



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 5



REGIONE  
LAZIO

REGIONE LAZIO  
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N° 000960 DEL 28 MAG. 2025

STRUTTURA PROPONENTE: UOSD Coordinamento Integrazione Ospedale/Territorio, PDTA e  
Cronicità

Oggetto: Adozione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Demenze

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Filippo Coiro

Favorevole

Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

data, 28 MAG. 2025

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO FF

Dott. Franco Cortellessa

Favorevole

Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

data, 28 MAG. 2025

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

Senza osservazioni

Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: \_\_\_\_\_

Registrazione n. \_\_\_\_\_

del 22.05.2025

Il Dirigente sostituto del Direttore UOC Bilancio e Contabilità  
(Dott.ssa Anna Petti)

[Signature]

Il Dirigente della UOSD proponente, con la sottoscrizione del presente atto a seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico

Il Responsabile UOSD Coordinamento  
Integrazione Ospedale/Territorio, PDTA e Cronicità

[Signature]  
Dott.ssa Brunella Iannone

La UOSD Coordinamento Integrazione Ospedale/Territorio, PDTA e Cronicità relaziona al Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

Ai sensi e per gli effetti della Deliberazione n.933 del 19/07/2019, parzialmente modificata con Deliberazione n.1126 del 10/09/2019, con la quale è stato adottato l'Atto Aziendale pubblicato sul B.U.R.L. n.84 del 17/10/2019 e della deliberazione n.993 del 07/06/2022 con la quale sono state proposte modifiche all'Atto Aziendale approvate con determina regionale G07864 del 16/06/2022 e pubblicate sul B.U.R.L. n.56, suppl.1, del 05/07/2022;

**PREMESSO** che la Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta n. U00474 del 7.10.2015 ha definito le "Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo";

**Visti:**

- la Determinazione Regione Lazio n. G12631 del 29/10/2020, "Regolamento per l'attività dei gruppi di lavoro Area Rete Ospedaliera e Specialistica";
- la Determinazione Regione Lazio n. G15691 del 18/12/2020, "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali-PDTA nella cronicità";
- il DM "Protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la Malattia di Alzheimer", 2000
- il Piano Nazionale delle Demenze-PND (2014)
- il DM "Istituzione del tavolo permanente sulle demenze", 2021, che ha prodotto: ✓ "Linee di indirizzo sui percorsi diagnostico terapeutici-assistenziali per le demenze" ✓ "Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze" ✓ "Linee di indirizzo nazionali per costruire Comunità Amiche della demenza" ✓ "Raccomandazioni per la governance e la clinica delle persone con demenza"
- il DM "Individuazione dei criteri e delle modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze", 2021
- la Det. G01705 "Approvazione del documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le persone con demenza della Regione Lazio"", 2023

**Considerato:**

che le Linee Strategiche di attuazione del Piano Nazionale Demenze- PND prevedono, nell'ambito delle Azioni di Rete, la definizione, valutazione e monitoraggio di modelli organizzativi di rete per l'attuazione dei PDTA

## **PROPONE**

Per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente qui riportate, di:

- 1 Adottare il "**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Demenze**", le cui specificità aziendali sono descritte nel documento omonimo, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione
- 2 Di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on line aziendale ai sensi dell'art.32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69;

Attesta, altresì, che la presente proposta a seguito dell'istruttoria effettuata nella forma e nella sostanza è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Responsabile UOSD Coordinatore Integrazione  
Ospedale / Territorio, PDTA e Cronicità

*[Handwritten signature]*  
Dott.ssa [illegible]

#### IL DIRETTORE GENERALE

Con i poteri di cui al Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00004 del 10/01/2025,

**Vista** superiore proposta di deliberazione formulata dalla UOSD Coordinamento Integrazione Ospedale/Territorio, PDTA e Cronicità, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

**Visto** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario f.f

#### DELIBERA

- di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dalla UOC Affari Generali e Legali
- di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art.32 comma 1 della Legge 18.06.2009, n. 69

Il Direttore Amministrativo

Dott. Filippo Coiro

*[Handwritten signature]*

Il Direttore Sanitario ff

Dott. Franco Cortellessa

*[Handwritten signature]*

Il Direttore Generale

Dott.ssa Silvia Cavalli

*[Handwritten signature]*

La presente deliberazione è costituita da n. 2 pagine e da n. 1 allegato composto da un totale di pagine 34

## **PUBBLICAZIONE**

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede Legale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data: 28 MAG. 2023

**Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali**  
**Avv. Enzo Fasani**

---

**L'addetto alla Pubblicazione**



---

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

**Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali**  
**Avv. Enzo Fasani**

---

Tivoli, \_\_\_\_\_



# PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDТА) DEMENZE



UOSD COORDINAMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO PDТА E  
CRONICITA'

COORD.H.TER\_PR\_002\_2025\_REV\_00



## INDICE:

1. PREMESSA E SCOPO *(pag 3)*
2. EPIDEMIOLOGIA *(pag 3)*
3. RIFERIMENTI NORMATIVI *(pag 4)*
4. RIFERIMENTI SCIENTIFICI *(pag 5)*
5. CRITERI PER LA SCELTA DEL PROBLEMA DI SALUTE E VALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE *(pag 5)*
6. FORMALIZZAZIONE DEL PDTA *(pag 5)*
7. INDIVIDUAZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO *(pag 6)*
8. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI *(pag 6)*
9. BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO *(pag 10)*
10. MODALITA' OPERATIVE DEL PDTA *(pag 11)*
11. MONITORAGGIO DEL PDTA *(pag 20)*
12. PIANO DIFFUSIONE E IMPLEMENTAZIONE DEL PDTA IN CONFORMITA' CON IL PDTA DEMENZE REGIONALE *(pag 22)*
13. RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA *(pag 23)*
14. GLOSSARIO E ACRONIMI *(pag 29)*
15. DIAGRAMMA DI FLUSSO *(pag 30)*
16. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' *(pag 31)*
17. GP-cog: *General Practitioner assessment of Cognition* *(pag 32)*
18. FASE PILOTA E REVISIONI *(pag 34)*



## PDTA Demenze ASL RM 5

### 1. PREMESSA E SCOPO

La demenza è una **sindrome cronica progressiva** che colpisce le capacità sia cognitive, che funzionali del paziente, rappresentando inoltre una priorità per la salute pubblica (OMS). Il PDTA è un modello di presa in carico che prevede il coordinamento strutturato tra i servizi coinvolti nei diversi setting. Il macropercorso definito a livello regionale si declina a livello aziendale anche attraverso l'integrazione con le prestazioni sociali di sostegno al paziente e/o ai familiari e caregivers offerte dagli EELL territoriali.

Nella ASL RM 5 il processo di attuazione dei PDTA è concepito come un'attività dinamica, in cui realizzare il **ciclo P.D.C.A. di miglioramento continuo della gestione della qualità:**

- **Plan:** Pianificazione
- **Do:** Applicazione in via sperimentale di quanto pianificato
- **Check:** Controllo degli esiti e verifica della corrispondenza con quanto pianificato attraverso il monitoraggio degli indicatori e l'audit
- **Act:** Implementazione delle soluzioni che hanno avuto i migliori riscontri

Tale prassi consente di sperimentare sul campo lo schema di PDTA che è stato elaborato, così da verificarne l'impatto e le criticità applicative. In questo modo si intende raggiungere il duplice obiettivo di conformarsi alle indicazioni della Regione, nel garantire l'omogeneità e l'equità dei trattamenti per tutti i pazienti, costruendo de facto un servizio aziendale compatibile con le risorse in essere e la particolare orografia del territorio.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

La demenza rappresenta una grande sfida di salute pubblica con **oltre 50 milioni di persone nel mondo** affette da tale condizione, un nuovo caso di demenza ogni 3 secondi ed un costo globale annuo stimato di 1,3 trilioni di dollari. Tali numeri sono destinati ad aumentare poiché ad una crescita progressiva della prevalenza della demenza, corrisponde un incremento dei costi per l'assistenza e la cura, con una stima ipotizzabile di circa 80 milioni di casi nel 2030 e un costo globale annuo di 2,8 trilioni di dollari (OMS).

**In Europa** la demenza è la **terza causa di morte** (OMS).

**In Italia** si stimano circa **1.100.000** persone con demenza, cui vanno sommate circa **900.000** persone con un deficit cognitivo isolato (Mild Cognitive Impairment-MCI). Il costo totale stimato per l'assistenza alle persone con demenza e MCI è di circa **12 miliardi di euro l'anno**. Tali costi, così come le stime, sono destinati ad aumentare, anche in funzione dell'**andamento demografico** della popolazione residente, che ne evidenzia il



**progressivo invecchiamento** con un aumento della percentuale di persone con età superiore a 65 anni, dal 23% nel 2020 al 34% nel 2050 (fonte dati ISTAT: previsioni demografiche 2005-2050).

