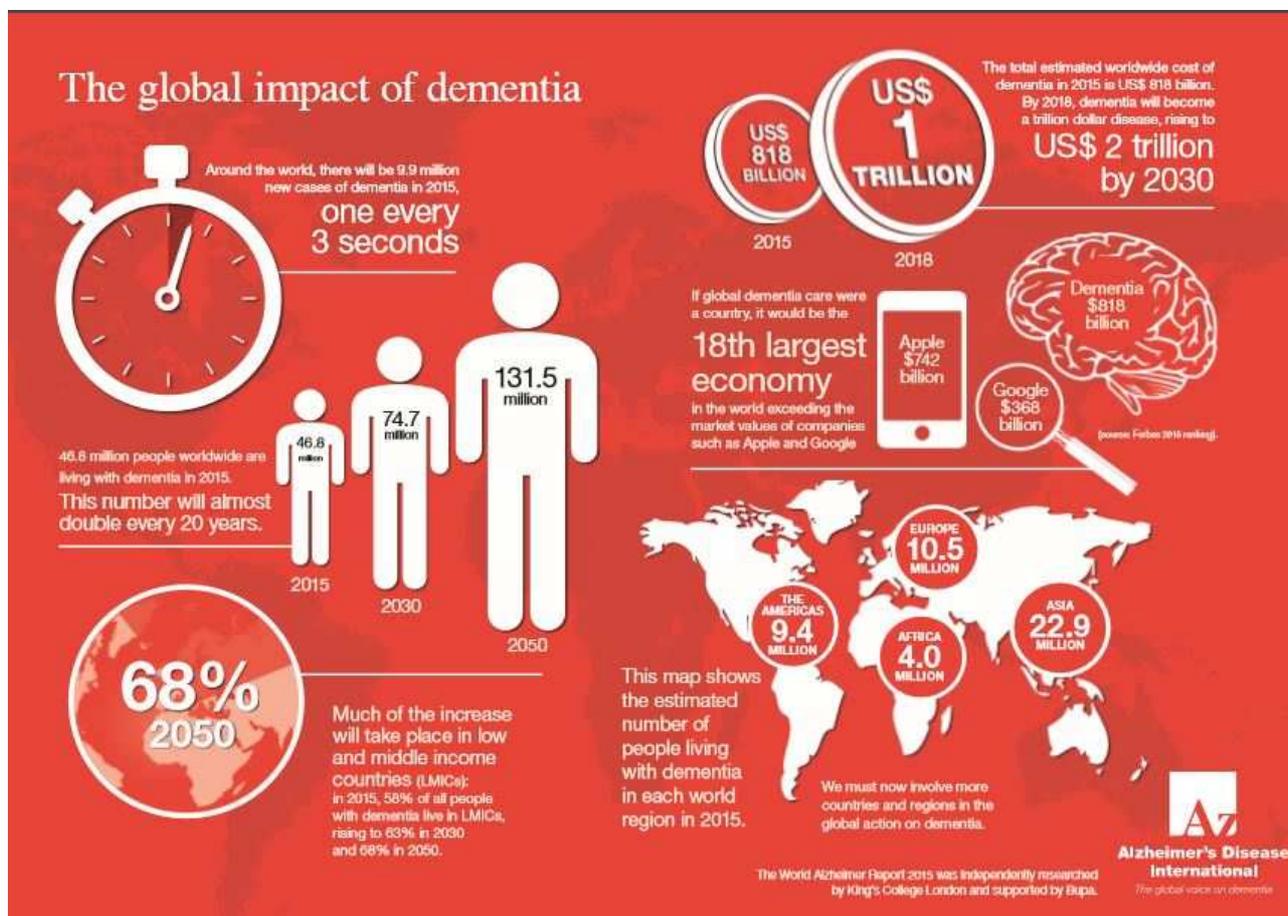


PERCORSO DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO – ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE DEMENZE ASL BENEVENTO

Le dimensioni del problema



Da World Alzheimer Report 2015

Oggi si calcola, combinando tra loro i dati ISTAT del 2014 e quelli del classico studio di Lobo del 2000, che in Italia risiedono circa 950.000 persone affette da demenza. Proiettando questo numero sugli abitanti del territorio della ASL Benevento (circa 300.000 residenti) si può stimare che la prevalenza delle demenze sia di 4.750 individui. Di questi il 60 % circa sono persone affette da malattia di Alzheimer, ovvero circa 2.850 persone. In proiezione futura i pazienti affetti da demenza nella nostra provincia nel 2050 saranno quasi 13.500. Sono stime certamente per difetto dal momento che la percentuale di ultrasessantacinquenni nella nostra Provincia è pari al 22,1% della popolazione contro il 16,7% delle province di Napoli e Caserta. Tale percentuale è tra le più alte d'Italia e del mondo occidentale.

Strutture specialistiche deputate alla diagnosi ed al trattamento delle Demenze

Per far fronte a ciò che fu definita l'"Epidemia silente", nel 2000 l'allora Ministro della Sanità Umberto Veronesi istituì con Decreto Ministeriale n. 141/2000 il cosiddetto "Progetto Cronos", conclusosi nel 2003 nella sua fase sperimentale. Si crearono sul territorio nazionale un certo numero di Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) che hanno poi continuato a funzionare negli anni successivi, pur variegandosi sempre di più nel modus operandi rispetto all'algoritmo elementare ma pur sempre unificante previsto dal Ministero

per il Progetto Cronos. Sul territorio della provincia di Benevento furono all'epoca formate diverse UVA e, ad oggi, sono presenti in ogni Distretto Sanitario e presso l'Azienda Ospedaliera "Rummo" con specialisti responsabili, Neurologi o Geriatri, individuati dalla Regione Campania con proprio decreto di nomina. Nel corso degli anni una sorta di "selezione naturale" ha fatto sì che solo alcune risultino attive e che ancora meno risultino davvero produttive. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha recentemente pubblicato sul sito dell'Istituto (<https://www.demenze.it/PUB/Centri.aspx>) un censimento delle UVA che dovrebbero essere attive. Per la Provincia di Benevento sono le seguenti:

Denominazione	Codice ISS	Ubicazione	Responsabile	Resp. clinico	Note	Ore sett.li esclusive oppure disponibili
UO Assistenza Anziani e Domiciliare del DS 07	uCM014	Poliambulatorio Via XXIV Maggio Benevento	Dott. Gennaro Maio *	Dott. Maurizio Iazeolla **	CDCD capofila territoriale aziendale. Cartella clinica informatizzata.	14 (esclusive)
Centro Demenze	uCM011	Azienda Ospedaliera "Rummo"	Dott. Michele Feleppa **	Dott. Lindoro Di Muccio **		6 (esclusive)
Poliambulatorio ASL BN	uCM008	Poliambulatorio Cerreto Sannita	Dott. Martino Gaudino	Dott.ssa Maria Pia Marino **		lunedì
DS Montesarchio UOS Assistenza Anziani e Cure Domiciliari	uCM007	Poliambulatorio Montesarchio	Dott.ssa Maria Pia Marino ** (Responsabile Struttura)			3 (disponibili)
DS Nord Est SO Morcone UOS Anziani e Cure Domiciliari	uCM009	Poliambulatorio di Morcone		Dott. Massimo Simone *		3 (esclusive)
UOS Anziani e Cure Domiciliari	uCM010	Poliambulatorio di San Bartolomeo in Galdo	Dott.ssa Lea Sacco	Dott.ssa Anna Ucci *		28 (disponibili)
UOC Assistenza Anziani e Domiciliare	uCM006	Poliambulatorio di San Giorgio del Sannio	Dott. Domenico Ricciardi	Dott.ssa Maria Pia Marino **		6 (disponibili)
UOC Medicina Interna / Geriatria – Ambulatorio di Neurologia	uCM013	P.O. Sant'Agata de' Goti	Dott. Giovanni Di Santo **	Dott. Giovanni Di Santo **		9 (esclusive)

*Geriatra

** Neurologo

Criticità dell'attuale organizzazione

Dal 2003 in poi, nelle annuali riunioni delle UVA italiane organizzate dall'ISS, sono emersi con sempre maggiore urgenza due problemi fondamentali nell'organizzazione dei Centri che si occupano di Demenze:

