

"Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per le persone affette da demenza ed i loro familiari: uno strumento di forte integrazione tra ospedale e territorio"

RELATORE
dott. Andrea Fasanelli
Coordinatore Rete Clinica Disturbi
Cognitivi e Demenze
APSS Trento

LA DEMENZA: una priorita' Mondiale di Salute Pubblica (Rapporto OMS 2015)

La demenza è una priorità mondiale di salute pubblica:

- nel 2010 **35,6 milioni nel mondo** persone ne erano affette;
- aumenteranno del doppio nel 2030 e del triplo nel 2050;
- ogni anno si verificano 7,7 milioni di nuovi casi (1 ogni 4 secondi);
- la sopravvivenza media dopo la diagnosi è di 4-8-anni.

La stima dei costi è di 604 mld di dollari/anno: sarà una sfida per tutti i sistemi sanitari con particolare riferimento a quelli universalistici.

Tutti i Paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica; a livello **internazionale**, **nazionale regionale** e **locale** sono necessari programmi e coordinamento su più livelli e tra tutte le parti interessate." (Ginevra 11 aprile 2012).

(fonte: Osservatorio Demenze ISS)

la demenza in Italia: ogni anno si stimano 80.000 nuovi casi

In **Italia**, il numero totale dei pazienti con demenza è stato stimato nel 2015 in oltre **un milione** (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei familiari.

(studio ILSA: Italian Longitudinal Study on Aging)

Per le famiglie le conseguenze sul piano economico ed organizzativo sono rilevati, tenendo conto che i soli **costi annuali** diretti per ciascun paziente vengono stimati, in diversi studi europei, in cifre variabili **da 9.000 a 16.000 Euro** a seconda dello stadio di malattia.

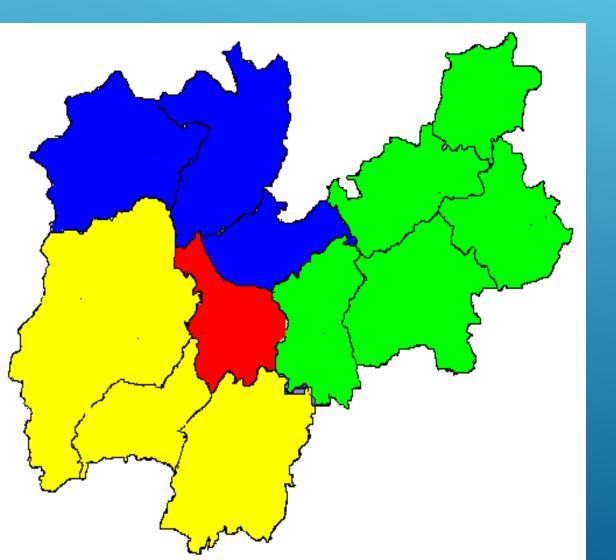
Stime di calcolo circa i costi socio-sanitari delle Demenze in Italia ipotizzano cifre complessive pari a circa 10-12 miliardi di Euro annui, e di questi 6 miliardi per la sola Malattia di Alzheimer.

(fonte: Osservatorio Demenze ISS)

Nel 2016 erano presenti in Italia oltre 13 milioni di over 65 e le previsioni demografiche dell'ISTAT ci dicono che nel 2030 saranno più di 16 milioni.

L'Italia, con i suoi 1,1 milioni di affetti, è tra i 10 Paesi al mondo col maggior numero di soggetti affetti da demenza, e sicuramente tra i Paesi con tassi di prevalenza più elevati (basti pensare che la Cina, con una popolazione oltre 20 volte superiore, ha solo 5 volte più abitanti affetti da demenza).