**STIME EPIDEMIOLOGICHE NELLA ASL RM 5** (fonte: Det. G01705 "Approvazione del documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le persone con demenza della Regione Lazio"", 2023)

- MCI (MILD Cognitive Impairment, deficit cognitivo isolato) n. 6676 paz.
- MCI (MILD Cognitive Impairment, deficit cognitivo isolato) (50-64 aa) n. 185 paz.
- demenza (≥ 65 aa) n. 6982 paz.
- demenza (≥ 65 aa) + EOD n. 7167 paz.
- demenza lieve n. 3512 paz.
- demenza moderata n. 1935 paz.
- demenza severa n. 1720 paz.

Tutto ciò si inserisce in un quadro complessivo che vede una popolazione di 493.711 al 1 gennaio 2024 (fonte ISTAT), con un **indice di vecchiaia** di 155,3 un **indice di dipendenza anziani** di 31,8 ed un **indice di dipendenza strutturale** di 52,5 con le conseguenti implicazioni socio-sanitarie per i pazienti ed i loro caregivers.

### STIMA DEL FABBISOGNO CDCD NELLA ASL RM 5

Nel PDTA regionale il fabbisogno è stato calcolato per 1900 pazienti in carico a ciascun CDCD. I potenziali pazienti che afferiscono al CDCD sono affetti da MCI (80%) e da demenza lieve e moderata

Casi stimati	Utenza potenziale
10.788	5.394

### 3. RIFERIMENTI NORMATIVI

- DM "Protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la Malattia di Alzheimer", 2000
- Piano Nazionale delle Demenze-PND (2014)
- DM "Istituzione del tavolo permanente sulle demenze", 2021, che ha prodotto:
  - ✓ "Linee di indirizzo sui percorsi diagnostico terapeutici-assistenziali per le demenze"
  - ✓ "Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze"
  - ✓ "Linee di indirizzo nazionali per costruire Comunità Amiche della demenza"
  - ✓ "Raccomandazioni per la governance e la clinica delle persone con demenza"



- DM "Individuazione dei criteri e delle modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze", 2021
- DM 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"
- LR n.6/2012 "Piano regionale in favore di soggetti affetti da malattia di Alzheimer-Perusini ed altre forme di demenza"
- DCA 448/2014 Recepimento dell'accordo Stato-Regioni "Piano Nazionale Demenze-strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze", 2014
- Det. G15691 "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali-PDTA nella cronicità, 2020
- Det. G01705 "Approvazione del documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le persone con demenza della Regione Lazio"", 2023

#### 4. RIFERIMENTI SCIENTIFICI

- WHO Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025
- WHO Global Status Report on the Public Health Response to Dementia 2021
- Raccomandazioni contenute nel progetto ALCOVE (Alzheimer Cooperative Valuation in Europe)
- Raccomandazioni della Joint Action-Act on Dementia
- Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers NICE
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (2017). *Piano d'Azione Globale sulla Risposta di Sanità Pubblica alla Demenza 2017-2025*

#### 5. CRITERI PER LA SCELTA DEL PROBLEMA DI SALUTE E VALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE

- ✓ elevato impatto sociosanitario
- ✓ alta prevalenza e incidenza nella popolazione
- ✓ elevato carico assistenziale
- ✓ elevato impatto sulla qualità della vita
- ✓ elevato impatto sul caregiver
- ✓ elevato impatto economico
- ✓ frequenti complessità clinico assistenziali

#### 6. FORMALIZZAZIONE DEL PDTA

- **Promotore:** Direzione generale ASL RM 5
- **Committente:** Direzione strategica ASL RM 5



- **La formalizzazione del PDTA** Demenze aziendale viene effettuata mediante **atto deliberativo** su proposta formulata dal Resp. UOSD Coordinamento Integrazione Ospedale/Territorio, PDTA e Cronicità, previa preventiva autorizzazione da parte della DSA

## 7. INDIVIDUAZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO

- **deliberazione n. 889 dell'8 maggio 2023:** in accordo con il piano di diffusione ed implementazione del PDTA regionale per le persone con demenza la Direzione Aziendale ha individuato il **Referente Organizzativo** del PDTA Demenze nel Responsabile UOSD Coordinamento Integrazione Ospedale/Territorio, PDTA e Cronicità, Dott.ssa Brunella Iannone ed il **Referente Clinico** del PDTA Demenze nel Responsabile UOSD Neurofisiopatologia e CDCD, Dott.ssa Maria Teresa Palmisani
- **deliberazione n. 1364 del 14 luglio 2023:** l'Azienda ha individuato i componenti del GdL dedicato alla redazione del documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le persone con Demenza" della ASL RM 5
- **deliberazione n. 500 del 17 giugno 2024:** "Modifica Deliberazione Aziendale n. 1364 del 14 luglio 2023. Istituzione nuovo Gruppo di Lavoro per la redazione del "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le persone con Demenza". Il nuovo Gruppo di Lavoro per la redazione del "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le persone con Demenza", è stato individuato in seguito a sostituzione per quiescenza membro del GdL ed integrazione componenti.

### **Membri:**

- Dott. ssa Brunella Iannone, Referente Organizzativo PDTA Demenze, Responsabile UOSD Coordinamento Integrazione Ospedale/Territorio, PDTA e Cronicità
- Dott.ssa Maria Teresa Palmisani, Referente Clinico PDTA Demenze, Responsabile UOSD Neurofisiopatologia e CDCD Diagnostico P.O. Tivoli
- Dott.ssa Giovanna Loria Neurologo titolare dell'incarico "Gestione del PDTA della Demenza" nell'ambito del CDCD Diagnostico P.O. Tivoli, giusta delibera n. 170 del 24 aprile 2024
- Dott.ssa Francesca Priori, Geriatra Referente CDCD Territoriale di Zagarolo
- Dottor Giuseppe Mancini, membro Gruppo di lavoro regionale PDTA Demenze, Logopedista
- Dott. Giuseppe Lanna MMG
- Dott.ssa Sonia Saugo, Dirigente Assistente Sociale, Pianificazione procedure, protocolli, percorsi e Coordinamento Area Assistenti Sociali
- Dott.ssa Lorella Federici, Funzione Organizzativa Percorsi Assistenziali Aziendali e Trasversali e PDTA
- Sig.a Stefania Formoso, Presidente Associazione Alzheimer Uniti Provincia di Roma

## 8. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

### Centri e Strutture coinvolte

Il presente PDTA intende garantire la continuità assistenziale in tutte le fasi di malattia e coinvolge, pertanto, tutti i Servizi/Strutture che concorrono alla presa in carico del paziente e della sua famiglia.



In particolare, il Percorso prevede il coinvolgimento di:

- Medicina Generale (MG)
- Punto Unico di Accesso (PUA) (Distretti sanitari aziendali)
- Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) Diagnostico e Territoriali
- Associazioni pazienti e familiari
- Strutture ospedaliere
- Residenze Sanitarie Assistite (RSA)
- Cure Domiciliari
- Servizi di Salute Mentale
- Servizi di Cure palliative

Al momento non è attivo alcun Centro Diurno aziendale dedicato, per cui tale struttura e le competenze relative verranno inserite nel testo del PDTA ad attivazione avvenuta, in sede di revisione.

**RSA ASL RM 5 accreditate con modulo DCCG:**

- IHG -RSA estensiva DCCG1 : VIA Tiburtina 188, 00012 Guidonia Montecelio (distretto G2)
- HG -RSA estensiva DCCG2 : VIA Tiburtina 188, 00012 Guidonia Montecelio (distretto G2)

Il **coordinamento dei processi di integrazione ospedale-territorio** tra i diversi setting è garantito mediante il sistema delle **Centrali Operative e transitional care**.

In ottemperanza al dettato del **DM 77/2022**, la **COT-A (Centrale Operativa Aziendale)** collabora con le **COT-D (Centrali Operative Territoriali Distrettuali)** al fine di adottare procedure omogenee per il **transitional care**, integrandosi inoltre con **PUA, IFeC/OFeC e UCA**.

Il **coordinamento delle attività sociali dei distretti con i comuni** avviene tramite la figura del **coordinatore per l'integrazione socio-sanitaria**, il quale concorre all'attuazione del Programma delle attività territoriali in base al principio dell'intersectorialità degli interventi, promuovendo inoltre la stipula di Accordi di Programma tra Comuni e ASL.

**Il Punto Unico di Accesso (PUA) dei Distretti sanitari aziendali:**

- ha la funzione di rispondere in maniera **integrata** ai bisogni degli utenti, **interfacendosi con la rete dei servizi**
- L'**obiettivo** cardine del PUA è quello dell'**accoglienza** e della **pre-valutazione dei bisogni** della persona, sociali, sanitari e socio-sanitari e la **contestuale identificazione** del relativo **livello di complessità**.
- Tra le **principali attività** del PUA distrettuale a favore delle persone con demenza, sono comprese:
  - ✓ Attivazioni **CAD**;
  - ✓ Attivazioni **UVMD**;
  - ✓ Rilascio **attestati di vulnerabilità** sanitaria e sociale;



- ✓ **Esenzioni ticket** (per Patologia, per Invalidità);
- ✓ **Istruttoria** pratiche ADI;
- ✓ **Istruttoria** pratiche di richiesta attivazione Servizio Trasporto Disabili;
- Il servizio PUA Socio - Sanitario si affianca al **Segretariato Sociale** che svolge, a livello decentrato, presso la sede distrettuale, funzioni sociali

### Cure Palliative: ADI, Hospice e Simultaneous Care:

Le **cure palliative** sono essenziali per migliorare la qualità della vita del paziente e della sua famiglia attraverso un approccio multidisciplinare.