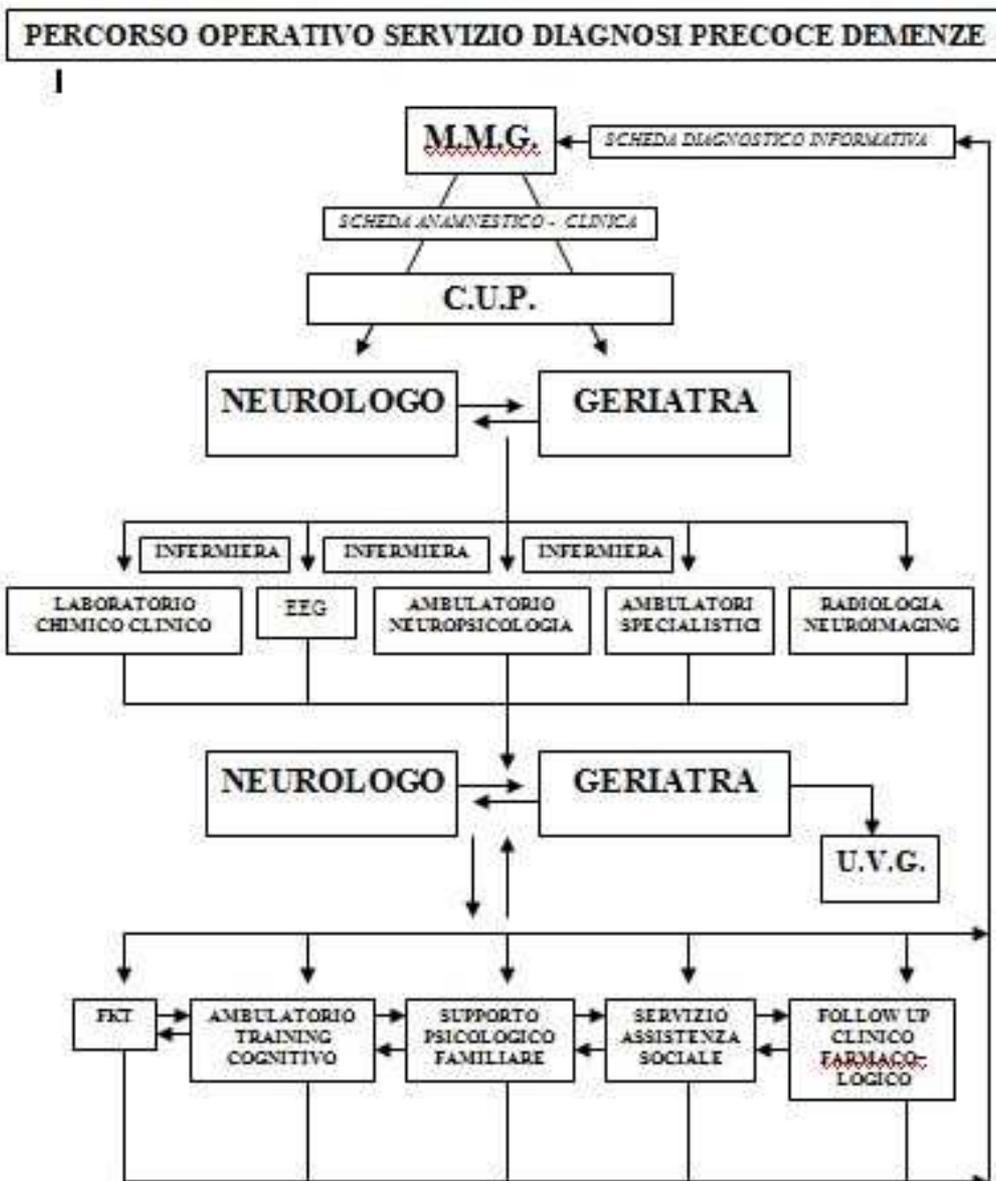
1) la difficoltà nell'averne una precisa idea del numero e della dislocazione territoriale delle UVA, dal momento che molte Aziende Sanitarie non rispondevano al censimento oppure inviavano dati non aggiornati e soprattutto non reali circa l'effettiva operatività delle strutture; 2) il problema degli standard qualitativi minimi che ciascun Centro dovrebbe possedere. Infatti nel tempo nelle diverse Regioni italiane e nelle diverse strutture territoriali, ospedaliere ed universitarie, si è avuta una polverizzazione degli standard qualitativi, ancorché minimi, così come è emerso da alcune survey che l'ISS ha effettuato nel corso degli anni (http://www.iss.it/binary/deme/cont/DiPucchio_ConvegnoUVA_7Novembre2014_ISS.pdf).

Alcune notizie aggiuntive sono pertanto indispensabili per dare un'idea precisa del funzionamento delle UVA in ambito aziendale. La diagnosi di demenza non può prescindere dall'utilizzo delle indicazioni delle Linee Guida che le Società Scientifiche (Società Italiana Neurologia e Società Italiana di Psicogeriatrica in primis) hanno pubblicato nell'ultimo decennio.

Tra i punti cardine della diagnosi l'esecuzione di indagini neuropsicologiche per la rilevazione, la definizione e la quantizzazione delle disfunzioni cognitive che, insieme a criteri clinici e strumentali di indagine, sono indispensabili ad una diagnosi di "probabilità". Fin dai primissimi anni presso l'UVA del Distretto di Benevento è stato attivato un servizio di Neuropsicologia ad esclusivo accesso dai Centri UVA. Tale servizio, gestito da una Dirigente Psicologa (che da pochi mesi ha visto ridotto, con provvedimento poco oculato, il proprio orario presso l'UVA a beneficio dell'UO di Riabilitazione) è utilizzato pienamente dall'UVA del Distretto 07 mentre, pur essendo pienamente disponibile, viene viceversa utilizzato meno frequentemente da Centri diversi da quello del DS 07. Tale servizio resta tutt'ora l'unico in provincia (AO compresa) ad effettuare sistematicamente su tutti i pazienti afferenti all'UVA un'indagine neuropsicologica che non sia quella basata sul solo MMSE (Mini Mental State Examination). Per una minoranza di casi meno "routinari" i pazienti, previa dovuta informazione, vengono indirizzati ad una Specialista Neuropsicologa esterna di eccellente livello scientifico che li esegue in regime privatistico.

Inoltre l'UVA del Distretto di Benevento ha mantenuto, nel corso degli anni una lista di prenotazione distinta in agenda CUP utilizzando la dicitura "Valutazione Multidimensionale Geriatrica d'Equipe" (89.07) presente nel Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale, recentemente modificata nella dicitura "Valutazione Multidisciplinare d'Equipe per il trattamento" (89070.003) nella revisione del Nomenclatore. Questo accorgimento, la cui validità è stata poi riconosciuta poi nel Piano Nazionale Demenze (PND) del 2015, permette di poter dedicare tempi maggiori per le prestazioni UVA e di tenere distinti in una sorta di "canale dedicato" i pazienti affetti da questo tipo di patologia. Tale accorgimento, dopo una partenza unitaria concordata tra gli Specialisti sul territorio aziendale, non è stato mantenuto da altre UVA che hanno pertanto una unica corsia di prenotazione che è quella delle ordinarie visite neurologiche o geriatriche. Altra difficoltà con la quale da oltre 15 anni quotidianamente ci si scontra è quella di fare adottare ai MMG tale modalità prescrittiva per i soggetti con sospetto deficit cognitivo: purtroppo, nonostante i reiterati appelli, i MMG non sempre si attengono a questa semplice prassi. Ad ottobre 2016 ancora una volta l'applicazione di tale procedura è stata sollecitata da parte del Responsabile UO Assistenza Anziani e dal Responsabile clinico dell'UVA al Direttore Sanitario ed al Direttore di Distretto affinché si facciano parte dirigente presso i MMG per l'adozione di tale modalità prescrittiva.

