



II "PIANO NAZIONALE DEMENZE": percorsi di cura e modelli di gestione integrata nel settore delle demenze

Francesco Torres

Definizione di demenza

Disturbo acquisito e di natura organica delle funzioni intellettive, caratterizzato da:

- deficit della memoria;
- deficit di almeno una delle altre funzioni cognitive (afasia, aprassia, agnosia, deficit del pensiero astratto o della capacità di critica ecc.);
- significativa interferenza con le attività lavorative, sociali e relazionali, con un peggioramento rispetto al precedente livello funzionale;
- in assenza di delirium.

Disturbo Neurocognitivo Maggiore

- ✓ Evidenza di un significativo declino prestazionale in uno o più domini cognitivi (attenzione, apprendimento e memoria, linguaggio, funzioni percettivo-motorie, cognizione sociale) rispetto ad un precedente livello prestazionale basata su:
 - testimonianza del paziente o di un informatore attendibile o di un medico
 - e
 - consistente compromissione delle prestazioni cognitive preferibilmente documentato da una valutazione neuropsicologica standardizzata o, in sua assenza, da un'altra misura di quantificazione clinica
- ✓ Il declino cognitivo interferisce con l'autonomia nelle attività della vita quotidiana (ovvero il soggetto richiede assistenza nelle attività strumentali complesse quali pagare i conti o gestire la terapia farmacologica)
- ✓ I deficit cognitivi non si manifestano esclusivamente in occasione di delirium
- ✓ I deficit cognitivi non sono meglio spiegati da altri disturbi mentali (ad esempio il disturbo depressivo maggiore o la schizofrenia).