Tale servizio può essere attivato fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, in affiancamento alle cure attive, al fine di prevenire o attenuare gli effetti del declino funzionale.

La **Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)** prevede l'integrazione con **COT, PUA, ADI e Assistenza Primaria**.

Pertanto è di tutto rilievo il concetto di **Simultaneous Care**: l'introduzione precoce delle cure palliative, anche durante i trattamenti attivi, consente un controllo ottimale dei sintomi e un supporto psicosociale.

#### **Cure Palliative di Base - 1° Livello:**

Le cure palliative di base, fornite tramite l'**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**, comprendono la gestione del dolore, medicazioni, supporto nutrizionale e fisioterapia, per pazienti con **Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) < 0,5**.

#### **Cure Palliative Specialistiche – 2° Livello:**

Le cure specialistiche, destinate a pazienti con **CIA > 0,5 e Karnofsky Performance Status (KPS) ≤ 50**, sono erogate negli **hospice accreditati**, dove si offre un'assistenza intensiva e multidisciplinare in un ambiente dedicato, con stretta collaborazione con i servizi territoriali per la continuità assistenziale.

### Protesica

Mediante la struttura **Protesica** aziendale, vengono forniti i presidi per incontinenza (pannoloni - con percorso dedicato, letti, carrozzine, materassi, placche, sacche, cateteri, etc.) attraverso la compilazione della modulistica regionale di riferimento

Ad oggi il CDCD del Distretto di Palestrina è stato trasferito momentaneamente nel Presidio Sanitario di San Cesareo in quanto nella Casa della Salute di Zagarolo sono in corso i lavori del PNRR.



**Deliberazione di Giunta Regionale n. 711/2024**

**Stato dell'arte dei CDCD nella ASL RM 5:**

Struttura di appartenenza	Comune	Indirizzo	Responsabile clinico	Telefono	e-mail
<b>P.O. Tivoli CDCD Diagnostico</b>	Tivoli	Via Parrozzani, 3	Dott.ssa Maria Teresa Palmisani	0774 3164256	<i>cdcd.tivoli@aslroma5.it</i>
<b>Distretto di Palestrina CDCD Territoriale</b>  <i>trasferito temporaneamente nel Presidio Sanitario di San Cesareo in quanto nella Casa della Salute di Zagarolo sono in corso i lavori del PNRR</i>	Zagarolo	Casa della Salute via Borgo S. Martino	Dott.ssa Francesca Priori	06 95322806	<i>cdcd.cszagarolo@aslroma5.it</i>
<b>Distretto di Colferro Sede distaccata del CDCD Territoriale di Zagarolo</b>	Colferro	Via degli Esplosivi 9/A	Dott.ssa Francesca Priori	06 97097503	<i>cdcd.colleferro@aslroma5.it</i>
<b>Distretto di Monterotondo sede distaccata del CDCD Diagnostico di Tivoli</b>	Mentana	Via Reatina s.n.c.	Dott.ssa Giovanna Loria	06 90075169 0774 3164256	<i>cdcd.mentana@aslroma5.it</i>
<b>Distretto di Guidonia sede distaccata del CDCD Diagnostico di Tivoli</b>	Guidonia	Via dei Pioppi	Dott.ssa Giovanna Loria	07743164256	<i>cdcd.guidonia@aslroma5.it</i>



**L'adeguamento dell'offerta verrà perfezionato in base alle indicazioni che perverranno dalla Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria regionale riguardo gli adempimenti necessari per soddisfare i requisiti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento dei CDCD medesimi.**

#### FABBISOGNO RESIDUO

<b>Fabbisogno CDCD diagnostici</b>	<b>1 (vs 1) da allocarsi nel PO Colferro, come da pianificazione rappresentata nel testo del PDTA Demenze regionale</b>
------------------------------------	---

#### **Professionisti coinvolti**

La presa in carico della persona con demenza prevede un approccio multi-disciplinare e multi-professionale, che vede il coinvolgimento dei diversi professionisti della salute e della integrazione sociosanitaria, a partire dalla composizione del Gruppo di lavoro aziendale che ne ha curato la stesura.

- Medici MG
- Medici CDCD, RSA
- **Neuropsicologi CDCD, RSA (da acquisire)**
- Infermieri CDCD, RSA
- Professionisti sanitari (Fisioterapisti, Logopedisti, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Terapisti occupazionali) CDCD, RSA
- Assistenti Sociali CAD, PUA, CDCD, RSA, Servizi Sociali comunali
- Sanitari P.O. e Servizio Sociale ospedaliero
- Sanitari Servizi Salute Mentale
- Medici, Psicologi, Infermieri, Assistenti sociali Cure Palliative

## **9. BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO**

I pazienti inclusi nel PDTA sono coloro che rispondono ai seguenti criteri clinici per la diagnosi di MCI e delle diverse forme di demenza:

- **Demenza a corpi di Lewy:** *International consensus criteria for dementia with Lewy bodies (Fourth consensus report of DLB consortium 2017)*
- **Demenza fronto temporale:** *International FTD criteria for frontotemporal dementia (progressive non-fluent aphasia and semantic dementia) (Classification of primary progressive aphasia and its variants. Neurology. 2011)*
- *International Frontotemporal Dementia Consortium criteria for behavioural variant frontotemporal dementia (International Frontotemporal Dementia Consortium criteria for behavioural variant frontotemporal dementia 2011)*



- **Demenza vascolare:** *NINDS-AIREN criteria (National Institute of Neurological Disorders and Stroke and Association and Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences) for vascular dementia (NINDS-AIREN criteria 1993)*
- **Malattia di Alzheimer:** *NIA criteria (National Institute on Aging) for Alzheimer's disease (National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimers 2011)*
- **Parkinson demenza:** *Movement disorders Society criteria for Parkinson's disease dementia (movement disorder society task force. 2007)*
- **Malattia di Creutzfeldt-Jakob:** *International criteria for Creutzfeldt-Jakob disease (Validation of Revised International Creutzfeldt-Jakob Disease Surveillance Network Diagnostic Criteria for Sporadic Creutzfeldt-Jakob Disease 2022)*
- **Mild Cognitive Impairment:** *National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease 2011*

## 10. MODALITA' OPERATIVE DEL PDTA



### Aspetti clinici e assistenziali

Il presente PDTA si basa su una logica multi-disciplinare, multi-professionale ed interattiva che interessa i diversi servizi presenti sul territorio e coinvolti nell'assistenza alle persone con demenza e ai loro familiari. Pertanto, per la gestione di un fenomeno complesso come quello delle demenze, sono state individuate le seguenti fasi:

- **fase diagnostica**, distinta in:
  - fase del sospetto diagnostico
  - diagnosi sindromica
  - definizione diagnostica
- **presa in carico**, distinta in base alla **Clinical Dementia Rating Scale (CDR)** in:
  - fase lieve (CDR=0,5-1)
  - fase moderata (CDR=2)
  - fase grave (CDR=3)
  - fase molto grave/terminale (CDR=4,5)

### DAL SOSPETTO DIAGNOSTICO ALLA DEFINIZIONE DIAGNOSTICA

#### Sospetto diagnostico/Diagnosi sindromica

##### Obiettivi

- formulazione sospetto diagnostico



- esclusione deficit cognitivi da altre patologie primarie

#### Servizi coinvolti e loro attività:

- **MG:** invio paz. al CDCD con relazione clinica per diagnosi di sospetta sindrome demenziale conseguente a valutazione esami ematochimici (emocromo, vit B12, ac. Folico, ormoni tiroidei,...), neuroimaging (TAC cerebrale RM), GPCog (General Practitioner assessment of Cognition)
- **CDCD:** valutazione per conferma diagnostica per MCI e per le diverse forme di demenza
- **PO/PS:** valutazione delirium/declino cognitivo come possibile manifestazione di esordio ed eventuale invio al CDCD
- **RSA/Cure Domiciliari** monitoraggio assistiti, valutazione delirium come manifestazione di esordio ed invio al CDCD
- **Servizi Salute mentale:** attivazione case finding di paz. con disturbo cognitivo ed invio al CDCD

#### Definizione diagnostica

Obiettivo: conferma diagnostica

#### Servizi coinvolti e loro attività:

- **MG:** monitoraggio paz. con CDCD
- **CDCD:** diagnosi, test neuropsicologici di I e II livello, relazione clinica al MMG. A livello aziendale non è attualmente possibile effettuare gli esami dei biomarcatori, indicati dalle linee guida attuali, solo per i casi atipici e giovanili nei casi di incertezza e per scopi di ricerca in tutti i casi)

#### Presenza in carico fase lieve

Obiettivo: MCI, demenza lieve CDR=0,5-1

#### Servizi coinvolti:

- **Medicina Generale:** monitoraggio condizioni generali e sintomi, counseling familiare, prevenzione secondaria, il MMG opera in rete con il CDCD di riferimento nella gestione del paziente, si avvale dell'apporto e della consulenza delle Centrali Operative Territoriali (COT) per l'individuazione delle risorse assistenziali più idonee alla presa in carico della persona con diagnosi di demenza confermata, in relazione alle diverse fasi di malattia.
- **CDCD:** prescrizione e monitoraggio farmacologico, monitoraggio condizioni cliniche e funzionali con relazione al MMG. Counseling al caregiver. Contatti Associazioni. Attivazione integrazione socio-sanitaria.
- **OSPEDALE:** attivazione modalità specifiche di accoglienza e gestione del paziente con demenza al Pronto Soccorso/reparto, con accesso consentito anche al caregiver.