La Provincia di Trento: i dati di contesto



Superficie: Kmq. 6.207,12

Popolazione: ab. 538.604

ultra sessantacinquenni: 115.370 (19,7 %)

(65.316 donne e 50.054 uomini)

Età media 43,6 anni

1 Servizio Territoriale Provinciale

(articolato in 4 ambiti)

1 Servizio Ospedaliero Provinciale

(7 strutture ospedaliere coordinate in un'unica rete)

15 Comunità di Valle e Territorio Valle dell'Adige



la demenza in Trentino: si stima che attualmente le persone con demenza siano circa **8.500**:

Anno	Prevalenza (casi presenti sul territorio)	Incidenza (nuovi casi/anno)
2013	7.646	1.300
2015	8.020	1.363
2020	8.719	1.482
2030	10.581	1.799

Fonte: Betta / Minervini 2014

Alcuni importanti documenti di riferimento:

- Rapporto mondiale Alzheimer 2013 OMS
- Piano nazionale demenze (30.10.2014)
- Linee di indirizzo Nazionali sui PDTA per le demenze (giugno 2017)
- In Trentino: piano provinciale demenze (maggio 2015)
- 17 azioni di miglioramento e 4 obiettivi:
- diagnosi tempestiva
- riferimenti certi e qualificati per il malato
- interventi appropriati in relazione ai bisogni
- creazione della rete provinciale per la demenza
- 2017 PDTA per le persone con demenza e le loro famiglie

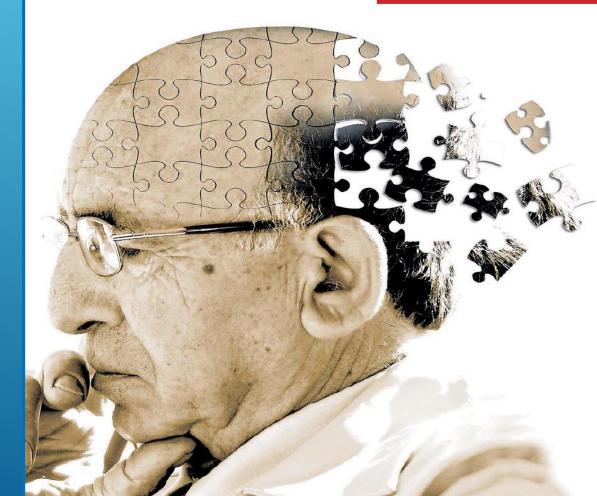




info**salute** 33

Piano provinciale demenze XV legislatura

Strategie condivise e integrate per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze





Presidencia del Censiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sui documenti "Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze" e "Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze".

Repertorio atti n. 130/c/ del 26 ottobre 2017

LA CONFERENZA UNIFICATA

Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze Linee di indirizzo Nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze

Lavoio per li montoraggio nei receptimento en impiementazione dei etano. Nationale Demanta. 8/07/2017 Tavolo per il monitoraggio del recepimento e implementazione del Piano Nazionale Damenza 8/07/2017 Tavolo per il mositoraggio del recepimento ed implemestazione del Piano Nazionale Demenze - Settogruppo PDTA

"Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze"

Proposta di documento - Draft

Indice

- 1 Premessa
- 2 Rilevanza epidemiologica e caratteristiche delle demenze come patologie cronic degenerative complesse
 - 3 Background e definizione del contesto di riferimento
 - 3.1 Evidenze di letteratura disponibili sui PDTA
 - 3.2 Documenti, letteratura e linee guida necessari per un PDTA
 - 3.3 Normativa di riferimento in Italia
 - 3.4 Caratteristiche dei PDTA
 - 3.4.1 Definizione di PDTA
 - 3.4.2 Tipologie di PDTA
 - 3.5 Costruzione e diffusione di un PDTA
 - 3.5.1 Figure coinvolte
 - 3.5.2 Modalità di diffusione
 - 3.5.3 Data di stesura, revisione e aggiornamento del documento
 - 4 Definizione del percorso
 - 4.1 Sistema Informativo
 - 4.2 Strutture e servizi coinvolti nella rete
 - 4.2.1 | I servizi coinvolti
 - 4.2.2 Le figure professionali
 - 4.2.3 Integrazione dei servizi e delle funzioni per la continuità delle cure
 - 4.3 Processo di analisi e rappresentazione
 - 4.3.1 Diagramma di flusso
 - 4.3.2 Rappresentazione a matrice
 - 5 Monitoraggio e verifica dell'implementazione del PDTA
 - 5.1 Indicatori
 - 6 La costruzione del percorso locale
 - 7 Conclusioni
 - 8 Bibliografia
 - 9 Allegato 1. Esempi di indicatori



Una Premessa:

Il miglior setting di cura per le persone con demenza è rappresentato dal loro domicilio ed è compito di tutti favorire il miglior progetto assistenziale individualizzato creando un ponte di collaborazione fra ospedale e territorio. Strumento: il PDTA quale momento di condivisione e patto assistenziale.

