eventuali piani terapeutici. In caso che il centro stabilisca la **prescrizione di farmaci con piano terapeutico**, si ribadisce che **è da privilegiare il rapporto tra specialista e MMG piuttosto che tra specialista e famiglia**, come già determinato nella fase di primo invio.

Ad uso del MMG viene predisposto un piccolo manuale anche in CD per l'utilizzo delle scale di valutazione

**Il MMG verifica nel tempo la progressione della malattia con strumenti condivisi che faranno parte del modulo B**

- MMSE
- valutazione dei disturbi emotivo-affettivi che possono richiedere un intervento farmacologico - ambientale, (disturbi che influiscono sensibilmente sul quadro clinico) e sul livello funzionale e sulla tenuta della famiglia. Verrà data una griglia di monitoraggio per i disturbi comportamentali.
- IADL
- ADL

- Farmaci
- Uso dei servizi
- Contatto con servizio sociale

**In caso di dimissione con piano terapeutico:**

Visita del curante con periodicità concordata con il centro per la continuazione o meno del trattamento secondo uno schema concordato per la valutazione degli effetti collaterali dei farmaci.
Valutazione multidimensionale per il monitoraggio della malattia e delle abilità da farsi con intervalli tra i 6 e 12 mesi ( MMSE, ADL o IADL, ...)

**In caso di dimissione senza piano terapeutico:**

Visita del curante secondo le esigenze della persona e concordate con la famiglia.
Valutazione multidimensionale per il monitoraggio della malattia e delle abilità da farsi con intervalli tra i 6 e 12 mesi (MMSE, ADL o IADL).
Eventuali necessità di contatto con il centro da valutare caso per caso.

Il MMG può avvalersi nel followup della consulenza del Centro di Valutazione per:

- Per una valutazione del quadro clinico e del progetto assistenziale complessivo
- la gestione dei farmaci anticolinesterasici, neurolettici, per la rivalutazione del piano terapeutico (confronto fra medici/specialista, secondo modalità concordate e possibili anche rispetto alle norme, e/o visita del paziente .)
- disturbi del comportamento
- rivalutazione dell'appropriatezza del piano terapeutico
- problematiche intercorrenti
- invio della famiglia per supporto psicologico può essere fatto direttamente dal MMG che valuta la necessità di questo servizio sulla base di criteri condivisi

Inoltre nel follow up devono essere inseriti:

- Programma terapeutico/assistenziale che segua nel tempo l'evolvere della malattia, gestione delle patologie associate, prevenzione terziaria e ove possibile riabilitazione e rallentamento dell'evoluzione della demenza
- Segnalazione all'assistente sociale per l'attivazione di servizi domiciliari o strutture semiresidenziali o residenziali
- Rapporto con la famiglia, sue esigenze di conoscenza, informazione, indirizzo alla scelta dei servizi, di eventuale supporto psicologico con percorso presso lo psicologo, rapporto con i centri di ascolto

Sia il Centro che il MMG devono avere conoscenza della rete dei servizi attivabili nelle proprie aree di attività:

- Assistenza Domiciliare
- assegno di cura
- supporto psicologico alle famiglie
- centro di ascolto
- volontariato
- Centro Diurno
- Residenze

Sarà opportuno preparare per i singoli Distretti materiale informativo da tenere presso gli ambulatori e da dare ai pazienti ed alle famiglie, anche con la collaborazione delle associazioni dei famigliari.

***La sintesi annuale del follow up viene riassunta nella compilazione del modulo B***

<b>Per quanto attiene la comparsa dei disturbi comportamentali, oltre che il riferimento al centro di valutazione per i disturbi cognitivi, è da tenere in considerazione la possibilità di attivare il centro di salute mentale soprattutto nelle situazioni di acuzie o dirompenti, che possano richiedere un tempestivo intervento.</b>
--

**Aspetti economici, decorrenza e validità**

Al MMG viene riconosciuta una quota di attivazione pari a euro 95,00 per la consegna del modulo A ed una quota di rivalutazione pari a euro 150 per la consegna del modulo B, allegati al presente accordo.  
Le parti concordano che il presente accordo ha validità per il biennio 2007-2008.

su delega del Direttore Generale dell'Azienda USL di Modena  
Dott. Giuseppe Caroli  
IL RAPPRESENTANTE DELLA PARTE AZIENDALE  
*Dott. Angelo Vezzosi*

IL RAPPRESENTANTE DELLA PARTE MEDICA FIMMG  
*Dott. Ghassan Daya*

Modena