#### Presenza in carico fase moderata

Obiettivo: fase moderata di malattia\_CDR=2



Servizi coinvolti:

- **MG:** valutazione condizioni cliniche generali, monitoraggio sintomi, counseling al caregiver (anche sulla tutela giuridica), in rete con CDCD, servizi distrettuali attivati e COT
- **CDCD:** controlli periodici, indicazioni prevenzione secondaria e terziaria, prescrizione e monitoraggio farmacologico, valutazione funzionale, cognitiva e comportamentale, relazione clinica per MMG, valutazione stato nutrizionale, attività informative e formative individuali/gruppo per familiari/caregiver, counseling ai caregiver (gruppi sostegno psicologico, psicoeducazionali, incluso tema tutela giuridica)
- **Ospedale:** collegamento con MMG e CDCD, modalità specifiche di accoglienza e gestione del paz. con demenza in PS/reparto, con accesso consentito al caregiver
- **RSA:** monitoraggio ambiente e contesto, attività riabilitativa occupazionale, fisioterapia, logopedica, psichiatrica individuale/gruppo, mantenimento autonomie, counseling di supporto e orientamento al caregiver, monitoraggio sintomi cognitivi e comportamentali, attività motorie, terapia occupazionale, musicoterapia, arteterapia, terapia di validazione
- **CURE DOMICILIARI:** interventi clinici e psicosociali per il sostegno delle abilità e delle autonomie personali, anche volte ad evitare l'istituzionalizzazione. Supporto e orientamento al caregiver.
- **CP:** hospice e UCP domiciliari collaborano con gli altri servizi per la valutazione dei criteri di accesso alle CP e la gestione dei pazienti
- **SERVIZIO SOCIALE e PUA:** il Servizio Sociale aziendale funge da raccordo tra il sistema sanitario ed il sistema sociale, favorisce la fruizione dei diritti esigibili e l'integrazione tra il privato sociale, le associazioni di volontariato, il servizio civile.

Presa in carico fase grave

Obiettivo: Pazienti in fase grave di malattia CDR=3

Servizi coinvolti:

- **MG:** valutazione condizioni cliniche generali, counseling al caregiver, attivazione Valutazione Multi dimensionale (VMD) e Cure Palliative, interazione con CDCD, AD, CP, COT.
- **CDCD:** controlli clinici periodici neurologici, neuropsicologici, patologie concomitanti, indicazioni di prevenzione secondaria e terziaria, prescrizione e monitoraggio farmacologico, valutazione funzionale, cognitiva e comportamentale, relazione clinica per il MMG, stesura programmi riabilitativi personalizzati in collaborazione con i servizi eroganti, valutazione stato nutrizionale e gestione dell'eventuale disfagia. Attività individuali e/o gruppo con familiari/care giver. Counseling ai caregiver (gruppi sostegno psicologico, psico-educazionali, inclusa tutela giuridica). Attività di mantenimento competenze cognitivo-comunicative, anche tramite ausili, relazione clinica per gli usi consentiti dalla legge
- **Ospedale:** collegamento con MMG e CDCD, modalità specifiche di accoglienza e gestione del paz. con demenza in PS/reparto, con accesso consentito al caregiver
- **RSA:** valutazione funzionale, stesura programmi riabilitativi personalizzati, strutturazione ambiente adeguato per il mantenimento delle abilità conservate, counseling al caregiver, monitoraggio sintomi cognitivi e comportamentali



- **CURE DOMICILIARI:** valutazione funzionale, counseling al caregiver specie per la strutturazione di un adeguato ambiente di vita per il mantenimento delle abilità conservate, prescrizione ausili protesici, raccordo con le CP per la fase di fine vita
- **CP:** cure palliative specialistiche (hospice ed UCP domiciliari), valutazione criteri di accesso alle CP, gestione pazienti in base al livello CDR ed alle concomitanti condizioni cliniche
- **SERVIZIO SOCIALE DELLE CURE INTERMEDIE, SERVIZIO SOCIALE P.O., PUA:** il Servizio Sociale aziendale funge da raccordo tra il sistema sanitario ed il sistema sociale (cure domiciliari e progetti del distretto socio-sanitario-piani di zona). Il segretariato sociale favorisce la fruizione dei diritti esigibili e l'accesso ai servizi territoriali; attraverso il PUA si convoca l'UVM per la presa in carico globale del paziente, la valutazione dell'inserimento in RSA e la condivisione del PAI con gli operatori coinvolti ed il caregiver di riferimento. Promuove l'integrazione tra il privato sociale, le associazioni di volontariato, il servizio civile, con l'attivazione della rete dei Servizi Sociali territoriali

### Presa in carico fase molto grave/terminale

Obiettivo: Pazienti in fase molto grave\_CDR=4-5

#### Servizi coinvolti:

- **MG:** valutazione condizioni cliniche generali, counseling al caregiver, attivazione della Valutazione Multi-dimensionale (VMD) e delle Cure Palliative (CP), interazione con il CDCD, raccordo con AD, CP, ulteriori servizi attivati, COT
- **CDCD:** monitoraggio farmacologico, relazione clinica al MMG, counseling al caregiver anche in relazione ai benefici ottenibili (economici per disabilità gravissima e per sostegno al caregiver, ecc)
- **Ospedale:** accesso al PS o ricovero non appropriati, tranne problematiche acute non gestibili diversamente, modalità specifiche di accoglienza e gestione del paz. con demenza in PS/reparto, con accesso consentito al caregiver
- **RSA:** valutazione funzionale, stesura programmi riabilitativi personalizzati, strutturazione ambiente adeguato per il mantenimento delle abilità conservate, counseling al caregiver
- **CURE DOMICILIARI:** valutazione funzionale, counseling al caregiver specie per la strutturazione di un adeguato ambiente di vita per il mantenimento delle abilità conservate, prescrizione ausili protesici, raccordo con le CP per la fase di fine vita attraverso:
  - controllo e gestione sintomi
  - gestione funzioni conservate
  - supporto fisioterapico
  - counseling e supporto psicologico ai familiari
  - idratazione e nutrizione
  - rilevazione e gestione del dolore
  - prevenzione e gestione lesioni da pressione, decubito
  - gestione di sintomi refrattari con sedazione
- **CP: cure palliative specialistiche (hospice ed UCP domiciliari),** valutazione criteri di accesso alle CP, gestione pazienti in base al livello CDR ed alle concomitanti condizioni cliniche,
  - controllo e gestione sintomi
  - gestione funzioni conservate
  - supporto fisioterapico



- counseling e supporto psicologico ai familiari
- idratazione e nutrizione
- rilevazione e gestione del dolore
- prevenzione e gestione lesioni da pressione, decubito
- gestione di sintomi refrattari con sedazione
- **SERVIZIO SOCIALE DELLE CURE INTERMEDIE, SERVIZIO SOCIALE P.O., PUA:** attivazione percorsi integrati per il mantenimento della persona nel suo ambiente di vita, partecipazione alle UVM distrettuali per erogazione e monitoraggio contributi disabilità gravissima e /o richieste di ricovero in RSA/hospice

## LA PREVENZIONE

Le attività di **prevenzione (primaria, secondaria e terziaria)** sono modulate rispetto alla presenza/assenza di malattia e, a seguito della conferma diagnostica, in relazione ai diversi stadi di malattia, pertanto, tali attività sono trasversali a tutte le fasi malattia.