I PUNTI IRRINUNCIABILI NELLA COSTRUZIONE DEL DEL PDTA:

- 1. Continuità e raccordo con il precedente PDT;
- 2. Approccio multidisciplinare e multiprofessionale nella visione della progettazione assistenziale;
- 3. Centralità della figura del MMG nel percorso di segnalazione, presa in carico e condivisione del progetto assistenziale;
- 4. Importanza di garantire sostegno alle famiglie, favorendo la domiciliarità anche con la garanzia di un punto di riferimento individuato e un case manager del percorso;
- 5. Continuità e flessibilità del percorso di cura, dall'esordio, alla gestione delle criticità, al fine vita;

- 6. Forte collegamento dei CDCD con il territorio;
- 7. integrazione e lavoro in rete tra i vari Servizi territoriali del sociale, del volontariato, terzo settore ecc. coinvolti nella progettualità;
- 8. PUA e UVM come momenti nodali del percorso di presa in carico, progettazione e verifica dei progetti assistenziali individualizzati;
- 9. Formazione e aggiornamento del personale dei vari servizi coinvolti;
- 10. Verifica e monitoraggio della qualità del servizio e della validità del PDTA in una prospettiva di miglioramento;
- 11. Focus sull'utilizzo di sistemi informativi e sulla qualità della documentazione (report sull'assistenza e sugli indicatori definiti nel PDTA)



Percorso
Diagnostico Terapeutico
Assistenziale per le persone
con demenza e le loro famiglie
Pagina 1

Rev. 00
Data: 25.08.2017
Pagina 1



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie.

REDAZIONE	VERIFICA E CONTROLLO	APPROVAZIONE	D
Gruppo di lavoro: A Façanelli; C. Moser, A Lombardi; R Girardello; R Brolis; A Ganriser, P. D'Amato; D. Varesco; C. Frizzera; A Vielmetti; C. Rossi; M. Dallabona.		Direttore Integrazione Socio Sanifaria Dr. Enrico Nava Direttore Sanifario Dr. Claudio Dario	Data di emissione



Percorso
Diagnostico Terapeutico
Assistenziale per le persone
con demenza e le loro famiglie
Pagina 2

Rev. 00
Data: 25.08.2017
Pagina 2

INDICE

aragrafo:		Pagina
	Indice	2
1.	Premessa	3
2.	Introduzione	4
3.	Definizione e scopo del PDTA	5
4.	Ambito di applicazione	5
5.	Abbreviazioni	6
6.	II CDCD	7
7.	Descrizione delle attività	7
	7.a Prima valutazione da parte del Medico di Medicina Generale	7
	7.b Prenotazione della visita al CDCD	8
	7.c Valutazione del paziente nell'ambulatorio CDCD	8
	7.d Utilizzo di Strumenti informatici aziendali	10
8.	L'infermiere del CDCD	11
9.	Il percorso assistenziale territoriale	11
10.	II PUA e l'UVM	12
11.	Le reti di assistenza territoriale	13
12.	L'infermiere delle cure domiciliari	14
13.	L'assistenza nella fasi avanzate della malattia e nel fine vita	15
14.	Il ruolo del Terzo Settore	15
15.	Indicatori, revisione, monitoraggio e aggiornamento del PDTA	16
16.	Diagrammi di flusso	17
17.	Bibliografia	19
18.	Elenco destinatari	19
19.	Allegati	20
	All.1 CPCog.	21
	All.2 Strumenti per la valutazione del paziente con sospetta demenza	26
	All.3 Determinazione AIFA 3.3.2009 mod. Nota 85	27
	All.4 Schede terapia antipsicotica (inizio e follow up)	28
	All.5 Elenco dati ed indicatori	30
	All.6 Frontespizio raccomandazioni per l'accertamento e la gestione	33