Fin dal 2003 l'UVA del Distretto di Benevento ha adottato, sulla base delle indicazioni del Progetto Cronos e delle Linee Guida in materia, una flow-chart che sotto si riporta:



Una serie di circostanze oggettive, di carenze organizzative e di personale, la mancata collaborazione dei MMG anche nel semplice invio di una scheda anamnestico - clinica, non disgiunte da una certa inerzia da parte delle precedenti Dirigenze aziendali nel cercare le migliori soluzioni organizzative possibili, hanno fatto sì che tale implementazione sia rimasta solo parziale. Ad esempio non si è mai potuta realizzare una reale interazione tra Neurologo e Geriatra, non c'è stato ancora modo di creare dei percorsi diagnostico – terapeutici preferenziali per eseguire in tempi brevi l'iter diagnostico richiesto, sia presso strutture interne sia presso strutture accreditate, dopo una brillante partenza si è dovuto fare a meno della struttura per il Training Cognitivo, per il supporto psicologico ai caregiver e per il servizio di Assistenza Sociale. Un tanto indispensabile quanto innovativo per la realtà locale Centro Diurno per i malati di Alzheimer localizzato a Puglianello, arredato ed attrezzato, la cui operatività era stata attivata fin dal settembre 2008 (Delibera Direttore Generale n. 128 del 26/03/2009), per ragioni sconosciute non è mai entrato in funzione.

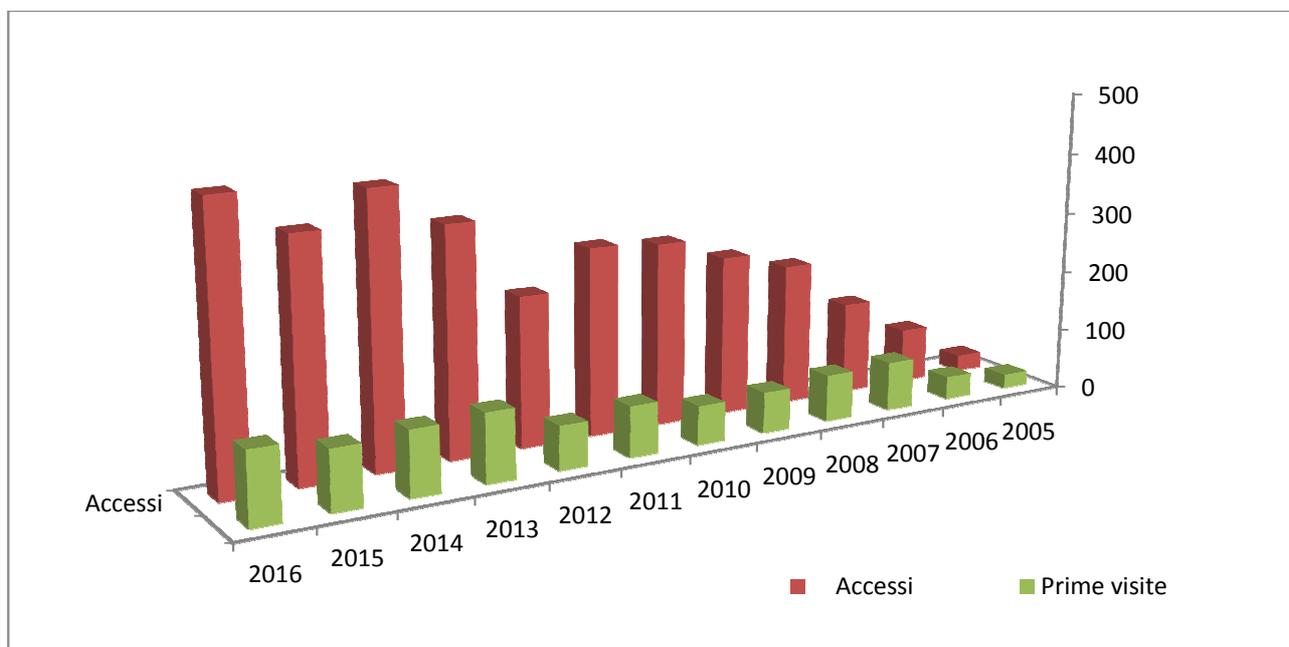
L'attività dal 2005 (anno di adozione del database informatizzato strutturato dal Responsabile clinico) in poi dell'UVA del DS 07 – Benevento 1 (le UVA sono state ridenominate "Centri per i Disturbi Cognitivi e le

Demenze” - CDCD - dal Provvedimento del 30/10/2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri a Conferenza unificata “Piano Nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”) è sintetizzata nella sottostante tabella:

UVA Distretto Sanitario Benevento 1 (DS07): Pazienti gestiti 01/01/2005 - 31/12/2016

Anno	Accessi	Prime visite
2005	26	23
2006	88	37
2007	149	79
2008	229	76
2009	258	66
2010	295	63
2011	303	82
2012	242	71
2013	368	111
2014	435	105
2015	382	97
2016	450	116
TOTALI	3225	926

Il basso numero di pazienti relativi al 2005 e 2006 è legato ad un avvio parziale della registrazione dei pazienti nel database anche legato al fatto che in altri Distretti l’UVA non era neppure fornita di un PC.



Il CDCD del Distretto 07 Benevento 1 nel 2014 è stato prescelto dall’ISS tra i 10 in tutta Italia (insieme a ospedalieri, universitari ed IRRCS) per partecipare alla ricerca sull’epidemiologia delle Demenze promossa dalla SINDEM e purtroppo arenatasi alla fase dello studio retrospettivo per mancata erogazione dei finanziamenti previsti da parte del Ministero della Salute.

Proposta per un PDTA per le Demenze da implementarsi in via sperimentale nel Distretto Benevento

La cornice normativa

Le Istituzioni a livello Nazionale e Regionale, presa finalmente piena consapevolezza delle dimensioni sociali ed economiche, oltre che dell'impatto sanitario, del problema Demenze, hanno rivisitato ed aggiornato la disposizioni legislative regolanti gli interventi in materia.

Il primo disposto governativo è stato il Provvedimento del 30/10/2014 emanato dalla Presidenza del CdM Conferenza Unificata: "Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento recante: «Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze», pubblicata in GU Serie Generale n.9 del 13-1-2015). Il Piano Nazionale Demenze (PND) è stato formulato dal Ministero della Salute in stretta collaborazione con le Regioni, l'Istituto Superiore di Sanità e le tre Associazioni Nazionali dei pazienti e dei familiari.

Il PND è un importante documento di sanità pubblica che fornisce indicazioni strategiche per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore delle demenze "partendo dal presupposto che, come in tutte le patologie cronico - degenerative nelle quali l'approccio farmacologico non è risolutivo nel modificarne la storia naturale, occorre prevedere un insieme articolato ed organico di percorsi assistenziali, secondo una filosofia di gestione integrata della malattia".

Dopo il progetto Cronos il PND rappresenta il più importante intervento di sanità pubblica nel nostro paese che allinea l'Italia alle politiche in atto negli altri paesi occidentali. La consapevolezza della complessità del fenomeno delle demenze, con tutte le sue implicazioni sulla tenuta del tessuto sociale, richiede infatti un impegno straordinario da parte delle Istituzioni, centrali e regionali, in stretto raccordo con le Associazioni dei familiari e dei pazienti. Questo impegno deve indirizzarsi verso lo sviluppo di una capacità di governance dei fenomeni complessi, indispensabile ad affrontare una vera e propria emergenza socio-sanitaria.

La Regione Campania ha recepito il PND mediante il Decreto n. 52 del 29/05/2015: Recepimento Accordo Stato-Regioni del 30/10/2014 e approvazione "Indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la presa in carico delle persone con demenza: verso il P.D.T.A. demenze". Rispetto al DCA n. 17 del 20/03/2014 che indicava alcuni Percorsi Ambulatoriali Coordinati (PAC) tra i quali non erano previste le patologie dementigene, il Decreto n. 52 introduce per la prima volta in Campania il concetto di PDTA applicata alle più devastanti tra le patologie neurodegenerative.

Il concetto di percorso diagnostico-terapeutico assistenziale nasce formalmente e concettualmente con la Legge 229/99 e viene richiamato nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000. Successivamente nel protocollo d'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 viene prevista la promozione dello sviluppo e dell'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici ospedalieri e territoriali. La Legge 296/2006 sancisce che i percorsi diagnostico-terapeutici siano costituiti da linee-guida ed intesi come percorsi definiti

ed adeguati periodicamente con Decreto del Ministro della Salute. Gli iniziali obiettivi del PDTA si ampliano con la Legge 102/2009 nonché con il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. L'importanza dei PDTA è stata di recente ribadita anche nel D.L. 13 settembre 2012 n.158, ove viene fatto specifico riferimento agli interventi da parte delle Regioni per razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte di strutture pubbliche, di consolidare prassi assistenziali e di guidare i clinici in percorsi diagnostici e terapeutici specifici.