### Prevenzione primaria

#### Obiettivo generale

In questa fase gli obiettivi sono molteplici e riguardano la promozione dei corretti stili di vita, l'individuazione e la gestione, oltre che l'attuazione, di azioni atte a contrastare i fattori di rischio modificabili. Tale attività viene svolta principalmente nel **setting della medicina generale**, ma anche nel contesto degli altri nodi assistenziali

#### Attività:

**Il report della Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention, and Care** identifica i seguenti **12 fattori di rischio** per le demenze in base alle migliori evidenze scientifiche:

- basso livello di scolarità
- ipertensione
- problemi di udito
- fumo
- obesità
- depressione,
- inattività fisica
- diabete
- isolamento sociale
- consumo eccessivo di alcol
- lesioni cerebrali traumatiche
- inquinamento atmosferico



Il report evidenzia come i 12 fattori di rischio siano responsabili del **40%** dei casi di demenza, che potrebbero quindi essere evitati o la cui comparsa potrebbe essere ritardata; in relazione a ciò si prevedono le seguenti attività:

- **MG:** valutazione stili di vita, misurazione PA annuale, glicemia biennale, peso e altezza biennale o per variazioni evidenti, anamnesi (trauma cranico pregresso), udito, sonno, intervento motivazionale breve, invio al centro antifumo aziendale, invio al SERD, invio a gruppi di cammino, promozione esercizio fisico, AFA, accertamenti per sospetta patologia, invio allo specialista di riferimento, follow up, **strategie di case finding (Gpcog)** per sospetto declino cognitivo
- **CDCD:** monitoraggio fattori di rischio, programmi educazionali per pazienti e caregiver
- **Servizi Salute Mentale:** rilevazione periodica delle funzionalità cognitive dei loro pazienti, monitoraggio fattori di rischio

### Prevenzione secondaria

#### Obiettivo generale

L'obiettivo generale di questa fase è l'adozione di strategie atte a prevenire il peggioramento del deficit cognitivo in persone con MCI che accedono ai servizi presenti in questo PDTA, per cui si prevedono le seguenti attività:

- **MG:** monitoraggio fattori di rischio noti, fumo, alcool, ipertensione, sovrappeso, obesità, sedentarietà, bassa scolarità, udito, depressione, diabete, isolamento sociale, pregresso trauma cranico. Valutazione interazioni farmacologiche, informazioni al caregiver
- **CDCD:** stimolazione cognitiva, mantenimento/recupero e potenziamento autonomie, monitoraggio terapie, supporto e orientamento al caregiver
- **Servizi Salute Mentale:** interazione con CDCD per identificazione e diagnosi deficit cognitivi in pazienti psichiatrici

### Prevenzione terziaria

#### Obiettivo generale

L'insorgenza dei sintomi comportamentali e psicologici della demenza (**Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia, BPSD**) rappresenta l'elemento chiave di questa fase in cui i servizi e le figure coinvolte si focalizzano sulle strategie di prevenzione e sulle attività ad essa correlate. Inoltre, la prevenzione terziaria mira a mantenere e sostenere le capacità cognitive conservate, attraverso training specifici e adattamento dell'ambiente di vita.

#### Servizi coinvolti

I servizi coinvolti in questa fase sono:

- MG
- CDCD



- Ospedale
- RSA
- CURE DOMICILIARI
- SERVIZI DI SALUTE MENTALE
- CP

#### MG

Attuazione di strategie atte a prevenire l'insorgenza dei BPSD (valutazione e intervento sulle cause internistiche dei BPSD, dolore, costipazione), valutazione farmacologica, disidratazione, valutazione dei cambiamenti ambientali.

Monitoraggio degli antidolorifici e dell'uso appropriato dei neurolettici, gestione dello stress del caregiver attraverso l'invio a gruppi strutturati di counseling e sostegno psicologico presso i CDCD.

#### CDCD

Attuazione di strategie atte a prevenire l'insorgenza dei BPSD (valutazione farmacologica, valutazione e intervento sulle cause internistiche dei BPSD, dolore, costipazione, disidratazione), prescrizione e monitoraggio della terapia farmacologica (antidolorifici, uso appropriato dei neurolettici) in collaborazione con il MMG, gestione dello stress del caregiver attraverso l'invio a gruppi strutturati di counseling e sostegno psicologico. Indicazione al caregiver di strategie di prevenzione per l'insorgenza dei BPSD, supporto psicoeducazionale ai familiari, attivazione di percorsi facilitati per la presa in carico dei pazienti che manifestano tali sintomi e di procedure semplificate per i bisogni nutrizionali nelle diverse fasi di malattia, in collaborazione con i servizi di nutrizione artificiale domiciliare (NAD).

#### OSPEDALE

- Accoglienza e gestione del paziente con demenza al Pronto Soccorso/reparto, con **accesso consentito anche al caregiver**
- Riferimento dei pazienti con demenza, dimessi dai reparti di degenza, al **CDCD e ai servizi distrettuali** dedicati.
- Attivazione di procedure semplificate per i **bisogni nutrizionali** nelle diverse fasi di malattia, in collaborazione con i **servizi NAD**.

#### RSA

- Attuazione di strategie di prevenzione dell'insorgenza dei BPSD, valutazione farmacologica, valutazione e intervento sulle cause internistiche dei BPSD (dolore, costipazione, disidratazione), valutazione dei cambiamenti ambientali.
- Attività riabilitative volte a ridurre il rischio di caduta e le complicanze legate all'allettamento, gestione degli aspetti comportamentali e di benessere psicofisico e monitoraggio degli antidolorifici e dell'appropriatezza dell'uso di neurolettici.



### CURE DOMICILIARI

- Attuazione di strategie di prevenzione dell'insorgenza dei BPSD, valutazione farmacologica, valutazione e intervento sulle cause internistiche dei BPSD (dolore, costipazione, disidratazione), valutazione dei cambiamenti ambientali.
- Attività riabilitative volte a ridurre il rischio di caduta e le complicanze legate all'allettamento, gestione degli aspetti comportamentali e di benessere psicofisico e monitoraggio degli antidolorifici e dell'appropriatezza dell'uso di neurolettici.
- Attuazione di procedure semplificate per i bisogni nutrizionali nelle diverse fasi di malattia (in collaborazione con i servizi NAD) e interventi psicoeducazionali ai caregiver.

### SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Nell'ambito degli accordi tra CDCD e SERVIZI DI SALUTE MENTALE, quest'ultimi si occupano (in collaborazione con i CDCD) dell'implementazione delle strategie di prevenzione terziaria.

### IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

#### **Modalità prescrittive dei farmaci per il trattamento della malattia di Alzheimer:**

- Nel 2000 il Ministero della Salute con il **progetto CRONOS** ha individuato un percorso assistenziale, diagnostico e terapeutico, per la malattia di Alzheimer.
- Nel 2003 a conclusione del progetto è cessata l'obbligatorietà della compilazione e dell'invio alle ASL di residenza delle schede di monitoraggio, ma sono rimaste invariate le modalità di accesso ai trattamenti farmacologici riprese nel 2004 con l'istituzione della **nota AIFA 85**.

Di seguito vengono schematizzate le **modalità prescrittive** come previsto dalla normativa vigente.

- Il **Medico di Medicina Generale (MMG)** sulla base di una sospetta diagnosi di malattia di Alzheimer deve indirizzare il paziente ad un centro per il deterioramento cognitivo e le demenze (CDCD)
- Il **CDCD** effettua o conferma la diagnosi stabilendone il grado di severità secondo scale di valutazione cognitiva (MMSE) e funzionale (ADL/IADL).
- La **nota AIFA 85** prevede che la prescrizione a carico del SSN dei farmaci per il trattamento della malattia di Alzheimer sia limitata ai pazienti con diagnosi di "probabile malattia di Alzheimer" di grado lieve o moderato.
- I **farmaci utilizzati nel trattamento della malattia di Alzheimer** sono i tre inibitori dell'acetilcolinesterasi, *donepezil*, *rivastigmina* e *galantamina* e la *memantina* un antagonista del recettore per il glutammato.
- In presenza di valori di **MMSE tra 21 e 26 (grado lieve)** è possibile la prescrizione di *donepezil*, *rivastigmina* e *galantamina*, per valori di **MMSE tra 10 e 20 (grado moderato)** è possibile la prescrizione di *donepezil*, *rivastigmina*, *galantamina* e la *memantina*. **Pertanto la prescrizione di memantina è riservata ai casi di grado moderato.**



- Sulla base della diagnosi iniziale di probabile malattia di Alzheimer di grado lieve o moderato deve essere formulato il **piano terapeutico**.
- Il piano terapeutico deve essere consegnato al MMG dall'assistito o da un suo caregiver.
- Il piano terapeutico ha **validità massima di 12 mesi** e può essere modificato in corso di validità al variare delle condizioni cliniche dell'assistito.
- Il **rinnovo** avviene ad intervalli prestabiliti come da normativa vigente.
- Il MMG segue i propri assistiti nell'ambito nella gestione della malattia di Alzheimer in collaborazione con i CDCD e pertanto è tenuto a monitorare l'andamento clinico al di fuori delle visite presso i centri, sorvegliando e segnalando tempestivamente la comparsa di **effetti collaterali o sospette reazioni avverse**.
- La comparsa di **effetti avversi** dovrà essere tempestivamente segnalata al Responsabile di farmacovigilanza della ASL competente attraverso la compilazione dall'apposita **scheda di segnalazione**, reperibile oltre che sul sito internet dell'AIFA anche sul sito regionale di Farmacovigilanza

### ARRUOLAMENTO NEL PDTA DEMENZE

#### Specialisti di riferimento del PDTA Demenze ASL RM 5:

- Dott.ssa Maria Teresa Palmisani, Referente Clinico del PDTA, Responsabile UOSD Neurofisiopatologia e CDCD, Specialista in Neurologia, Specialista in Psicologia Clinica
- Dott.ssa Giovanna Loria specialista in Neurologia, titolare dell'incarico "Gestione del PDTA delle Demenze"