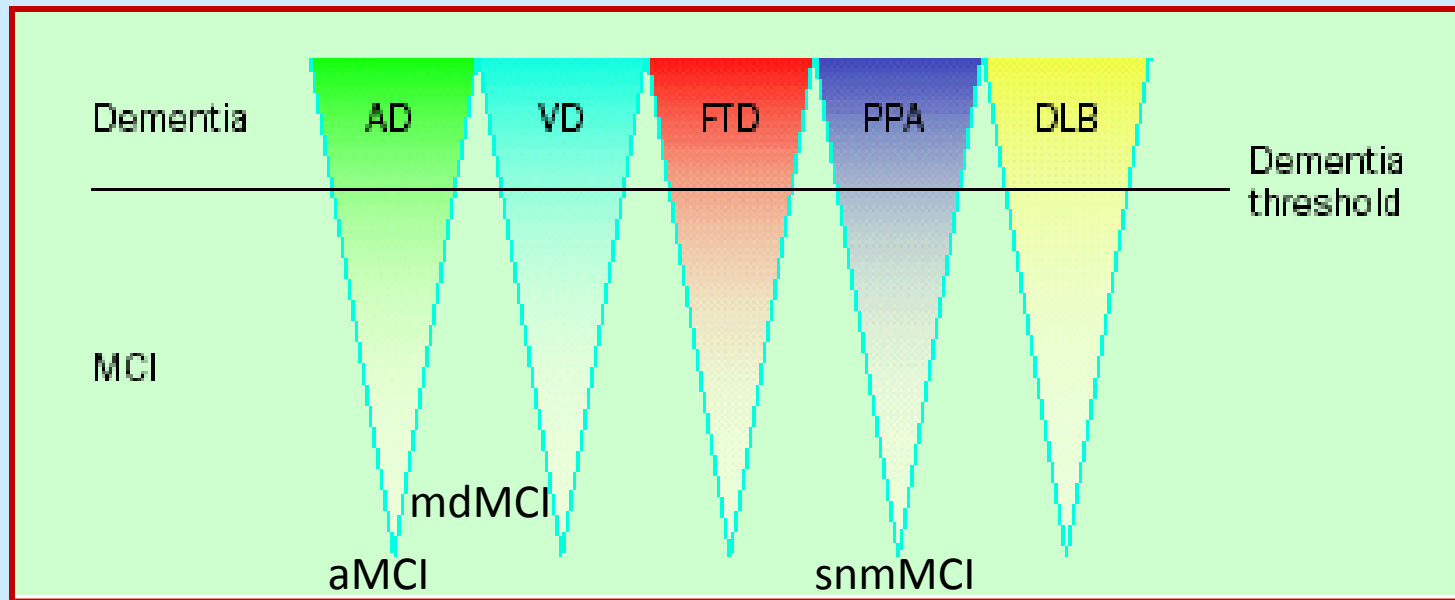
Disturbo Neurocognitivo Lieve

- ✓ Evidenza di un modesto declino prestazionale in uno o più domini cognitivi (attenzione, apprendimento e memoria, linguaggio, funzioni percettivo-motorie, cognizione sociale) rispetto ad un precedente livello prestazionale basata su:
 - testimonianza del paziente o di un informatore attendibile o di un medico
 - e
 - modesta compromissione delle prestazioni cognitive preferibilmente documentato da una valutazione neuropsicologica standardizzata o, in sua assenza, da un'altra misura di quantificazione clinica
- ✓ Il declino cognitivo NON interferisce con l'autonomia nelle attività della vita quotidiana (ovvero l'autonomia nelle attività strumentali complesse quali pagare i conti o gestire la terapia farmacologica è mantenuta, ma possono essere richiesti sforzi maggiori o strategie compensatorie o soluzioni di accomodamento)
- ✓ I deficit cognitivi non si manifestano esclusivamente in occasione di delirium
- ✓ I deficit cognitivi non sono meglio spiegati da altri disturbi mentali (ad esempio il disturbo depressivo maggiore o la schizofrenia).

DSM V - American Psychiatric Association, 2013

Mild Cognitive Impairment

Quadro caratterizzato da disturbi della memoria e/o di altre funzioni cognitive senza evidente compromissione delle attività della vita quotidiana.



Petersen, 1999/2001

Evoluzione verso la demenza (tasso di conversione):
3-15% dei soggetti entro un anno

Classificazione delle demenze

1) Degenerative

M. di Alzheimer

D. a corpi di Lewy

D. fronto-temporale (m. di Pick, APP ecc.)

D. associata a patologie extrapiramidali
(*m. di Parkinson, m. di Huntington,
paralisi sopranucleare progressiva*)

2) Vascolari

P. grandi vasi (*MID, da infarto strategico*)

P. piccoli vasi (*SIVD, cortico-sottocorticale*)

3) Infettive

Creutzfeld-Jakob (*encefalite spongiforme*)