LA PRIMA VALUTAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE:

Il MMG, risulta essere il primo e privilegiato interlocutore dei propri assistiti; nel caso in cui, a seguito di una richiesta di aiuto o percezione di una possibile sintomatologia riferibile a disturbi cognitivi, sospetti un quadro di demenza, acquisisce le informazioni anamnestiche dal paziente e dai suoi familiari/caregivers ed effettua un accurato esame obiettivo al fine di escludere la presenza di condizioni cliniche acute e/o sociali reversibili.

In caso di sospetto diagnostico per demenza può somministrare il test GPCog, prescrivere specifici esami e prescrivere la valutazione presso i CDCD.

|| MMG in caso di sospetto diagnostico:

Prescrive su impegnativa del SSN e seguenti accertamenti:

- ✓ esami ematochimici (emocromo con formula, glicemia, cretininemia, azotemia, AST, ALT, YGT, bilirubinemia, Elettroliti, TSH, dosaggio Vit. B12 e acido folico, esame urine.
- ✓ECG (se non eseguito entro i 6 mesi precedenti)
- ✓TAC encefalo senza mezzo di contrasto

compila la richiesta di visita presso il **CDCD** riportando la seguente prescrizione: "Valutazione multidimensionale CDCD. Prima valutazione" - codice 89.07.1, completa del quesito

diagnostico ed allega l'esito del test GPCog;

COGNOME	NOME	N				
DATA E LUOGO DI NASCITA	<u></u>	SESSO: 1) M 2) F				
INDIRIZZO	TEL	ANNI DI SCUOLA :				
STATO CIVILE: 1) celibe 2) sposato 3) separato/divorziato 4) vedovo 5) risposato 6) convivente 7) coniuge in istituto 8) altro LAVORO: 1) operaio 2) artig. 3) agricolt. 4) impieg. 5) insegn. 6) casalinga 7) commerc. 8) domestica 9) libero prof. 10) Medico Curante : Tel						
GPCOG - TEST DI SCREENING PER LA DEMENZA PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE VERSIONE ITALIANA TRIAL (DI DR. PIRANI ALESSANDRO AUTORIZZATO DAGLI AUTORI) Brodaty H., Pond D., Kemp N. M., Luscombe G., Harding L., Berman K., Huppert F. A JAGS, 50: 530-534; 2002						
A) VALUTAZIONE DEL I	PAZIENTE. Ogni domanda deve essere	formulata una volta sola.				
RICHIAMO 1° FASE Nomin	ativo ed indirizzo da richiedere nella 2°f a	se				
Ricordi questo nome ed	indirizzo. Dopo che li avrò detti, desidero c indirizzo perché le chiederò di ripeterme ssimo di 4 tentativi ma non date punteggio)	•				
"Ma	ario Rossi, Via Libertà 42, Pavia"					
ORIENTAMENTO TEMPORALI 2. Mi dica la data di oggi?	E (si accetta solo data esatta)	Corretto Sbagliato				
FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIA	LE - Disegno dell'Orologio (usare un cerchio	prestampato)				
3.Inserisca i numeri delle o	re (devono essere posizionati correttamente) 1 0				
Per piacere disegni le la	ncette in modo che segnino le ore 11:10	1 0				
INFORMAZIONE 5. Può rac	contarmi una notizia importante appresa da					
		1 0				
RICHIAMO 2° FASE 6. Mi pu	ò ripetere il nome e l'indirizzo che le avevo chies					
		Mario 1 0				
		Rossi 1 0				
		Via Libertà 1 0				
		42 1 0				
		Pavia 1 0				
PUNTEGGIO. 9: NORMALE; < 5:	COGNITIVAMENTE DETERIORATO; 5-8: BORDER	TOTALE				
Linee guida per il punteggio DISEGNO DELL'OROLOGIO. Domanda 3: risposta corretta se i numeri 12, 3, 6 e 9 sono collocati senza errori nel cerchio ed anche i restanti numeri delle ore sono inseriti in modo congruo. <u>Domanda 4.</u> risposta corretta se le lancette sono puntate sui numeri 11 e 2 anche qualora la lancetta lunga non venga chiaramente distinta da quella corta. INFORMAZIONE. Non sono necessarie risposte particolarmente dettagliate: l'importante è che l'intervistato dimostri buona conoscenza di un evento importante riportato dai media di recente. Se vengono date risposte generiche, tipo "guerra" "molta pioggia", chiedete dettagli: se l'intervistato non li fornisce classificare "sbagliato".						
B) INTERVISTA AL FAMI	GLIARE/CONOSCENTE Chiedete: "Rispet					
IIha più difficoltà a rievoca IIIquando parla, ha più diffic IVè meno capace di gestire Vè meno capace di gestire	re cose che gli sono successe di recente? re conversazioni di pochi giorni prima? coltà a trovare le parole giuste o sbaglia le parole denaro e affari (ad es. pagare conti, programma ed assumere i suoi farmaci autonomamente?	re le spese)? 0 1 0 1				
	er utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pu ezione B)≤3 Confermano Deterioramento Cognitivo	-				