#### Modalità di arruolamento:

- MMG, prescrizione prima visita per accesso al CDCD Diagnostico P.O. Tivoli e sedi distaccate territoriali di Mentana e Guidonia: Visita neurologica (1° visita), quesito diagnostico Codice ICD9: **4380 Deficit cognitivo + indicazione classe di priorità**
- MMG, prescrizione prima visita per accesso al CDCD territoriale di Zagarolo e sede distaccata di Colleferro: Visita geriatrica (1° visita), quesito diagnostico Codice ICD9: **4380 Deficit cognitivo + indicazione classe di priorità**
- La classe di priorità deve essere attribuita in base al DCA n. U00110/2017
- **La prescrizione dovrà essere esclusivamente dematerializzata con prestazione tracciante: DT\_DEM**
- Tale prestazione con peso 1 e costo 0 dovrà essere presente anche nelle agende delle strutture ambulatoriali eroganti
- Le agende per le prime visite in PDTA saranno visibili e prenotabili da ReCUP o da call center regionale.
- Tutte le prescrizioni del PDTA saranno dematerializzate e riporteranno la prestazione tracciante DT\_DEM
- Tale prestazione sarà presente in tutte le agende dedicate del PDTA
- Una volta confermato il sospetto di Demenza presso il CDCD, il setting diagnostico sarà preferibilmente ambulatoriale



## EMPOWERMENT DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER, RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI

La demenza è una sindrome che prevede il deterioramento della memoria e di almeno un'altra funzione cognitiva. Oltre alla diagnosi corretta e tempestiva, è fondamentale la comunicazione della diagnosi e l'informazione-formazione del **caregiver** il quale si occupa del paziente anche legalmente, come **amministratore di sostegno**.

Le **Associazioni di familiari** offrono un grande contributo esperienziale ai pazienti in fase lieve ed ai caregiver e, insieme all'Azienda, possono realizzare corsi di formazione ai caregiver sulla gestione della vita quotidiana e gruppi di sostegno, in affiancamento alla rete assistenziale.

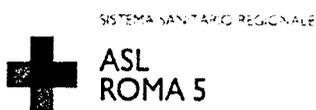
## 11. MONITORAGGIO DEL PDТА

### Indicatori

Sono misurabili attraverso l'**integrazione dei SI aziendali e regionali** e saranno arricchiti dai dati rilevati dalla **scheda informatizzata** che la Regione fornirà ai CDCD, i quali confluiranno nel **Registro regionale della Malattia di Alzheimer e altre forme di demenza, istituito con L.R. n. 6/2012**

### Indicatori di struttura Regionali

<b>Indicatore</b>	<b># 1 Numero profili professionali presenti (CDCD+CD+RSA)</b>
<b>Numeratore</b>	Numero profili professionisti socio-sanitari inclusi nel PDТА
<b>Denominatore</b>	Numero totale profili professionisti previsti dalle Linee di Indirizzo PDТА (12)
<b>Fonte dati</b>	Survey periodiche DG/DSA-SURVEY Assessorato Politiche per l'Inclusione (per CD)
<b>Responsabile rilevazione</b>	Regione Lazio (DEP)
<b>Frequenza rilevazione</b>	Annuale
<b>target</b>	Almeno 5 su 12



### Indicatori di processo Aziendali

<b>Indicatore</b>	<b>#2 Valutazione Neuropsicologica di II livello</b>
<b>Numeratore</b>	Numero pazienti che ricevono batteria di Test Neuropsicologici completa
<b>Denominatore</b>	Numero totale di prime visite al CDCD
<b>Fonte dati</b>	Sistemi informativi aziendali
<b>Responsabile rilevazione</b>	Referente Clinico PDTA
<b>Frequenza rilevazione</b>	Annuale
<b>target</b>	>10%

### Indicatori di esito

<b>Indicatore</b>	<b># 3 Frequenza uso antipsicotici</b>
<b>Numeratore</b>	Numero pazienti con demenza e prescrizione di antipsicotici
<b>Denominatore</b>	Numero totale pazienti stimati con demenza in Regione (stime da letteratura)
<b>Fonte dati</b>	Flusso CDCD/Flusso prescrizioni farmaceutiche
<b>Responsabile rilevazione</b>	Regione Lazio (DEP)
<b>Frequenza rilevazione</b>	Annuale
<b>Target</b>	30%
<b>Indicatore</b>	<b># 4 Numero prescrizioni prima visita per declino cognitivo</b>
<b>Numeratore</b>	Numero prescrizioni prima visita per declino cognitivo
<b>Denominatore</b>	Numero totale prescrizioni prima visita
<b>Fonte dati</b>	Sistemi informativi aziendali
<b>Responsabile rilevazione</b>	Referente Clinico PDTA
<b>Frequenza rilevazione</b>	Annuale
<b>Target</b>	30%
<b>Indicatore</b>	<b># 5 Promozione proattività MMGE</b>
<b>Numeratore</b>	Numero di medici di medicina generale che soddisfano i criteri di invio del PDTA
<b>Denominatore</b>	Numero totale di MMG della ASL
<b>Fonte dati</b>	Flusso CDCD
<b>Responsabile rilevazione</b>	Referente Clinico PDTA
<b>Frequenza rilevazione</b>	Annuale
<b>Target</b>	15%

*Handwritten signature*



## 12. PIANO DIFFUSIONE E IMPLEMENTAZIONE PDTA, IN CONFORMITA' CON IL PDTA DEMENZE REGIONALE

### Direzione Aziendale:

- Individuazione con atto formale del **referente organizzativo** aziendale e del **referente clinico** da comunicare alla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria entro 3 mesi dall'approvazione della Det. G01705\_2023\_PDTA Demenze. **ATTUATO con deliberazione aziendale n. 889 dell'8 maggio 2023, trasmessa alle competenti strutture regionali**
- fornire risorse necessarie all'implementazione del PDTA
- adottare entro 6 mesi il PDTA aziendale prevedendone il monitoraggio (indicatori di struttura)
- monitorare stato avanzamento attività col supporto del Referente Organizzativo

### Referente organizzativo in collaborazione con il Referente Clinico

- definire e programmare le attività di implementazione PDTA
- monitorare il PDTA aziendale (**indicatori regionali e aziendali**)
- definire realizzazione e monitoraggio **attività formative** rivolte ad operatori sanitari, caregivers, associazioni, Enti locali o del terzo settore
- definire e monitorare **attività di comunicazione** rivolte ad operatori sanitari, caregivers, associazioni, Enti locali o del terzo settore
- favorire definizione **protocolli operativi** condivisi tra i servizi coinvolti a livello aziendale e sovra-aziendale
- favorire definizione **accordi intersettoriali** di collaborazione con associazioni, Enti locali o terzo settore
- valutare andamento del processo di implementazione e, in caso di criticità, individuare con la Direzione Aziendale e con i servizi/professionisti coinvolti, le soluzioni opportune
- redigere **relazione semestrale** sullo stato di avanzamento dell'implementazione del PDTA, da trasmettere alla **Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria**, una volta validata dalla **Direzione Aziendale**



### 13. RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA

#### Sospetto diagnostico/diagnosi sindromica

MMG	CDCD	PO/PS	RSA	CURE DOMICILIARI/ CASE COMUNITA'	SERVIZI SALUTE MENTALE
Invio paz. al CDCD con relazione clinica con <b>diagnosi di sindrome demenziale</b>	Avvio percorso diagnostico per MCI e tipo demenza	Valutazione delirium/declino cognitivo possibile prima manifestazione disturbo cognitivo, quindi invio a CDCD	Valutazione delirium possibile prima manifestazione disturbo cognitivo, quindi invio a CDCD	Valutazione delirium possibile prima manifestazione disturbo cognitivo, quindi invio a CDCD	Case finding paz. Con disturbo cognitivo con CDCD Protocolli operativi condivisi con CDCD

#### Definizione diagnostica

MMG	CDCD	PO/PS
Interazione con CDCD per monitoraggio condizioni cliniche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valutazione di equipe</li> <li>test neuropsicologici di I e II livello</li> <li>comunicazione diagnosi a paziente e caregiver</li> <li>relazione clinica al MMG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>esecuzione esami I e II livello con slot dedicati</li> </ul>



**Presa in carico fase lieve (MCI, Demenza CDR: 0,5-1)**

MMG	CDCD	PO/PS	RSA	CURE DOMICILIARI/	CURE PALLIATIVE
<p>Collegamento in rete con CDCD</p> <p>valutazione condizioni cliniche generali</p> <p>counseling al caregiver (anche sulla tutela giuridica)</p>	<p>Controlli periodici stato neurologico, neuropsicologico, patologie concomitanti</p> <p>valutazione funzionale, cognitiva e comportamentale</p> <p>prevenzione secondaria</p> <p>terapia farmacologica specifica</p> <p>implementazione PAC deterioramento cognitivo</p> <p>stesura programma riabilitativo personalizzato con i servizi erogatori (attività fisioterapiche, occupazionali, logopediche, psichiatriche)</p> <p>attività riabilitative individuali e/o gruppo con utenti, familiari, caregiver, anche in teleriabilitazione</p> <p>counseling al caregiver (anche sulla tutela giuridica)</p> <p>valutazione stato nutrizionale relazione clinica al MMG</p>	<p>Accoglienza e gestione specifica del paz. Con demenza in PS o reparto, con accesso consentito al caregiver</p> <p>collegamento con MMG e CDCD di appartenenza</p>	<p>Monitoraggio adeguatezza ambiente e contesto</p> <p>Attività riabilitativa occupazionale, fisioterapica, logopedica, psichiatrica individuale e di gruppo, focalizzata su aspetti comportamentali cognitivi benessere psicofisico</p> <p>mantenimento, recupero, potenziamento autonomie</p> <p>supporto e orientamento al caregiver</p>	<p>Monitoraggio adeguatezza ambiente e contesto</p> <p>strutturazione adeguata ambiente e contesto</p> <p>Attività riabilitativa occupazionale, fisioterapica, logopedica, psichiatrica individuale e di gruppo</p> <p>mantenimento, recupero, potenziamento autonomie</p> <p>supporto e orientamento al caregiver</p>	<p>Introduzione tema Disposizioni Anticipate Trattamento (DAT) e fine vita</p>

