

14 Regole essenziali per una buona assistenza al demente in medicina generale (14 Essentials for good dementia care in General Practice *)

Traduzione a cura del Dr. Gabriele Tripi

Presidente AIP Regione Sicilia

Responsabile U.O. Psicogeriatria e Alzheimer - ASP 9 Trapani

gtripi@hotmail.it

1. Quando il paziente o la famiglia riferiscono riguardo a problemi di memoria o cognizione non liquidarli con la frase “è la vecchiaia”.
2. Prestare attenzione al declino cognitivo in pazienti molto anziani soprattutto quelli che hanno superato i 75 anni chiedendo, di routine, se hanno qualche difficoltà cognitive
3. Raccogliere la storia a proposito di attività cognitiva e abilità funzionali da chi è informato: storia clinica, esordio, progressione, farmaci, altre malattie, sintomi comportamentali e psicologici; intervistare le persone informate, chiedere all’accompagnatore dei bisogni, delle ADL e IADL, dell’umore, della capacità di guida, della sicurezza.
4. Effettuare una valutazione cognitiva se qualcosa indica o è sospetta per deterioramento con Mini Mental State Examination - MMSE, il General Practitioner Assessment of Cognition – GPCog o la Rowland Universal Dementia Assessment Scale - RUDAS (per gruppi culturalmente e linguisticamente diversi). Se risultati incerti, ripetere dopo qualche tempo.
5. Condotta l’esame dello stato mentale e fisico cercare specifiche condizioni che mimano la demenza, come depressione, delirium, farmaci o qualsiasi altra cosa che può aggravare la demenza come lo scompenso cardiaco, l’uso di anticolinergici. Attenzionare le abitudini ed i problemi nutrizionali, l’igiene, i problemi sensoriali
6. Investigare sulle cause di declino cognitivo che ricorrono raramente ma sono reversibili come i distiroidismi, i deficit metabolici (calcio o Vit. B12) o i tumori.
7. Diagnosticare le cause escludendo depressione e delirium, diagnostica il tipo di demenza.
8. Riferire allo specialista se: incertezze nella diagnosi, il paziente è giovane o atipico, sintomi e segni sono atipici, occorrono disturbi severi di tipo comportamentale o psicotico, esistono diverse e complesse comorbidità o terapie da tenere in considerazione.
9. Informare pazienti e familiari della diagnosi, piano di trattamento e prognosi.
10. Discutere i problemi chiave con pazienti e familiari rispetto a: problematiche legali, potenzialità della procura a lungo termine o della tutela a lungo termine, piani di assistenza avanzata, guida e lavoro, soprattutto per operatori addetti alle macchine o simili; farmaci per Alzheimer se appropriati, stile di vita (esercizio regolare, stimolazione cognitiva, impostazione di una routine), salute generale, pressione arteriosa, altre condizioni di salute.
11. Sviluppare un piano di assistenza (incluse le problematiche legali e finanziarie) e programmare appuntamenti di follow-up.
12. Indirizzare pazienti e famiglia alle associazioni di familiari o ai servizi per informazioni aggiuntive e supporto
13. Gestire le comorbidità fisiche e psichiche, far mantenere un’ottima salute, essere sempre attenti all’insorgenza di Delirium.
14. Rivalutare con regolarità il piano di assistenza, ri-somministrando il MMSE, il GPCog o la RUDAS.

(*)



The Royal Australian
College of General
Practitioners



Health