GLI AMBULATORI CDCD IN APSS:

Trento:

U.O. Cure Primarie

U.O. Geriatria Ospedale TN

U.O. Neurologia Ospedale TN

Rovereto:

U.O. Cure Primarie

U.O. Geriatria Ospedale

U.O. Neurologia Ospedale

U.O. Cure Primarie Riva del Garda

Tione:

U.O. Cure Primarie

Borgo Valsugana:

U.O. Psichiatria

Cavalese:

Psichiatria

Cles:

U.O. Cure Primarie

LA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE NELL'AMBULATORIO CDCD

Lo specialista nel corso della prima visita, in collaborazione con l'equipe del CDCD (Medico, Infermiere, Neuropsicologo), effettua:

- il colloquio clinico, per la raccolta dell'anamnesi;
- la valutazione neuropsicologica tramite scale validate di rilevazione del deterioramento cognitivo (MMSE);
- l'inquadramento delle abilità nelle attività quotidiane di base e strumentali attraverso la compilazione di scale specifiche (ADL, IADL);
- la valutazione della sintomatologia comportamentale, psichica e affettiva attraverso l'applicazione di strumenti appropriati (NPI e GDS);
- lo stress familiare (CBI);
- l'esame obiettivo;

Ai fini dell'inquadramento diagnostico a completamento della visita il medico, può indirizzare il paziente alla valutazione neuropsicologica

La presa in carico da parte dei servizi territoriali:

Gli ambulatori CDCD mediante un sistema informatizzato inviano ai **servizi territoriali (PUA)** il nominativo del paziente affetto da demenza per la valutazione e l'eventuale attivazione di servizi . Al Medico di Medicina generale viene inviato in formato elettronico il referto della valutazione.

Anche i familiari, il MMG, i Servizi Sociali, gli specialisti Ospedalieri e gli infermieri delle cure territoriali, possono segnalare il caso al **Punto Unico d'Accesso** di riferimento, presente in ogni ambito di Comunità di Valle. Tale servizio prevede una prima valutazione dei bisogni socio-sanitari da parte dell'équipe composta dall'infermiere (coordinatore di percorso), dall'assistente sociale e dal dirigente medico dell'U.O. Cure Primarie.