Lue

4) Metaboliche

Ipotiroidismo, Deficit vit. B12, Alcoolismo

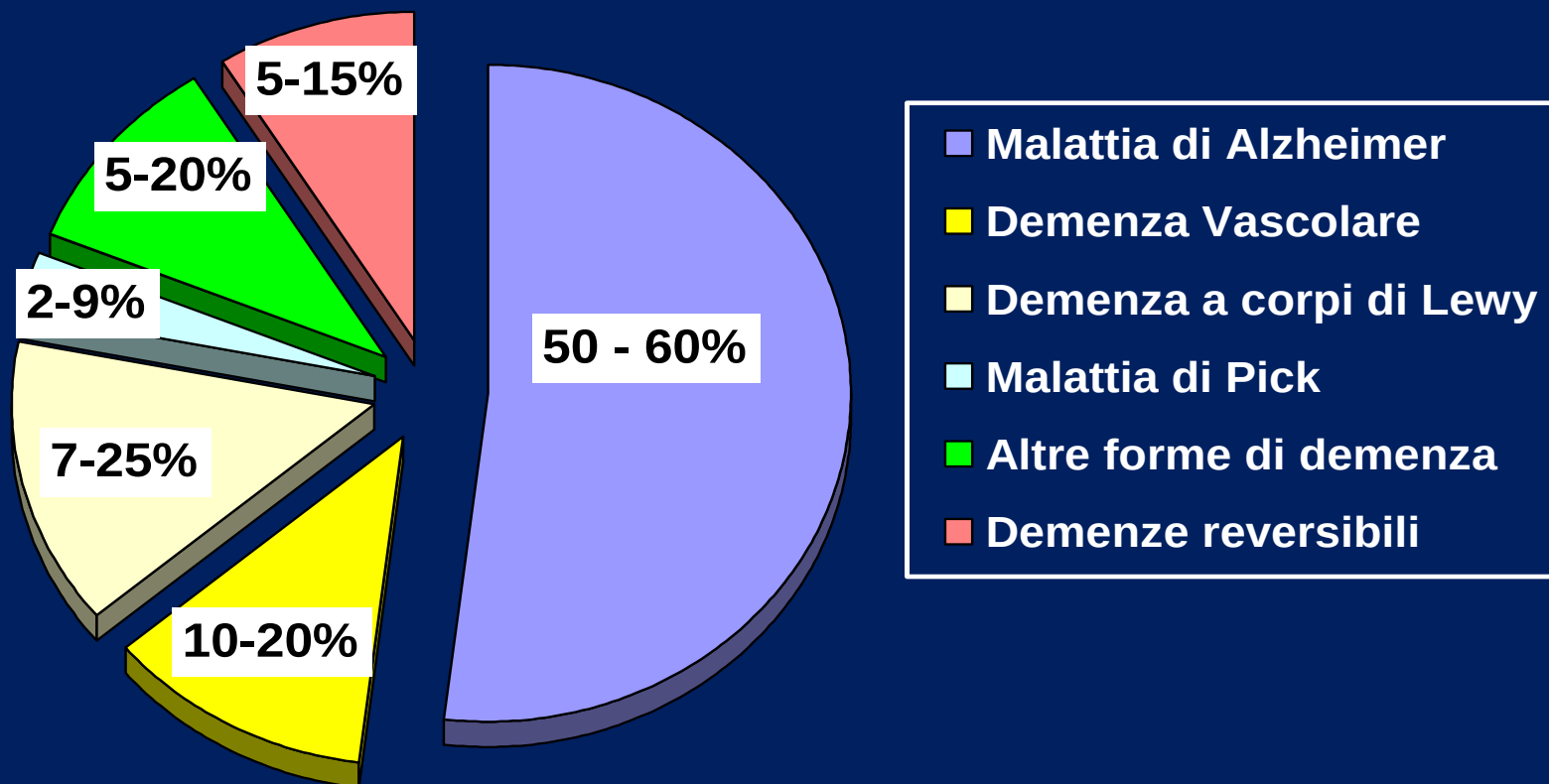
5) Da processi espansivi

Idrocefalo normoteso, Ematoma subdurale
Neoplasie

6) Altre

Post-traumatiche, Pseudodemenza
depressiva, Iatrogeniche (anticolinergici)