Publicato sul BURC n. 63 del 26/09/2016 interviene infine il DCA n. 99 del 22.09.2016 "Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018". In esso al punto 4.1.3 - La rete di assistenza e il riequilibrio territorio-ospedale si legge testualmente: *"Pertanto, i tre classici livelli di assistenza (primaria, specialistica ambulatoriale e degenza ospedaliera) costituiscono un continuum, una rete in cui viene utilizzato lo strumento della gestione integrata e in cui ciascun professionista e l'intero team adotta un Percorso Diagnostico – Terapeutico - Assistenziale (PDTA) condiviso e costruito sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, con l'ottica di valorizzare il contributo di tutti gli attori della filiera assistenziale di cui l'assistito diventa parte attiva sottoscrivendo un patto di cura con l'equipe operativa. In particolare, il presente Piano stabilisce l'attivazione prioritaria dei PDTA relativi alle seguenti condizioni croniche:*

- ...
- *demenze in applicazione del DCA n. 52/2015".*

Ed ancora al punto 4.3.3 – La Residenzialità: Offerta residenziale e semiresidenziale: *"L'attuale offerta residenziale e semiresidenziale disciplinata e programmata in Regione Campania per gli adulti non autosufficienti prevede soltanto le Residenze Sanitarie Assistite, anche con modulo demenze, e centri Diurni anche per demenze.*

Al termine del triennio di programmazione 2016-2018 l'offerta per soggetti adulti non autosufficienti in regione Campania si presenterà come segue.

- ...
- *assistenza residenziale estensiva a persone affette da demenze erogata nelle "Unità di cure residenziali per demenze (R2D)" attuale nucleo demenze delle attuali RSA anziani;*
- ...
- *assistenza semiresidenziale a persone affette da demenza erogata nelle "Unità di Cure Semiresidenziali per demenze (SRD)" attuali centri diurni per soggetti affetti da demenze;*
- ...

L'accesso a tale tipologia di servizi è subordinata alla valutazione multidimensionale da effettuarsi con gli strumenti approvati con gli atti già richiamati: delibere 323 e 324 del 3 luglio 2012, decreti del commissario ad acta n 70/2013.

Un focus particolare è rivolto ai disturbi cognitivi e demenze per i quali è in atto un piano di riorganizzazione delle ex unità di valutazione Alzheimer. Attualmente sono in fase di definizione i centri di disturbi cognitivi e demenze in relazione a specifici requisiti organizzativi ed assistenziali".

Sempre secondo il DCA n. 99/2015 i CDCD *"saranno distinti in Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze di II livello, allocati presso gli ospedali o i Policlinici, e in Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze di I livello allocati nei distretti. Il sistema è pensato come un sistema di centri Hub & Spoke, in cui i centri di II livello o specialistici e i centri di I livello o territoriali si differenziano tra loro per la tipologia di servizi erogati oltre che per il livello di intervento, pur essendo il core delle attività diagnostica comune".*

Nel gennaio 2017 infine il Cdm ha approvato i nuovi LEA che nell'Allegato 8 "Pacchetti prestazionali nuovo Nomenclatore" riporta specificamente le prestazioni legate al trattamento delle Demenze (011.290.x, 011.291.1, 011.294.0)

L'Origine del PDTA: il ruolo del MMG

Qualsiasi Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale deve necessariamente e logicamente partire dal Medico deputato all'assistenza primaria sul territorio. Il MMG rappresenta, nella formulazione del sospetto diagnostico, nell'invio alle strutture di diagnosi e terapia di primo livello (CDCD del territorio), nell'attivazione e nel coordinamento di tutti i servizi che nel corso dei lunghi anni di decorso della patologia si rendono necessari, nelle prescrizioni farmacologiche e di presidi, nell'aiuto ai familiari, una figura assolutamente centrale ed insostituibile. Nel 2011 (ed aggiornate nel 2015) furono formulate da un gruppo di studio della Regione Toscana delle Linee Guida rivolte proprio ai MMG per renderne il più possibile tempestiva ed efficace l'azione su tale patologia [Linee Guida Demenza Regione Toscana, 2011 (http://www.snlg-iss.it/lgr_toscana_demenza_2011)]. Inoltre tali semplici procedure permettono di ridurre significativamente l'attuale relativamente alto tasso di inappropriata nell'invio di pazienti presso i CDCD.

In conseguenza dell'elevata varietà dei sintomi, dell'età in genere senile di insorgenza e dell'erroneo convincimento che la conservazione della memoria per eventi remoti sia un segno di assenza di deficit cognitivo, la demenza di solito non viene diagnosticata precocemente e ciò rappresenta, nell'attuale evidenza scientifica, uno dei fattori cruciali nell'insuccesso delle strategie terapeutiche. La maggior parte della ricerca scientifica sulle Demenze degenerative è centrata sulla possibilità di diagnosi pre - clinica e ciò fa capire quanto possa essere importante una diagnosi quantomeno "tempestiva".

Da rimarcare anche che una percentuale non trascurabile di demenze è secondaria a condizioni patologiche trattabili, alcune delle quali potenzialmente reversibili se identificate e trattate il prima possibile (per tutte, un ipotiroidismo o uno squilibrio elettrolitico). Il MMG conosce il profilo cognitivo/comportamentale dei suoi assistiti e può identificare i segni clinici del decadimento cognitivo al loro insorgere, anche avvalendosi delle segnalazioni dei familiari. Per converso, la depressione può, soprattutto nel paziente anziano, manifestarsi fino dalle fasi iniziali con deficit cognitivi, che possono regredire in seguito al trattamento antidepressivo. Quando rileva alterazioni cognitive - comportamentali, il medico di medicina generale dovrebbe valutare la presenza di sintomi depressivi, eventualmente avvalendosi di strumenti psicometrici e di altre competenze professionali. E' consigliabile l'uso della Geriatric Depression Scale (GDS) a 15 item: un punteggio >5 in questa scala di semplice somministrazione consente di intercettare una depressione nell'anziano.

La demenza va altresì distinta dal delirium, pur potendo coesistere con questo. Il delirium è una condizione età correlata che riguarda oltre il 30% della popolazione anziana con una patologia acuta o cronica scompensata. È uno stato confusionale che si sviluppa in un arco di tempo variabile da ore a giorni (sebbene in alcuni soggetti possa iniziare all'improvviso) e che fluttua nel corso della giornata. Fino al 60% dei residenti delle case di riposo di età superiore ai 75 anni può presentare delirium in qualsiasi momento. Fino all'80% dei pazienti con malattie terminali sviluppa delirium in prossimità della morte. Il delirium è generalmente conseguenza diretta di una condizione medica sistemica o della somministrazione o interruzione di farmaci. In particolare, deve essere sospettato in presenza di patologie infettive, recenti

interventi chirurgici, traumi, scompensi metabolici, stati allucinatori acuti, sospensione o introduzione di trattamenti farmacologici.

E' provato che i criteri diagnostici per la demenza contenuti nel Diagnostic and Statistical Manual – IV edition (DSM IV, 1994) hanno un ottimo livello di accuratezza, con sensibilità superiore all'80%.

Criteri diagnostici per la demenza da DSM-IV, 1994 (tutte le tipologie)	
A) Sviluppo di deficit cognitivi multipli, manifestati da entrambe le condizioni seguenti:	
1) deficit della memoria (compromissione della capacità di apprendere nuove informazioni o di ricordare informazioni già acquisite)	
2) una (o più) delle seguenti alterazioni cognitive: - afasia (alterazione del linguaggio) - aprassia (compromissione della capacità di eseguire attività motorie nonostante l'integrità neurologica) - agnosia (incapacità di riconoscere o di identificare oggetti nonostante l'integrità della funzione sensoriale) - disturbo delle funzioni esecutive (pianificare, organizzare, ordinare in sequenza, astrarre).	
B) Ciascuno dei deficit cognitivi dei criteri A1 e A2 causa una compromissione significativa del funzionamento sociale o lavorativo e rappresenta un significativo declino rispetto ad un precedente livello di funzionamento.	
C) I deficit non si presentano esclusivamente durante il decorso di un delirium.	