La rete assistenziale TERRITORIALE

La rete assistenziale è costituita dai Medici di medicina generale, dagli operatori dell'Unità Operativa Cure primarie, dai Servizi sociali delle Comunità di Valle, dalla Rete delle cure palliative, inclusi gli Hospice, dalle Strutture semiresidenziali e residenziali territoriali (dedicate e non)e dalle associazioni;

La rete,

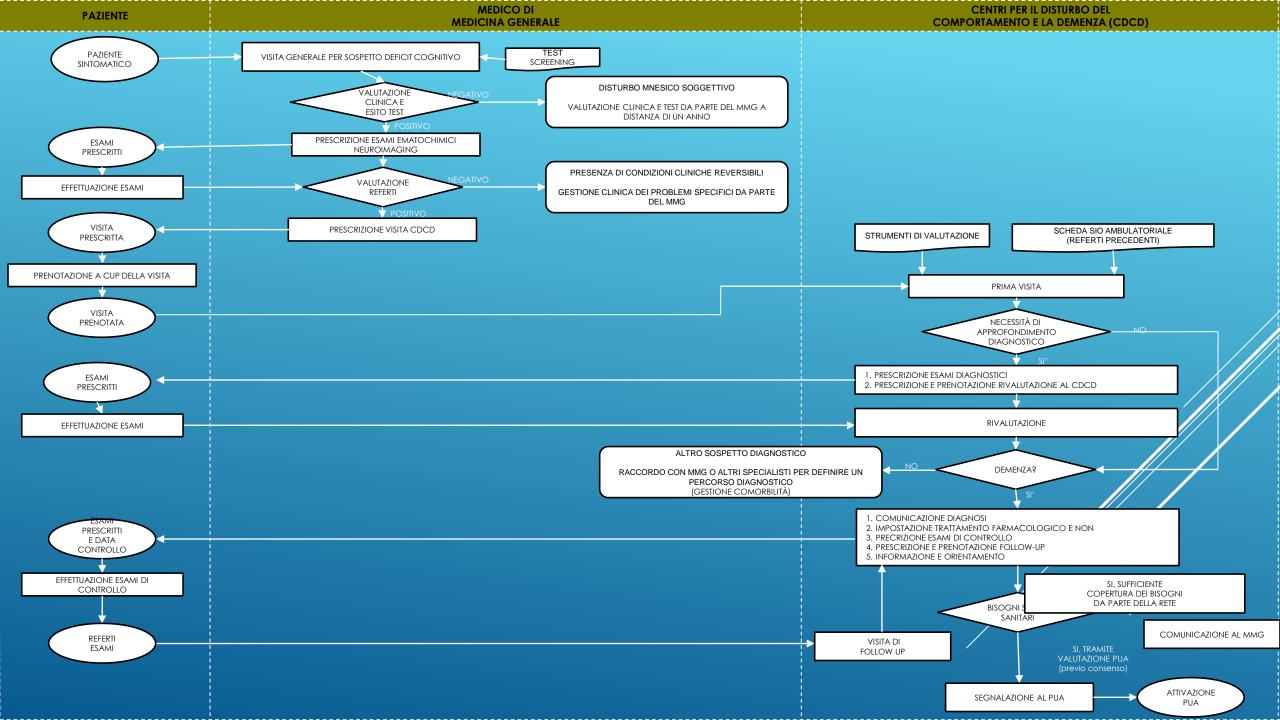
tramite l'UVM ha il comune obiettivo di creare le condizioni per mantenere la persona al proprio domicilio il più possibile e di supportare la sua famiglia. In tal senso definisce il **Percorso Assistenziale individualizzato** (PAI) Resta punto fermo che eventuali situazioni di particolare criticità o fragilità, tali da rendere controindicato il mantenimento della persona al proprio domicilio, orienterà verso scelte alternative condivise, nel rispetto della dignità ed integrità della persona.