Epidemiologia delle demenze

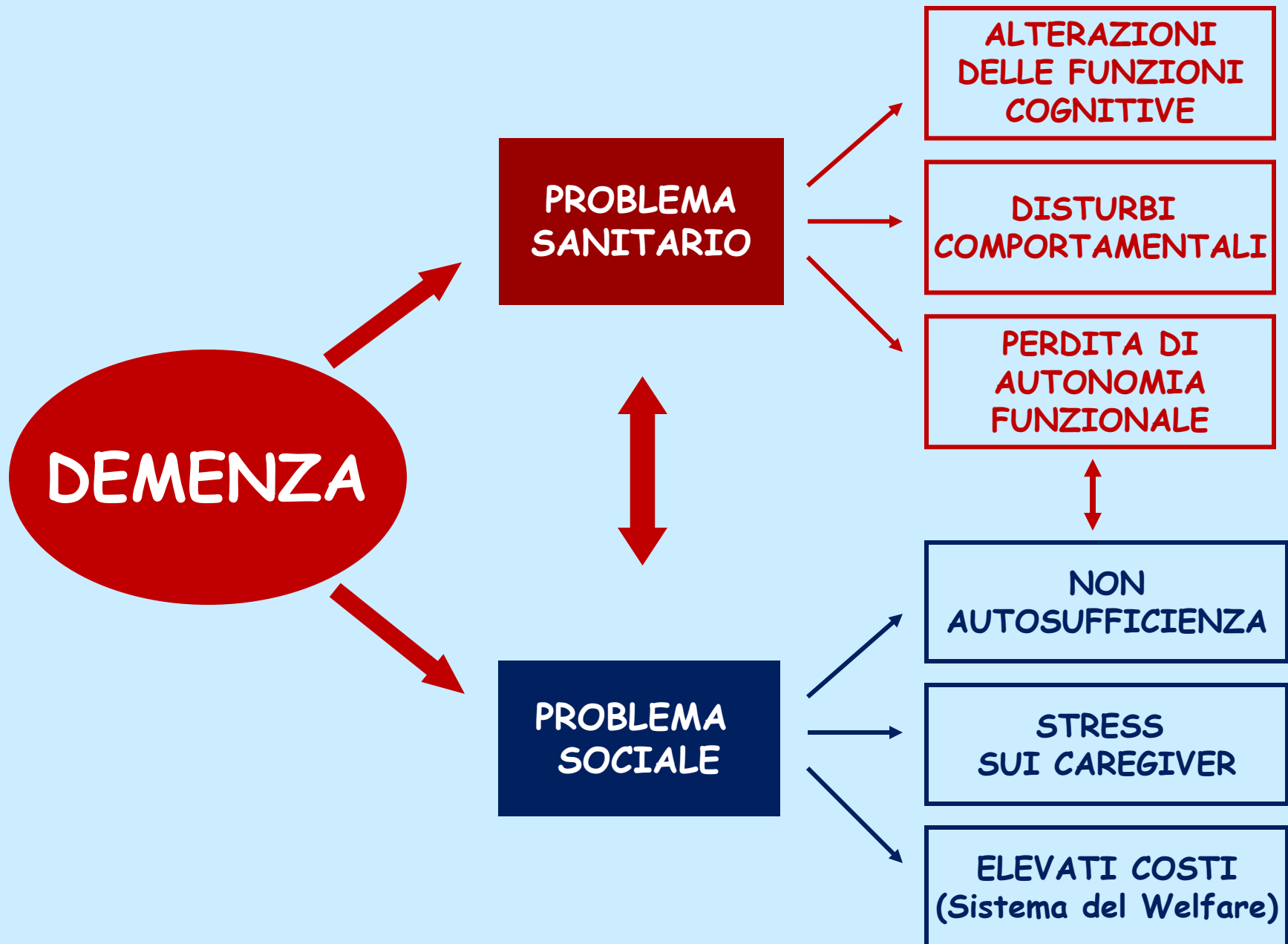


Storia naturale della demenza

La storia naturale è caratterizzata dalla progressione più o meno rapida di deficit cognitivi, di disturbi del comportamento e di alterazioni funzionali con perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza e vario grado di disabilità e dipendenza, fino alla immobilizzazione a letto.

"PIANO NAZIONALE DEMENZE

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



Deficit delle funzioni cognitive

Amnesia	deficit di apprendimento di nuove informazioni; deficit del ricordo di informazioni già acquisite.
Afasia	alterazioni del linguaggio.
Aprassia	incapacità di compiere gesti coordinati e diretti a un determinato fine, sebbene siano mantenute inalterate le capacità motorie.
Agnosia	incapacità di riconoscere o identificare oggetti malgrado l'integrità delle funzioni sensoriali.
Deficit funzioni esecutive	incapacità di pianificare, organizzare, ordinare in sequenza, astrarre.

Disturbi psicologici e comportamentali nella demenza (BPSD)

Disturbi della personalità e del comportamento

Agitazione/aggressività
Irritabilità
Disinibizione
Apatia
Comportamento motorio aberrante

Psicosi

Disturbi della percezione (allucinazioni)
Disturbi del pensiero (deliri)

BPSD

```
graph TD; BPSD[BPSD] --> A[Disturbi della personalità e del comportamento]; BPSD --> B[Psicosi]; BPSD --> C[Disturbi dell'affettività]; BPSD --> D[Disturbi neuro-vegetativi];
```

Disturbi dell'affettività

Depressione
Ansia
Mania

Disturbi neuro-vegetativi

Comportamenti alimentari inappropriati
Alterazioni del ritmo sonno-veglia

Attività della vita quotidiana

ADL

(Activities of Daily Living)

- Lavarsi
- Vestirsi
- Utilizzare la toilette
- Spostarsi
- Controllare la continenza
- Alimentarsi

IADL

(Instrumental Activities of Daily Living)

- Usare il telefono
- Fare la spesa
- Preparare i pasti
- Curare la casa
- Fare il bucato
- Spostarsi fuori di casa
- Assumere farmaci
- Gestire il denaro