Il medico di medicina generale formula l'ipotesi diagnostica di demenza attraverso l'anamnesi, l'esame obiettivo generale, la ricerca di eventuali fattori causali iatrogeni e un'intervista strutturata, eseguita nell'ambito del team multiprofessionale.

Questionario da sottoporre alla persona che conosce meglio il paziente			
1	Ha difficoltà a ricordare recenti conversazioni, eventi e appuntamenti?	Si	No
2	Ha difficoltà a ricordare il giorno della settimana o la data attuale?	Si	No
3	Ripone frequentemente gli oggetti in luoghi inappropriati?	Si	No
4	E' più ripetitivo nel parlare?	Si	No
5	Ha difficoltà nel seguire un pensiero complesso o nell'eseguire compiti che richiedono numerose azioni?	Si	No
6	E' incapace di rispondere a problemi banali insorti a casa o sul lavoro?	Si	No
7	Si mostra stranamente poco riguardoso delle regole sociali di comportamento?	Si	No
8	Ha difficoltà nell'orientamento durante la guida dell'automobile?	Si	No
9	Tende a perdersi anche in luoghi familiari?	Si	No
10	E' passivo, non reagisce adeguatamente alle differenti situazioni e si mostra indifferente e distaccato?	Si	No
11	Interpreta in modo sbagliato stimoli uditivi e visivi?	Si	No
12	E' più irritabile e sospettoso del solito?	Si	No
13	Ha difficoltà sempre maggiori a trovare le parole che esprimono ciò che vuole comunicare ("sulla punta della lingua") ed a seguire le conversazioni?	Si	No

Anche una sola risposta affermativa ad una di queste 13 domande è sufficiente a procedere ad una valutazione cognitiva iniziale. Per la valutazione cognitiva iniziale si consiglia la somministrazione del Mini-Cog Test, che consente di verificare la memoria a lungo e a breve termine, la capacità di rappresentazione visiva e spaziale, la capacità di attenzione e le funzioni esecutive.

Il test, della durata di 3 minuti, consiste nell'apprendimento di tre parole, nel disegno del quadrante di un orologio e nel ricordo delle tre parole.

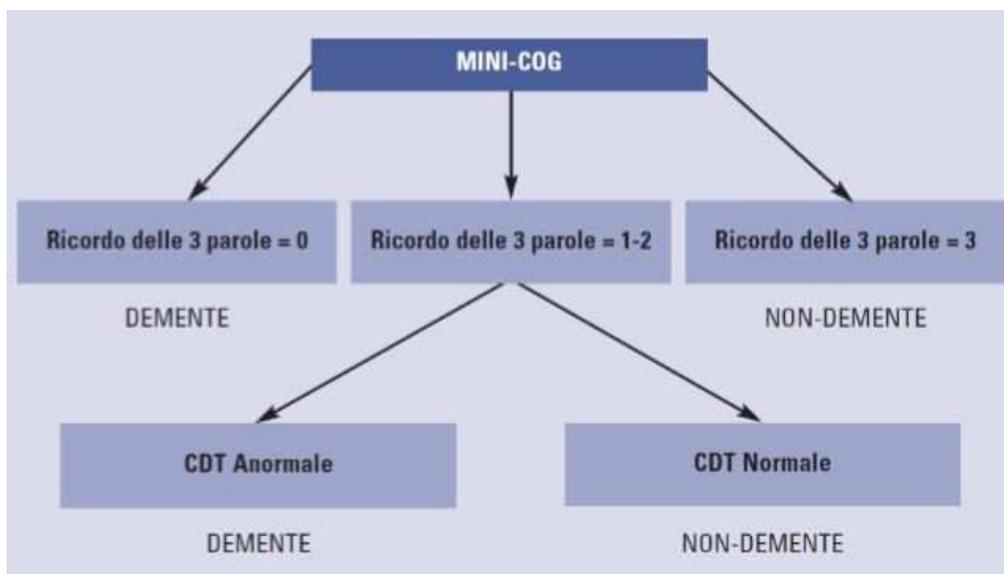
1. Inizialmente si chiede al paziente di ripetere 3 parole prive di attinenza tra loro, come nel Mini- Mental State Examination (MMSE), ad esempio "cane", "casa", "gatto".

2. Si sottopone il paziente al test dell'orologio (CDT), chiedendo al paziente di:

- disegnare il quadrante di un orologio (una circonferenza);
- completarlo con i numeri;
- mettere le lancette alle undici e dieci;

(il test è considerato normale se tutti i numeri sono presenti nella sequenza e nella posizione corretta e se le lancette indicano l'ora richiesta).

3. Si chiede poi al paziente di ripetere le tre parole. Il test risulta sospetto per demenza sulla base dell'algoritmo seguente:



Nell'ambito delle attività del medico di medicina generale è buona pratica ricercare tutte le condizioni patologiche che possono essere causa di disturbi cognitivi.

Nel momento in cui il MMG ha eseguito queste semplicissime procedure di screening cognitivo (che andrebbero applicate estensivamente a tutti gli assistiti > 65 anni ed a quelli più giovani in cui il paziente stesso o i familiari ravvisino qualche problema), la fase successiva sarà quella dell'invio al CDCD di competenza territoriale mediante impegnativa con dicitura "Valutazione Multidisciplinare d'equipe – 89070.003 – PDTA Demenze". E' assolutamente indispensabile, nell'attesa di effettiva entrata in funzione anche in Campania del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), che il MMG si interfacci con il CDCD non soltanto con una semplice richiesta, come fino ad oggi sistematicamente accade, bensì con una scheda anamnestico – clinica completa, peraltro facilmente estraibile e stampabile dai software (Millewin ecc.) già in uso da anni presso gli studi di Medicina generale. Il paziente, nell'ambito del primo accesso alla struttura sanitaria per il sospetto di disturbo cognitivo, in dipendenza delle decisioni aziendali, pagherà o meno una singola quota di compartecipazione alla spesa sanitaria e sarà avviato all'iter diagnostico che andrà concluso entro un tempo predeterminato. Per mantenere un allineamento con i PAC previsti dal DCA n. 17 del 20/03/2014, tale tempo non dovrebbe essere superiore ai 30 giorni.

La fase diagnostica del CDCD nell'ambito del PDTA.

Il percorso per la diagnosi di demenza è estremamente complesso sia sotto il profilo clinico che gestionale ed organizzativo. Così come indicato nelle recenti raccomandazioni del 2013 del progetto europeo Alcove la diagnosi deve in primo luogo essere tempestiva, disponibile ed accessibile a tutti i cittadini nel momento in cui venga rilevata un'alterazione delle funzioni cognitive.

La diagnosi di demenza e di inquadramento differenziale tra le varie forme è un vero e proprio "processo indiziario": nessuna indagine strumentale o neuropsicologica, per quanto sofisticata, è, ad oggi, in grado di far fare di per sé la diagnosi, che rimane un compito eminentemente e squisitamente clinico.

La valutazione multidimensionale e la valutazione diagnostico-clinica sono un tutt'uno, pur svolgendosi in tempi e luoghi diversi e da professionisti diversi; il momento diagnostico, che può essere effettuato in vari momenti e luoghi, costituisce l'avvio ovvero la prima fase della valutazione multidimensionale. E' evidente che l'iter diagnostico e quello della valutazione multidimensionale sono strettamente intrecciati e connessi, ciò è determinato dalla complessità della demenza che si configura a livello assistenziale come un bisogno che necessita di risposte articolate e diversificate in relazione alle necessità assistenziali dell'utente/paziente e dei suoi familiari. Pertanto, in tutte le sue fasi, dal processo diagnostico a quello terapeutico, oltre l'esame clinico lo strumento migliore per definirne tutti gli aspetti è la Valutazione Multidimensionale (VMD). In questo contesto operativo essa si dispiega temporalmente in diverse fasi.