**Presa in carico fase moderata (CDR:2)**

MMG	CDCD	PO/PS	RSA	CURE DOMICILIARI/ CASE COMUNITA'	CURE PALLIATIVE
<p>Collegamento in rete con CDCD</p> <p>valutazione condizioni cliniche generali e monitoraggio sintomi</p> <p>counseling al caregiver (anche sulla tutela giuridica)</p>	<p>Controlli periodici stato neurologico, neuropsicologico, patologie concomitanti</p> <p>valutazione funzionale, cognitiva e comportamentale</p> <p>terapia farmacologica specifica</p> <p>implementazione PAC</p> <p>deterioramento cognitivo</p> <p>stesura programma riabilitativo personalizzato con i servizi erogatori (attività fisioterapiche, occupazionali, logopediche, psichiatriche)</p> <p>attività riabilitative individuali e/o gruppo con utenti, familiari, caregiver, anche in teleriabilitazione</p> <p>counseling al caregiver (anche sulla tutela giuridica)</p> <p>valutazione stato nutrizionale</p> <p>relazione clinica al MMG</p>	<p>Accoglienza e gestione specifica del paz. Con demenza in PS o reparto, con accesso consentito al caregiver</p> <p>collegamento con MMG e CDCD di appartenenza</p>	<p>Monitoraggio adeguatezza ambiente e contesto</p> <p>Attività riabilitativa occupazionale, fisioterapica, logopedica, psichiatrica individuale e di gruppo, focalizzata su aspetti comportamentali, cognitivi, benessere psicofisico</p> <p>mantenimento, recupero, potenziamento autonomie</p> <p>monitoraggio sintomi cognitivi e comportamentali</p> <p>supporto e orientamento al caregiver</p>	<p>Formazione al caregiver su strutturazione adeguata ambiente e contesto</p> <p>indicazione attività riabilitativa per aspetti comportamentali, cognitivi e benessere psicofisico</p> <p>interventi clinici e psicosociali per mantenimento, recupero, potenziamento autonomie</p> <p>supporto e orientamento al caregiver</p>	<p>Collaborazione con gli altri professionisti per valutazione criteri di accesso alle CP e gestione dei pazienti</p>



**Preso in carico fase grave (CDR:3)**

MMG	CDCD	PO/PS	RSA	CURE DOMICILIARI/ CASE COMUNITA'	CURE PALLIATIVE
Collegamento in rete con CDCD  valutazione condizioni cliniche generali  collegamento in rete con assistenza domiciliare  counseling al caregiver  attivazione Valutazione Multidimensionale (VMD)  attivazione CP di base	Controlli periodici stato neurologico, neuropsicologico, patologie concomitanti  valutazione funzionale, cognitiva e comportamentale  terapia farmacologica specifica  implementazione PAC deterioramento cognitivo  stesura programma riabilitativo personalizzato con i servizi erogatori  mantenimento competenze cognitive conservate, anche attraverso ausili  counseling al caregiver  valutazione stato nutrizionale  relazione clinica per usi consentiti dalla legge	Accoglienza e gestione specifica del paz. Con demenza in PS o reparto, con accesso consentito al caregiver  collegamento con MMG e CDCD di appartenenza	Valutazione funzionale e stesura programma riabilitativo personalizzato e/o attività consulenza per bisogni paziente e caregiver anche in teleriabilitazione  mantenimento competenze cognitive conservate, anche attraverso ausili  gestione disfagia  counseling con il caregiver	Interventi clinici e psicosociali per evitare l'istituzionalizzazione  valutazione funzionale e stesura programma riabilitativo personalizzato  counseling al caregiver su strutturazione adeguata ambiente  prescrizione ausili protesici  collegamento con CP per cure domiciliari nel fine vita	Collaborazione con gli altri professionisti per valutazione criteri di accesso alle CP e gestione dei pazienti





**Preso in carico fase molto grave/terminale (CDR: 4-5)**

MMG	CDCD	PO/PS	RSA	CURE DOMICILIARI	CURE PALLIATIVE
Attivazione VMD e CP	Visite domiciliari terapia farmacologica specifica counseling al caregiver pubblicizzazione benefici previsti e riferimento ai Servizi Sociali relazione clinica per gli usi consentiti dalla legge	Accesso non appropriato in caso di acuzie non altrimenti gestibili Accoglienza e gestione specifica del paz. Con demenza in PS o reparto, con accesso consentito al caregiver	Valutazione funzionale e programma riabilitativo personalizzato strutturazione adeguato ambiente per il benessere, il rispetto dei bisogni e il mantenimento delle abilità conservate counseling al caregiver	Interventi clinici e psicosociali per evitare l'istituzionalizzazione valutazione funzionale e stesura programma riabilitativo personalizzato strutturazione adeguato ambiente per il benessere, il rispetto dei bisogni e il mantenimento delle abilità conservate counseling al caregiver prescrizione ausili protesici collegamento con CP per cure domiciliari nel fine vita	Collaborazione con gli altri professionisti per valutazione criteri di accesso alle CP e gestione dei pazienti

**Prevenzione primaria**

MMG	CDCCD	RSA	CURE DOMICILIARI/ CASE COMUNITA'	SERVIZI SALUTE MENTALE
Stili di vita fattori di rischio modificabili case finding GPcog	Disturbo soggettivo memoria, MCI, programmi educazionali	Stili di vita, aderenza, valutazioni periodiche	Stili di vita, aderenza, valutazioni periodiche	Case finding funzionalità cognitive

**Prevenzione secondaria (MCI)**

MMG	CDCCD	SERVIZI SALUTE MENTALE
Fattori rischio noti, interazioni farmacologiche, counseling caregiver	Stimolazione cognitiva, riabilitazione, autonomie, adesione terapie, fattori rischio, supporto caregiver	Deficit cognitivi in paz. Psichiatrici, riabilitazione, autonomie, caregiver



**Prevenzione terziaria (demenza)**

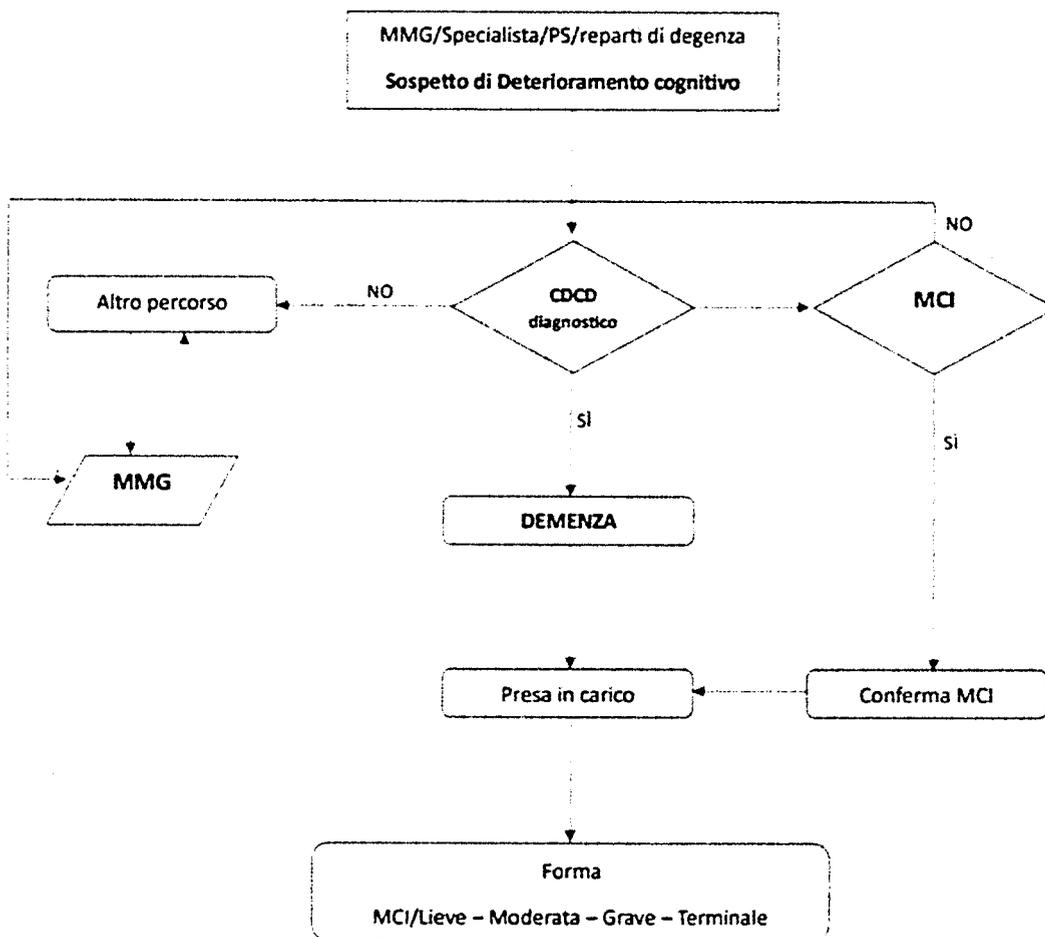
MMG	CDCCD	OSPEDALE	RSA	CURE DOMICILIARI	SERVIZI SALUTE MENTALE
Prevenzione e controllo BPSD monitoraggio antidolorifici e neurolettici stress caregiver (CDCCD)	Prevenzione e controllo BPSD cambiamenti ambientali, supporto psicoeducazion ale presa in carico paz. con BPSD dimessi da altri reparti bisogni nutrizionali (NAD) intervento psicoeducazion ale caregiver	Accoglienza e gestione in reparto paziente con demenza accesso a caregiver percorsi diretti di invio al CDCCD e/o strutture distrettuali, bisogni nutrizionali (NAD)	Prevenzione e controllo BPSD, rischio cadute, allettamento, riabilitazione, monitoraggio antidolorifici e neurolettici	Prevenzione e controllo BPSD, rischio cadute, allettamento, riabilitazione, monitoraggio antidolorifici e neurolettici bisogni nutrizionali (NAD) intervento psicoeducazion ale caregiver	Deficit cognitivi in paz. Psichiatrici, riabilitazione, autonomie, caregiver