Impatto sociale ed economico della demenza

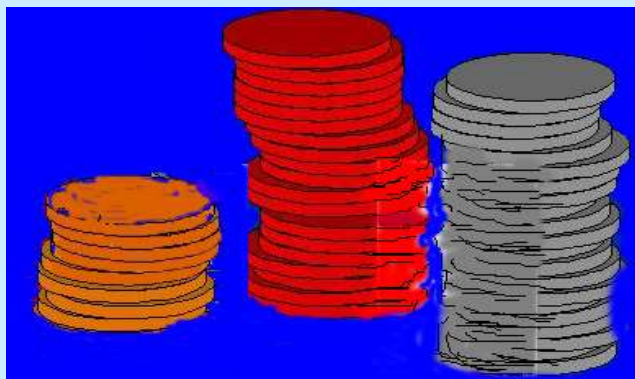
Costo Medio Annuo per Paziente (CMAP): € 60.000/anno

Costi diretti (24,4%)

Costi sostenuti per l'acquisto di servizi e prestazioni

Costi indiretti (75,6%)

Conseguenza di perdita di risorse (ore di assistenza dei caregiver, mancato reddito da lavoro)



SSN
28,6%

Famiglia
71,4%

Italy at a glance



Area: **301,340** sq km

Population: 60 million

% urban population **68.36**

Life expectancy at birth (2011): **82**

Male: **79.4**

Female: **84.5**

Total fertility rate (2011): **1.39**

Source: ISTAT

WHO European health for all database

T. Di Friandra, Ministry of Health, Italy

<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Plans>

Epidemiologia delle demenze in Italia

12.639.000 abitanti di età >65 anni (21.2%)

1.000.000 di persone con demenza
8% degli ultra65enni
60% con malattia di Alzheimer

3.000.000 familiari coinvolti

Mod. da T. Di Friandra, Ministry of Health, Italy

<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Plans>

Prevalenza delle demenze per fasce di età

Classe di età	Prevalenza (%)
60-64	0,8
65-69	1,5
70-74	3,5
75-79	7,0
80-84	13,6
85-89	22,3
90-94	31,5
≥ 95	44,5



**Alzheimer's Disease
International**

World Alzheimer Report 2011

The benefits of early diagnosis and intervention

Executive Summary

Recommendations

- Every country should have a national dementia strategy. National dementia strategies should promote early diagnosis and intervention through awareness raising, training of the health and social care workforce, and health system strengthening.
- All primary care services should have basic competency in early detection of dementia, making and imparting a provisional dementia diagnosis, and initial management of dementia.
- Where feasible, networks of specialist diagnostic centres should be established to confirm early stage dementia diagnoses and formulate care management plans.

*Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)
Alzheimer's Disease International (ADI)*

Ginevra, 11 aprile 2012

"Nel 2010 35,6 milioni di persone risultavano affette da demenza con stima di aumento del doppio nel 2030, il triplo nel 2050, con ogni anno 7,7 milioni di nuovi casi (1 ogni 4 secondi) e una sopravvivenza media dopo la diagnosi di 4-8 anni. La stima dei costi è di 604 mld di dollari/anno con incremento progressivo e continua sfida per i sistemi sanitari. Tutti i Paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica..."