I Centri territoriali di I livello sono il luogo della presa in carico globale del soggetto e della sua famiglia per l'assistenza e il supporto (counselling, indicazioni per il riconoscimento dell'invalidità e dell'indennità di accompagnamento, eventuale individuazione di un amministratore di sostegno, accesso ai presidi e ausili protesici, assistenza domiciliare integrata e programmata, accesso ai centri diurni e alle RSA con Nucleo Alzheimer). Effettuano in modo diretto o in collegamento funzionale con le unità operative territoriali:

- *l'accertamento della diagnosi, valutazione neuropsicologica, funzionale e comportamentale;*
- *il trattamento farmacologico (per il disturbo cognitivo e per il controllo dei disturbi comportamentali) e psicosociale (riattivazione cognitiva, terapia di orientamento alla realtà, terapia occupazionale);*
- *i successivi follow-up per il monitoraggio dei trattamenti suddetti, in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivo - comportamentali;*
- *l'attività informativa, di counselling e di sostegno psicologico per i familiari.*
- *la presa in carico tempestiva dei soggetti inviati direttamente dal MMG, U.O: distrettuale, dal Centro specialistico, attivando un percorso dedicato.*

La fase diagnostica di primo livello, in accordo con le LG del DCA 52/2015, prevede, in un ordine cronologico seppur flessibile ed adattabile alle condizioni del singolo paziente e del giudizio clinico dello specialista, le seguenti indagini:

1. la valutazione anamnestica (familiare e patologica) e clinica (esame obiettivo generale e neurologico); tale valutazione può essere eseguita dal Neurologo o dal Geriatra nei Distretti laddove sia presente soltanto questa figura, mentre sarebbe auspicabile una doppia valutazione nei Distretti dove ciò è possibile per la presenza di entrambe le figure professionali;
2. la routine di laboratorio già prevista per il progetto Cronos;
3. la valutazione neuropsicologica con test cognitivi;

4. la valutazione psico - comportamentale, con scale adeguate;
5. la valutazione funzionale con scale adeguate;
6. la valutazione della funzionalità motoria con scale adeguate (ove necessaria);
7. valutazione della comorbilità (a tal fine, anche per la valutazione delle possibilità farmacologiche, vengono praticati di routine Rx torace, Visita cardiologica con ECG ed ecocardiografia, ecodoppler dei TSA); altre consulenze specialistiche ritenute necessarie (specie endocrinologica / diabetologica, ortopedica, oculistica, pneumologica);
8. esami di neuroimaging morfologico (TC e/o RMN encefalo) e funzionale (PET cerebrale);
9. esami specifici per particolari condizioni cliniche (EEG, ecc.).

Nel CDCD del Distretto Benevento 1 (DS 07) le prestazioni di cui ai punti 1., 2., 3., 4., 5 e 6. sono già attualmente routinariamente eseguite nell'ambito della prestazione CDCD avviata con la iniziale richiesta del MMG. L'EEG, inserito tra gli esami specifici del punto 9., viene già eseguito presso lo stesso ambulatorio del CDCD in tempi brevi ove se ne ravvisi la necessità.

La criticità, che un PDTA deve affrontare e superare rispetto all'attuale procedura, è la strettoia dei tempi d'attesa legati soprattutto a:

- a. visita cardiologica con ECG ed ecocardiografia;
- b. ecodoppler dei TSA;
- c. altre consulenze specialistiche (endocrinologica / diabetologica, ortopedica, oculistica, pneumologica);
- d. esami di neuroimaging morfologico (TC e/o RMN encefalo) e funzionale (PET cerebrale);
- e. visita di controllo presso CDCD.

La soluzione a tale problema, per i punti a., b. e c. può essere rappresentata da una priorità nelle agende di prenotazione degli Specialisti convenzionati o dipendenti aziendali, ove il paziente non voglia provvedere autonomamente, presso sanitari di fiducia, all'esecuzione degli esami.

Per quanto concerne il punto d. l'assenza nell'ambito del Distretto di apparecchiature di neuroimaging strutturale e funzionale in strutture pubbliche e la scarsa propensione dell'utenza a spostarsi presso il PO di Sant'Agata de' Goti (peraltro provvisto di sola TC cerebrale) fa sì che siano da ricercare sul piano pratico soluzioni diverse. Nel settembre 2010 (con un successivo aggiornamento nel 2013) il Ministero della Salute ha pubblicato Linee Guida sull'impiego delle tecniche di imaging nelle demenze, che rappresentano un valido strumento di aggiornamento e di Evidence Based Medicine (EBM), la cui applicazione sul caso singolo va valutata alla luce della competenza ed esperienza del singolo professionista.

- Nella fase di diagnosi, gli esami di neuroimaging cerebrale morfologico, Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) e Risonanza Magnetica Nucleare (MRI) cerebrale senza mezzo di contrasto sono raccomandate per escludere neoplasie o forme espansive (tumori, ematoma subdurale, idrocefalo, ecc.) e sono utilizzabili per la conferma di diagnosi di AD e di demenza vascolare (VD).
- Nella fase di diagnosi differenziale tra le varie forme di demenza l'uso della MRI e della TC non è al momento raccomandato. Nella diagnosi differenziale tra AD e VD e tra AD e FTD è però consigliato il loro uso.
- Nella diagnosi differenziale tra AD e VD e tra AD ed FTD è consigliato allo specialista l'uso di esami di neuroimaging funzionale (18FDG-PET e 99mTc-HMPAO SPECT).
- Nella diagnosi differenziale tra malattia di AD e LBD è consigliato allo specialista l'uso della SPECT con 123I-FP-CIT.

Poiché sia nella fase di accertamento che in quella di differenziazione diagnostica l'uso del neuroimaging è considerato un valido supporto alla valutazione clinico-anamnestica, la TAC e la MRI encefalo senza mdc sono incluse tra le prestazioni esenti per patologia nel caso dei seguenti codici: codice 0.29 (malattia di Alzheimer) - 0.11 (290.0 demenza senile, 290.1 demenza presenile, 290.2 demenza senile con aspetti deliranti o depressivi, 290.4 demenza arteriosclerotica).

Esami RMN qualitativamente superiori sono richiedibili ad alcune strutture e consentono di ottenere misurazioni ed indici utili ad una maggiore definizione della patologia e della sua progressione nel tempo. Un accordo con strutture pubbliche o già convenzionate per tali esami e che abbiano gli standard qualitativi richiesti potrebbe essere previsto previa stipula di un accordo per la fornitura di tali prestazioni in tempi massimi predeterminati che rientrino comunque nei 30 giorni previsti.

Per esami particolari da richiedere in casi estremamente selezionati (esami del liquor, indagini genetiche ecc.) si farà ricorso ai CDCD di II livello che, nel caso del nostro territorio, sarà l'U.O. di Neurologia dell'A.O. "Rummo" di Benevento.

Per quel che concerne il punto e., una ottimizzazione del percorso e/o un incremento delle ore dedicate esclusivamente all'attività CDCD, porterà ad una erogazione nei tempi previsti anche della prima visita di controllo, che è quella in cui si opera la sintesi diagnostica tra gli elementi anamnestico – clinici emersi in sede di prima visita e le risultanze delle indagini strumentali e neuropsicologiche.

La fase terapeutica del CDCD nell'ambito del PDTA.

Terminata la fase diagnostica, tutta la cartella clinica (cartacea o meglio elettronica) viene fatta pervenire da parte del CDCD al MMG. In stretta collaborazione con il MMG, il paziente e la sua famiglia verranno decisi i successivi interventi.

La diagnosi infatti consente la definizione dello status di "paziente" e la prescrizione della terapia aprendo la porta a tutti i servizi assistenziali dedicati. La persona con demenza esprime un bisogno assistenziale cronico e complesso, fatto di molti aspetti come ben descritto nella VMD. Nella medicina della complessità e della cronicità curare vuol dire mantenere il sistema « paziente » nel migliore equilibrio possibile con una presa in carico globale. Per la persona con demenza la cura si fa progetto e comprende gli operatori, i sistemi socio-sanitari, la famiglia e l'ambiente. Accompagna il paziente e cerca un equilibrio sempre diverso nell'evolversi delle situazioni tendendo al miglior benessere possibile. Il modello di presa in carico delle persone con demenza tende dalla dispersione alla ricomposizione di quanto ora frantumato e disperso nell'offerta assistenziale socio-sanitaria, evitando la polverizzazione degli accessi, la parcellizzazione degli interventi e la burocratizzazione dei servizi.

