

Modello Operativo per il rilievo di deterioramento cognitivo

Il Modello Operativo si basa su un approccio alla patologia secondo il modello del “case finding” e non dello screening in quanto questa modalità non ha dimostrato un rapporto costo/efficacia adeguato e sostenibile (Ashford, J. W., *et al.* 2007, Brayne C, *et al.*, 2007).

L’algoritmo del modello si sviluppa su tre tappe successive :

1. **presentazione - “case finding”**: formare i MMG a valutare sempre accuratamente nei **pazienti ≥ 50 anni come possibili segni di deterioramento cognitivo** :
 - a) la sintomatologia riferita dal paziente di **amnesie anche solo soggettive, e/o disturbi del comportamento e/o alterazioni funzionali** (Boockvar K, *et al.* 2008, Wilson, R. S. *et al.*, 2010); il questionario Symptoms of Dementia Screener (SDS), che viene usato quando il familiare per primo riferisce di avere riscontrato un “cambiamento” nel paziente, fornisce una lista completa delle alterazioni mnesiche e/o comportamentali e/o funzionali caratteristiche dell’esordio del deterioramento cognitivo (Mundt *et al.*, 2000);
 - b) **il comportamento del paziente durante la visita medica alla ricerca di alterazioni funzionali** (ad es.: verificare la corretta assunzione della terapia farmacologica, sospettare difficoltà di gestione della terapia farmacologica in seguito a instabilità clinica della pressione arteriosa, diabete, INR *etc.*) **e/o comportamentali (depressione)**;
 - c) la sintomatologia sopraindicata e riferita da familiari e conoscenti nel caso frequente di assenza di consapevolezza (insight) della sintomatologia da parte del paziente. Se assente il familiare-conoscente potrà essere intervistato successivamente, se comunque impossibilitato potrà essere contattato telefonicamente.
2. **valutazione**: qualora al paziente possano riferirsi **amnesie, anche solo soggettive, e/o disabilità e/o disturbi del comportamento**, somministrare brevi test per le funzioni cognitive. Il **GPCog** (www.gpcog.au.com) appare il più completo in quanto esamina sia lo stato cognitivo (sezione A - Valutazione del paziente) che lo stato funzionale del paziente (sezione B - Intervista al familiare/conoscente) (Brodaty, H. *et al.* 2002, Pirani A. *et al.* 2010, Milne, A. *et al.* 2008). In base al punteggio riportato nella sezione A - Valutazione del paziente, il paziente potrà essere classificato nelle tre seguenti possibilità :
 - a) punteggio 9/9 (8/9 tollerato se Clock Drawing Test corretto e Intervista al Familiare con punteggio 6/6) :“disturbo mnesico soggettivo” (Reisberg B. e Gauthier S., 2008) non rilevante rispetto alla normale conduzione della vita del paziente per le AADL e IADL e quindi definito “benigno”; interessa fino ad oltre il 50 % dei pazienti il 7 % dei quali può evolvere verso una demenza pre-clinica (MCI) e quindi è consigliabile ripetere il test una volta all’anno; il MMG deve riservare particolare attenzione anche in questi pazienti all’insorgenza di “depressione” anche reattiva come segnale di un viraggio verso una forma preclinica di deterioramento cognitivo così come ai “single” che non hanno familiari che possano rilevare l’insorgenza di variazioni mnesiche, comportamentali e funzionali;
 - b) punteggio 5-8/9: “deterioramento cognitivo lieve”: quando il paziente rientra in questo range di punteggio, è necessaria la somministrazione della sezione B) del

GPCog cioè il questionario “Intervista al familiare/conoscente” che guiderà l’MMG nel dirimere la condizione del paziente :

- punteggio 4-6: probabile deterioramento cognitivo preclinico (MCI) per cui si consiglia monitoraggio semestrale del paziente mediante ripetizione del GPCog;
 - punteggio 3-0: probabile deterioramento cognitivo lieve per cui si consiglia approfondimento diagnostico;
- c) punteggio < 5/9 : “deterioramento cognitivo moderato – grave”: non è necessario somministrare la scala B) “Intervista al familiare/conoscente e si procede con l’approfondimento diagnostico.

3. approfondimento diagnostico: l’approfondimento diagnostico di solito viene svolto presso le Unità di Valutazione Alzheimer / Centri per i Disturbi Cognitivi. Per favorire la diagnosi differenziale e l’inquadramento della comorbidità, l’MMG può previamente eseguire :

- TC encefalo senza mdc,
- ECG;
- indagini di laboratorio (emocromo, funzionalità epato renale; assetto metabolico glucidico e lipidico, Tsh reflex, B12, folato, vitamina D)
- stampa cartella clinica in cui siano riportate le tutte patologie del paziente in particolare le patologie psichiatriche, malattie del SNC anche infantili, traumi cranici ed il prospetto della terapia farmacologica.

Bibliografia

- Ashford, J. W., et al.** (2007). Should older adults be screened for dementia? It is important to screen for evidence of dementia ! *Alzheimer’s & Dementia*, 3, 75-80.
- Boockvar K, Shay K, Edes T, Stein J, Kamholz B, Flaherty J, Morley J, Shaughnessy M, Bronson B, Shapiro R.** (2008). The mental status vital sign. *J Am Geriatr Soc*; 56:2358-9.
- Brayne C, Fox C, Boustani M.** (2007). Dementia screening in primary care: Is it time? *JAMA*; 298(20):2409-2411.
- Brodaty, H., et al.** (2002). The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *Journal of the American Geriatric Society*, 50, 530-534.
- Milne, A., Curverwell, A., Guss, R., Tuppen, J. and Whelton, R.** (2008) Screening for dementia in primary care: review of the use, efficacy and quality of measures. *International Psychogeriatrics*, 20, 911-926.
- Mundt, J. C., Freed, D. M., Greist, J. H.** (2000) . Lay Person–Based Screening for Early Detection of Alzheimer’s Disease: Development and Validation of an Instrument. *Journal of Gerontology:Psychological Sciences*; Vol. 55B, No. 3, P163–P170.
- Pirani, A., Brodaty, H., Martini, E., Zaccherini, E., Neviani, F., Neri, M.,** (2010): The validation of the Italian version of the GPCOG (GPCOG-It): a contribution to cross-national implementation of a screening test for dementia in general practice. *International Psychogeriatrics*; 22); 1: 82-90.
- Reisberg B., Gauthier S.** (2008),. Current evidence for subjective cognitive impairment (SCI) as the pre-mild cognitive impairment (MCI) stage of subsequently manifest Alzheimer’s disease. *International Psychogeriatrics* 20:1, 1–16
- Wilson, R. S., Leurgans, S. E., Boyle, P.A., Schneider, J.A. Bennett, D.A.** (2010). Neurodegenerative basis of age-related cognitive decline. *Neurology*, 75, 1070-1078.