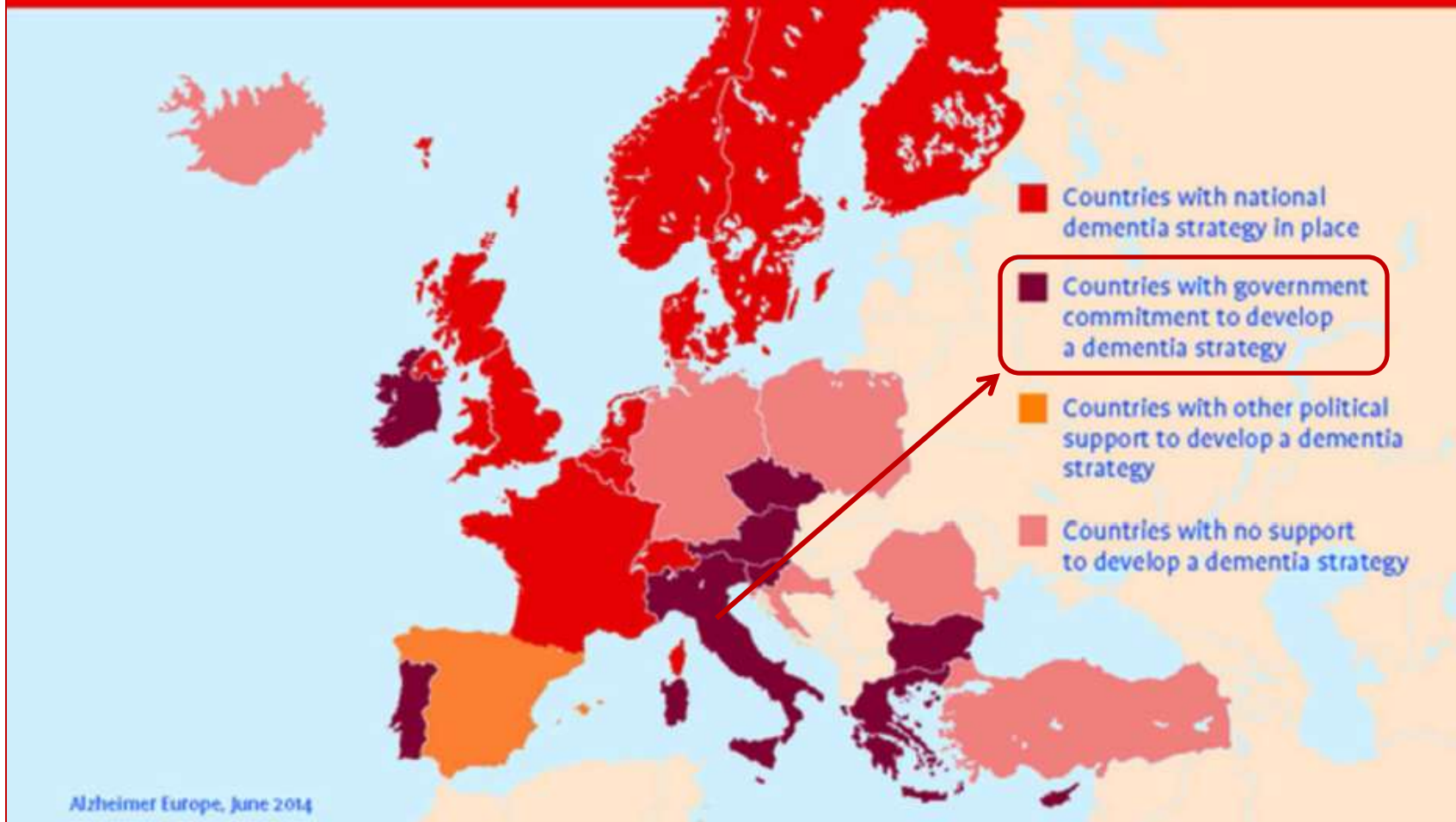
Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)
Alzheimer's Disease International (ADI)

Ginevra, 11 aprile 2012



**LA DEMENZA:
UNA PRIORITÀ MONDIALE
DI SALUTE PUBBLICA**

The status of national dementia strategies in Europe



Last Updated: Friday 20 June 2014



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Codice sito: 4.10/2014/58

Oggetto: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul “Piano nazionale delle demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”.

Accordo ai sensi dell’articolo 9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281

16 ottobre 2014 - Incontro tecnico Conferenza Stato-Regioni.

30 ottobre 2014 - Seduta Conferenza Unificata. SANCITO ACCORDO.

The status of national dementia strategies in Europe



Last Updated: Thursday 26 February 2015

<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Plans>

IL DOCUMENTO DEL PIANO NAZIONALE DEMENZE

La strategia comprende le seguenti aree di intervento:

- ✓ Prevenzione
- ✓ Rete dei servizi
- ✓ Assistenza integrata
- ✓ Ricerca
- ✓ Aspetti etici ed *empowerment* di pazienti/familiari
- ✓ Lotta allo stigma sociale

Mod. da T. Di Friandra, Ministry of Health, Italy

<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Plans>

IL DOCUMENTO DEL PIANO NAZIONALE DEMENZE

Il documento è composto da 9 pagine:

- ✓ **Introduzione**
- ✓ **Obiettivo 1:** Interventi e misure di Politica sanitaria e
 (7 azioni) sociosanitaria
- ✓ **Obiettivo 2:** Creazione di una rete integrata per le demenze
 (3 azioni) e realizzazione della gestione integrata
- ✓ **Obiettivo 3:** Implementazione di strategie ed interventi
 (9 azioni) per l'appropriatezza delle cure
- ✓ **Obiettivo 4:** Aumento della consapevolezza e riduzione dello
 (4 azioni) stigma per un miglioramento della qualità della
 vita

PIANO NAZIONALE DEMENZE

Introduzione

"Il modello della gestione integrata è oggi considerato l'approccio più indicato per migliorare l'assistenza alle persone con malattie croniche".