Tanto premesso gli interventi di cura assumono le seguenti forme:

1. Trattamenti farmacologici
 - a) Trattamenti farmacologici per i disturbi cognitivi
 - b) Trattamenti farmacologici per i disturbi comportamentali
2. Trattamenti non farmacologici

1. Trattamenti farmacologici

1.a) Farmaci per i sintomi cognitivi:

Attualmente sono disponibili ed autorizzati dal SSN, per il trattamento dell'AD, due classi di farmaci:

- Inibitori delle colinesterasi (ChEI) (donepezil, rivastigmina e galantamina)
- Antagonisti dei recettori N-metil D-aspartato (NMDA) (memantina)

Entrambe queste classi di farmaci non sono in grado di guarire la demenza, ma ne possono rallentare e modificarne la progressione ed hanno come indicazione specifica l'AD. La prescrizione a carico del SSN di questi farmaci è regolamentata dalla nota 85 dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

Entrambe tali classi farmacologiche necessitano ormai di piano terapeutico (Modello Unico di Prescrizione, MUP) su piattaforma informatizzata regionale SaniArp.

1.b) Farmaci per i disturbi psico - comportamentali:

Nel corso della storia naturale delle demenze si manifestano spesso disturbi del comportamento, del tono dell'umore e della affettività (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD), che influiscono notevolmente sulla qualità di vita del "caregiver e del paziente. Questi sintomi sono eterogenei, non prevedibili e la loro gravità può variare nelle diverse fasi della malattia, ma sono sempre causa di grande sofferenza e preoccupazione. I BPSD sono comuni a tutti i tipi di demenza, sono spesso simultanei e presenti in tutti i pazienti nel corso naturale della malattia. I farmaci utilizzati sono prevalentemente antipsicotici, classificati come tipici ed atipici. I farmaci antipsicotici tipici sono l'aloiperidolo (Haldol, Serenase), promazina (Talofen), clorpromazina (Largactil). Quelli atipici o di seconda generazione sono la clozapina (Leponex 25-100 mg), olanzapina (Zyprexa), risperidone (Risperdal), la quietapina (Seroquel). Anche questi ultimi sono assoggettati alla prescrizione mediante MUP. Di grande utilità sono anche i farmaci antidepressivi, in particolare gli inibitori del reuptake della serotonina, che devono essere utilizzati in pazienti con demenza nel trattamento dei sintomi depressivi. Questo trattamento è di grande importanza anche nelle fasi iniziali nelle quali è necessario escludere la presenza di pseudo demenza depressiva.

Al fine di monitorare l'andamento della patologia e dell'esito che sortiscono le terapie farmacologiche, vengono effettuate visite di controllo successive alla seconda e che pertanto esulano dal PDTA, con cadenza variabile tra i 2 e i 6 mesi. Anche per tali prestazioni verrà usata la richiesta di "Valutazione Multidisciplinare d'equipe" (89070.003) e, laddove opportuno o necessario, in occasione di queste, potranno essere richiesti esami facenti parte dello screening iniziale; ciò vale soprattutto per i test neuropsicologici che si mostrano essere lo strumento più oggettivo ed affidabile per il monitoraggio cognitivo.

2. Trattamenti non farmacologici

La tipologia di trattamento più adatto e appropriato al bisogno espresso è scelta al termine della fase di valutazione diagnostica, con la conferma della diagnosi di demenza. Il Centro demenza comunica la diagnosi alla famiglia/caregiver e prescrive il trattamento farmacologico dando comunicazione al MMG oppure formula una proposta di trattamento non farmacologico, ovvero di un percorso sociosanitario di riabilitazione cognitiva anche in centro diurno demenze oppure definisce una proposta di ammissione a servizi sociosanitari integrati: centri diurni demenze, strutture residenziali nucleo demenze, cure domiciliari ex ADI. Per quest'ultima tipologia di servizi si prevede l'attivazione della U.V.I. attraverso la p.u.a distrettuale e quindi secondo le procedure delle delibere di giunta regionale 41/2011 e 790/2012. Il MMG,

anche su indicazione del CDCD, redige la parte A della scheda S.Va.M.A. e richiede, secondo le procedure della delibera di giunta regionale n.41/2011, la valutazione multidimensionale in U.V.I. nel caso in cui ritiene il paziente bisognoso di una presa in carico immediata da parte dei servizi territoriali per l'ammissione in ADI o in strutture residenziali - RSA nucleo demenze o centro diurno demenze.

La riabilitazione cognitiva va impiegata il più precocemente possibile e costantemente in tutte le fasi della malattia con differenti modalità per ottenere la maggiore efficacia possibile. Pertanto è raccomandata in tutti i pazienti affetti da demenza. L'obiettivo di tale trattamento è stabilizzare il deficit cognitivo e consentire un progressivo processo di adattamento, da parte del paziente e della sua famiglia, a nuove condizioni, mantenendo il più a lungo possibile le abilità residue. In questo modo pur non riuscendo a guarire il paziente, può curarlo rallentandone il peggioramento, allungando la sua vita e migliorandone la qualità e stabilendo una profonda alleanza terapeutica.

Le modalità dell'intervento terapeutico di riabilitazione cognitiva per i pazienti con demenza prevedono approcci aspecifici e globali, oppure specifici con tecniche orientate al trattamento di singole funzioni cognitive. L'intervento aspecifico può essere effettuato con l'utilizzo di tecniche validate da più di venti anni di esperienza, come la terapia di Validazione, la terapia della Reminiscenza, la Terapia di Ri-orientamento della realtà (ROT), la Cognitive Stimulation Therapy (CST) e la Terapia Occupazionale (TO). Le ultime tre sono le più utilizzate, e per le quali esistono protocolli operative già diffusi e validati.

L'intervento specifico si riferisce a trattamenti dedicati a singole funzioni cognitive e si avvale sia di metodi "carta e penna", che di strumenti informatici con programmi di riabilitazione cognitiva al computer la cui efficacia si sta dimostrando sempre maggiore dando un valore aggiunto all'intervento.

Il trattamento di riabilitazione cognitiva prevede un approccio terapeutico individualizzato, dove la collaborazione tra più figure professionali (medico specialista, psicologo, terapeuta occupazionale, ecc) realizza il piano di intervento sulla base delle caratteristiche cliniche e cognitive del paziente.

Si esegue negli ambulatori di riabilitazione cognitiva e congiuntamente all'animazione e terapia occupazionale anche nei Centri diurni demenza e nelle RSA nucleo demenza.

Nella nostra Azienda, come prima accennato, già nel 2003 si iniziò ad operare con un servizio di ROT, di supporto psicologico ai caregiver ed un supporto di assistenza sociale alle famiglie degli ammalati, tutti effettuati da personale dipendente. Per i motivi su esposti l'esperienza fu interrotta, al di là di qualsiasi volontà degli Operatori, dopo circa un anno di attività.

Ritenendo indispensabile l'affiancamento delle terapie farmacologiche con quelle non farmacologiche, la Riabilitazione cognitiva deve essere integrata nel processo di cura. Attualmente l'offerta che il CDCD offre all'utenza è costituita dal Centro Relax che effettua tale trattamento in convenzione mediante richiesta ex Legge 11/84 effettuata dallo Specialista CDCD. I cicli erogati sono due all'anno di tre mesi ciascuno. Ciascun ciclo trimestrale si compone di 36 sedute. Questa organizzazione collide con due esigenze: 1) la necessità di sedute più frequenti (cinque a settimana) senza le interruzioni di tre mesi ogni tre mesi: infatti la finestra di maggiore beneficio della terapia cognitiva si esplica nei primi 2 – 3 anni dall'esordio ed è indispensabile sfruttare al meglio tali tempi; 2) la lista d'attesa che questa struttura riabilitativa possiede a causa del numero di richieste, aggravata dal fatto che i mancati rimborsi convenzionali fanno sì che in autunno il Centro, come molte altre strutture convenzionate, sospende l'erogazione delle prestazioni.

La fase assistenziale del CDCD nell'ambito del PDTA.