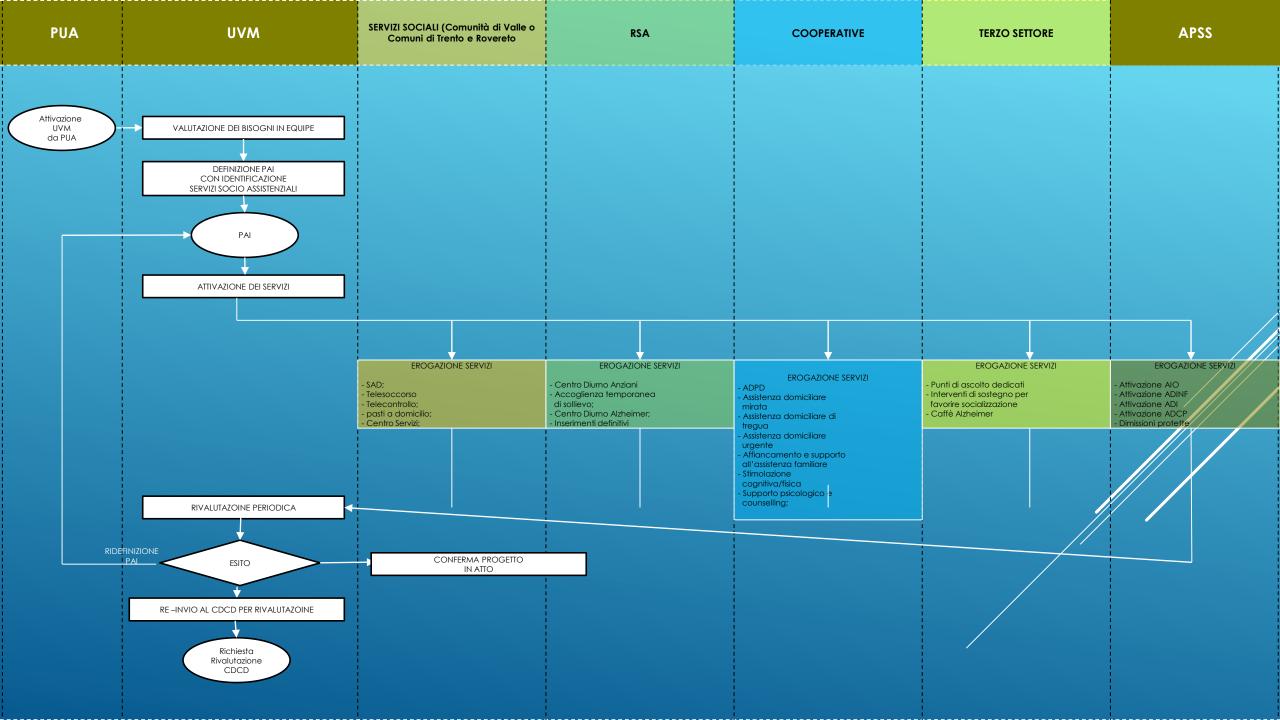
Il **Medico di Medicina Generale** tramite il programma informatico "Ampere" riceve in tempo reale il referto della valutazione specialistica del CDCD e così ha l'opportunità di confrontarsi con i familiari concordando l'eventuale successivo coinvolgimento dei servizi territoriali, dando le più esaustive informazioni in merito all'assistenza del paziente affetto da demenza.

Funzione nodale del MMG è quella di seguire il paziente a domicilio, con l'obiettivo di assicurare le migliori condizioni finalizzate a mantenere la persona più a lungo possibile nel proprio ambiente sociale e familiare. Egli interagisce con la rete assistenziale e con l'UVM per affrontare le varie criticità che si dovessero presentare durante il percorso di cura, programmando assieme ad infermieri e specialisti gli eventuali periodici controlli clinici, strumentali e di laboratorio e l'eventuale ridefinizione del Percorso Assistenziale Individualizzato.

I progetti assistenziali attivabili sul territorio tramite un PAI:

- Centri di ascolto Alzheimer;
- Centri servizi per anziani;
- Servizio pasti a domicilio o presso strutture;
- Servizio Assistenza Domiciliare;
- Servizio Telesoccorso- Telecontrollo
- Alloggi protetti; co-Housing;
- Centri diurni Anziani / Alzheimer;
- Assistenza Domiciliare Persone affette da Demenza (ADPD)
- Prestazioni domiciliari occasionali infermieristiche; assistenza domiciliare programmata medica e infermieristica;
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- -Assistenza Domiciliare Integrata Cure Palliatice (ADICP)
- Residenzialità in RSA su posto di sollievo o definitivo o in nuclei Alzheimer





Il percorso è stato tracciato ora necessita dell'impegno di tutti gli operatori