## 14. GLOSSARIO E ACRONIMI

- **BPSD**, Behavioral and psychological symptoms in dementia
- **CD**, centri diurni
- **CDCD**, centri per i disturbi cognitivi e demenza
- **CDR**, clinical dementia rating scale
- **COT**, centrali operative territoriali
- **CP**, cure palliative
- **CSM**, centri salute mentale
- **CUR**, catalogo unico regionale
- **DGR**, deliberazione giunta regionale
- **DAT**, disposizioni anticipate di trattamento
- **DCCG**, disturbi cognitivi comportamentali gravi
- **EOD**, demenza ad esordio giovanile
- **GPCog**, general practitioner assessment of cognition
- **IADL**, instrumental activity of daily living
- **MCI**, mild cognitive impairment
- **MMSE**, mini mental state examination
- **NAD**, nutrizione artificiale domiciliare
- **PAC**, pacchetti ambulatoriali complessi
- **PAI**, piano assistenziale individualizzato,
- **PDTA**, percorso diagnostico, terapeutico assistenziale
- **PND**, piano nazionale demenze,
- **PUA**, punto unico di accesso,
- **RSA**, residenza sanitaria assistita
- **SNLG**, sistema nazionale linee guida
- **UCP**, unità di cure palliative
- **UVM**, unità di valutazione multidimensionale

### 15. DIAGRAMMA DI FLUSSO



*[Handwritten signature]*

## 16. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Attività	MMG	Specialista Territoriale	Specialista Ospedaliero	Case manager	Infermiere	Assistente sociale	Altri Specialisti	Altri Professionisti
Arruolamento in PDTA	R	R	R	C	I	I	I	I
Diagnosi clinica	R	R	R	C	I	I	I	I
Diagnosi differenziale	R	R	R	C	I	I	I	I
Trattamento medico	R	R	R	C	C	I	I	I
Prevenzione	R	R	R	C	C	I	I	I
Counseling e terapia educativa	R	R	R	R	R	C	C	C
Monitoraggio farmacologico	R	R	R	R	R	I	I	I
Riabilitazione	C	R	R	C	C	I	C	C
Valutazione socio assistenziale	C	C	C	R	R	R	C	C
Valutazione grado di autonomia del paziente per la dimissione	C	C	R	C	C	C	C	C
Istruzioni al paziente e/o al care giver	R	R	R	R	R	C	C	C

**Legenda:**

R = Responsabile  
 C= Coinvolto  
 I= Informato



## 17. GP-cog: General Practitioner assessment of Cognition

Il GPCOG è un test di screening per la rilevazione del deterioramento cognitivo, realizzato espressamente per l'utilizzo in nel setting della Medicina Generale.

**Per l'ottimale somministrazione del test occorre seguire le seguenti modalità:**

1. A meno che non sia specificato in altro modo, ogni domanda deve essere fatta 1 sola volta
2. Ogni domanda deve essere posta esattamente come riportata nel testo
3. E' necessario assicurarsi prima dell'esecuzione del test che il paziente indossi gli occhiali o le protesi acustiche normalmente utilizzati
4. E' necessario assicurarsi di non essere disturbati da interruzioni, rumori, etc. durante la somministrazione del test





**GPCog** (General Practitioner assessment of Cognition). Breve test per valutare le funzioni cognitive in Medicina Generale

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cognome Nome \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Anni di Scuola: \_\_\_\_\_

**A) VALUTAZIONE DEL PAZIENTE** Salvo indicazione contraria, formulare ogni domanda una volta sola.

**RICHIAMO 1° FASE Nominativo ed indirizzo da richiedere nella 2° fase**

1. "Ora Le dirò un nome ed un indirizzo. Le chiedo di ripetermi subito dopo di me". (Consentire massimo 4 ripetizioni per la memorizzazione: non si assegna punteggio) NUMERO RIPETIZIONI \_\_\_\_\_

"Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia"

Dopo l'ultima ripetizione "Ricordi questo nome ed indirizzo perché Le chiederò di ripetermi fra pochi minuti."

**ORIENTAMENTO TEMPORALE**

2. Mi dica la data di oggi? (solo la risposta esatta è valida)

Corretto	Sbagliato
1	0

**FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE** Disegno dell'Orologio

3. Per piacere, inserisca tutti i numeri delle ore (devono essere posizionati correttamente)

1	0
1	0

4. Per piacere disegni le lancette in modo che segnino le ore 11.10

**INFORMAZIONI 5** Può raccontarmi un fatto di cronaca, una notizia riportata dai telegiornali o dai giornali in questa settimana?

1	0
---	---

**RICHIAMO 2° FASE 6.** Mi può ripetere il nome e l'indirizzo che Le avevo chiesto di ricordare?

Mario	1	0
Rossi	1	0
Via Libertà	1	0
42	1	0
Pavia	1	0
<b>TOTALE</b>		

**PUNTEGGIO**

9: NORMALE

< 5: DETERIORAMENTO COGNITIVO

5-8: BORDERLINE. passare alla sezione B

**Punteggio DISEGNO DELL'OROLOGIO. Domanda 3:** Risposta corretta se i numeri 12, 3, 6 e 9 sono collocati nei quadranti giusti ed anche i restanti numeri delle ore sono inseriti in modo congruo. **Domanda 4.** Risposta corretta se le lancette sono puntate sui numeri 11 e 2 anche se l'esaminato/a non è riuscito a far distinguere la lancetta lunga da quella corta. **INFORMAZIONE.** Non sono necessarie risposte particolarmente dettagliate: l'importante è che l'intervistato dimostri di conoscere un evento recente riportato dai media nell'ultima settimana. Nel caso di risposte generiche, tipo "guerra" "molta pioggia", chiedere ulteriori dettagli: se l'intervistato non è in grado di fornirli classificare la risposta come "sbagliata".

**B) INTERVISTA CON IL FAMILIARE/CONOSCENTE** Chiedere: "Rispetto a qualche anno fa, il paziente...?"

I. ... ha più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti?

II. ... ha più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni?

III. ... quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?

IV. è meno capace di gestire denaro e questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)?

V. è meno capace di gestire ed assumere i suoi farmaci da solo/a?

VI. richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)?

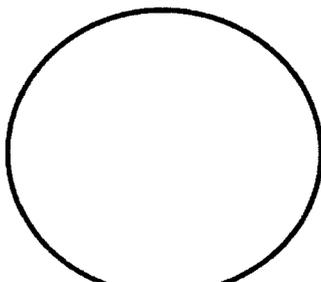
SI	NO	Non so	N/A
0	1		
0	1		
0	1		
0	1		
0	1		
0	1		

**PUNTEGGIO**

SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = ≤ 3 : DETERIORAMENTO COGNITIVO

SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = 4-6 : DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE, pre-clinico (Mild Cognitive Impairment) da monitorare ripetendo il GPCog ogni 6-12 mesi

**TOTALE**





## 18. FASE PILOTA E REVISIONI

**II PDTA PREVEDE UNA FASE PILOTA FISSATA IN MESI 6 A FAR DATA DALLA DELIBERA DI ADOZIONE E VERRA' SOTTOPOSTO A REVISIONE BIENNALE ORDINARIA, SALVO EVENTI STRAORDINARI.**