Da circa due anni si è costituito in Benevento il Movimento "Campus", Laboratorio civico permanente di studio, proposta e azione per il rilancio della città. Nel gruppo di cittadini che si occupano di tematiche legate al sociale e ad iniziative tese al miglioramento dell'assistenza è sorta l'idea della proposizione di un Centro Diurno per malati di Alzheimer. In tale progetto si possono coagulare insieme alcune iniziative già in essere nella nostra città: una iniziativa che sta avendo seguito nella nostra città è il Progetto A.M.A. (Attività per il supporto ai Malati di Alzheimer). Tale progetto ha posto in essere iniziative quali "Alzheimer CAFE" (laboratori di riabilitazione cognitiva, focal group, supporto ai caregiver), uno Sportello consulenziale (per assistenti familiari per confrontarsi e formarsi sulle questioni che riguardano la complessità del lavoro con i malati di Alzheimer) ed attività di Monitoraggio e Tutoraggio (per l'inserimento lavorativo e l'accompagnamento alla scelta e all'assunzione delle assistenti familiari).

Relativamente al Centro Diurno, si ritiene opportuna la sua ubicazione in ambito cittadino, data anche la maggiore quantità di utenza che potrebbe afferirvi. Ovviamente non sono da escludere ubicazioni di affiancamento quali quella proposta da Comune di Ceppaloni. In un recente incontro tra la Direzione Generale della ASL ed i rappresentanti di Campus, è stata individuata la possibile sede che è una costruzione isolata, dotata di spazio circostante recintato, sita in Via Torre della Catena a Benevento. Il Centro, operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 15,00, vedrà impiegato, in continuità di impegno attuale, personale volontario proveniente dall'AMA che supporterà un'equipe dedicata formata da: un neurologo (30 ore settimanali) da assegnare a rapporto di lavoro secondo ACN di Specialistica Ambulatoriale, due Psicologi esperti nel trattamento riabilitativo delle demenze (30 ore settimanali ciascuno) da assegnare a rapporto di lavoro secondo ACN di Specialistica Ambulatoriale, di una figura di assistente sociale. In questa struttura sarà possibile effettuare, affiancando l'opera già svolta dal Centro Relax in regime di convenzione, trattamento riabilitativo cognitivo.

L'AMA già ha iniziato attività di formazione professionale per badanti, attualmente allocato presso la sede delle ACLI in via Francesco Flora. In considerazione del fatto che le ACLI già da tempo curano e mettono a disposizione dei richiedenti un database di caregiver disponibili, completo di caratteristiche di nazionalità, esperienza, conoscenza della lingua italiana ecc, tale servizio può essere messo a disposizione dei familiari dei pazienti afferenti al CDCD che ne abbiano necessità.

Il 12/01/2017 il CdM ha varato, con proprio Dpcm, dopo 15 anni di attesa, i nuovi LEA. Tra di essi particolare attenzione è stata posta alle patologie croniche ed a prestazioni continuative nel corso delle malattie dementi gene. Nell'Allegato 8 è presente uno specifico "pacchetto prestazionale che prevede una Rieducazione (individuale e di gruppo) nelle ADL (93.11D e 93.11E) e il Training per i Disturbi Cognitivi (93.89.2 e 93.89.3). Con tale provvedimento viene compreso tra i Livelli Essenziali il trattamento riabilitativo che fino ad ora era stato non incluso specificamente, rientrando genericamente nelle prestazioni riabilitative prescrivibili ai sensi della Legge 11/84.

011	.290.0; .290.1; .290.2; .290.4; .291.1; .294.0;	DEMENZE	
PRESTAZIONI			FREQUENZA
		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	
93.11.D		RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo fino a 10 sedute	
		OPPURE	
93.11.E		RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare. Per seduta della durata di 60 min. Ciclo fino a 10 sedute	
93.89.2		TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	
		OPPURE	
93.89.3		TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	
<i>In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:</i>			
(S)	90.17.B	DOSAGGIO FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI	
(S)	90.17.C	DETERMINAZIONE FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	
	90.32.2	LITIO (P)	
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	
		(S) questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa	
		* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	

Con la progressione dello stadio di malattia ed il conseguente crescere della disabilità il paziente avrà necessità delle cure domiciliari già erogate presso la nostra Azienda dalle UU.OO. Assistenza Anziani.

Le Cure Domiciliari

L'attività delle Unità Operative Assistenza Anziani e Cure Domiciliari dei Distretti Sanitari si rivolge prevalentemente agli anziani non autosufficienti, parzialmente non autosufficienti ed a quelli affetti da pluripatologie ad alto rischio di invalidità, con particolare riguardo ai "pazienti ultra -sessantacinquenni". Per poter adempire a questo compito, l'U.O. Assistenza Anziani non si avvale esclusivamente di quanto la medicina tradizionale mette a disposizione in termini di strutture, servizi, organizzazione e metodologia di lavoro, ma ha bisogno di una organizzazione assistenziale e di una metodologia appropriata ai bisogni della persona anziana fragile. La valutazione globale è il metodo indispensabile per l'elaborazione di un piano di intervento personalizzato per l'anziano.

Questo metodo è proprio dalla Geriatria e si realizza con la valutazione multidimensionale (V.M.D), che tiene conto della componente sanitaria e di quella sociale, spesso intimamente connesse.

Il principio della Valutazione Multi Dimensionale (VMD) viene sancito in modo esplicito dal DPCM 14 febbraio 2001, dove all'articolo 4, comma 3, si recita: "per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio sanitarie, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno".

Per effettuare la valutazione del bisogno si ricorre a scale e strumenti scientificamente validati. La valutazione multi dimensionale (VMD) delle persone adulte ed anziane è lo strumento per l'accesso ai servizi socio sanitari di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati.

Le Cure Domiciliari Integrate sono rivolte non solo ai pazienti anziani ultrasessantacinquenni ma anche ai malati terminali, malati oncologici, ai disabili, alle persone con disagio psichico, ai minori con patologie croniche.

Le Cure Domiciliari sono un servizio erogato direttamente a casa dell'utente, che comprende prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali, erogazione di farmaci, materiale per medicazione, ausili e presidi.

È caratterizzata da vari livelli, che dipendono dalle specifiche necessità della persona che la richiede:

1. "Cure Domiciliari Prestazionali" caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata,

ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, per la presa in carico del paziente non richiede né una valutazione multidimensionale né l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. Sono richieste dal Medico responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. In caso di mutate condizioni sanitarie e/o sociali rilevate il MMG deve richiedere l'attivazione dell' Unità di Valutazione Integrata U.V.I.;

2. "Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello" comprendono quelle già definite in precedenza ADI. Si rivolgono a persone che, pur presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati articolati. La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni, medico infermieristiche, riabilitative mediche, medico specialistiche e socio assistenziali: tali prestazioni sono integrate in un mix all'interno di un Progetto Personalizzato, frutto di un processo di valutazione multidimensionale.
3. "Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari Palliative per malati terminali" assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l' Ospedalizzazione domiciliare (-Cure Palliative) sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze. Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche riferite a:
 - malati terminali (oncologici e non);
 - malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
 - fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
 - pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
 - pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
 - pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.Le cure domiciliari di terzo livello e le cure palliative ai malati terminali, pur se ricomprese in un unico livello assistenziale, sono erogate da distinte équipe: per i malati terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di un'équipe dedicata di cui fa parte anche il medico di medicina generale, i cui componenti abbiano un'adeguata formazione e competenza per le cure palliative.

La collocazione elettiva delle cure domiciliari, anche dove vengono offerti apporti ospedalieri, è nel LEA Assistenza Distrettuale. L'assistenza domiciliare, a qualsiasi livello, viene fornita solo in giorni ed ad ore stabilite. Gli operatori vengono assegnati ai vari assistiti, e dopo aver fatto il proprio lavoro presso il domicilio di ognuno di essi se ne vanno. Il supporto domiciliare non è continuativo come avviene in ospedale, chi ne usufruisce dovrà avere determinati requisiti: 1. essere non autosufficiente o temporaneamente non autosufficiente; 2. avere un supporto familiare, dato che l'assistenza domiciliare occupa solo un certo arco di tempo nel periodo della giornata. Il servizio domiciliare fornisce quelle prestazioni che la famiglia non può assicurare.