Presa in carico



Équipe multidisciplinare e multiprofessionale



Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA)



Piano Assistenziale Individualizzato



Rete dei servizi socio-sanitari



INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

PIANO NAZIONALE DEMENZE

Obiettivo 1 - Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria

- 1.1. Promozione di strategie per la prevenzione primaria e secondaria
- 1.2. Realizzazione di una mappa aggiornata dell'offerta sanitaria, socio sanitaria e sociale anche in collaborazione con le amministrazioni comunali
- 1.6. Attivazione di un tavolo di confronto permanente per le demenze, tra Ministero della Salute e Regioni, queste ultime eventualmente organizzate in un tavolo interregionale...integrato dalle rappresentanze della componente sociale, nelle sue articolazioni nazionale, regionale e locale.

PIANO NAZIONALE DEMENZE

Obiettivo 1 - Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria

Prevenzione primaria e secondaria: fattori di rischio modificabili

	Relative Risk ¹	95% Confidence Interval		Communality ²
		Lower	Upper	
Diabetes mellitus	1.46	1.20	1.77	50.9%
Midlife hypertension	1.61	1.16	2.24	65.0%
Midlife obesity	1.60	1.34	1.92	43.7%
Depression	1.65	1.42	1.92	37.4%
Physical inactivity	1.82	1.19	2.78	49.0%
Smoking	1.59	1.15	2.2	58.1%
Low education	1.59	1.35	1.86	45.6%

Norton et al. Lancet Neurology, 2014; 13(8), 788-794.

Chronic care model

Wagner 1998



PIANO NAZIONALE DEMENZE

Obiettivo 2 - Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata

- Promuovere la prevenzione, la diagnosi tempestiva, la presa in carico, anche al fine di ridurre le discriminazioni, favorendo adeguate politiche di intersectorialità.
- Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria.

Unità di Valutazione Alzheimer (UVA)

Progetto CRONOS

"Protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la malattia di Alzheimer" (2000-2003).

"Unità funzionali basate sul coordinamento delle competenze neurologiche, psichiatriche, internistiche e geriatriche presenti nell'ambito dei dipartimenti ospedalieri, dei servizi territoriali specialistici e di assistenza domiciliare delle aziende territoriali, nonché della medicina generale..."

Potrebbe essere indicato nel distretto il livello assistenziale appropriato per il necessario coordinamento operativo tra competenze e servizi rilevanti rispetto ai diversi aspetti dell'assistenza al paziente con Alzheimer ed ai suoi familiari"

*Decreto Ministeriale 20 luglio 2000
Ministero della Sanità - Commissione Unica del Farmaco*

PIANO NAZIONALE DEMENZE

Obiettivo 2 - Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata

A distanza di quasi quattordici anni tali strutture specialistiche rappresentano ancora, accanto alla medicina generale, il punto di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari per i pazienti ed i loro familiari, ma necessitano, ormai, di interventi urgenti di adeguamento, razionalizzazione e/o potenziamento.

Un elemento di ulteriore criticità del sistema è rappresentato dalla scarsa integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali...



Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)

PIANO NAZIONALE DEMENZE

Obiettivo 2 - Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata

- 2.1. Creazione, riorganizzazione e potenziamento di una rete di servizi e funzioni, a partire dal CDCD, che si configura come sistema integrato in grado di garantire:
- diagnosi e la presa in carico tempestiva;
 - continuità assistenziale;
 - corretto approccio alla persona ed alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia e nei diversi contesti di vita e di cure (MMG, ambulatori per le demenze, Centri Diurni, ADI dedicata, etc.);
 - particolare attenzione agli aspetti etici.

La rete delle demenze in Lombardia



Regione
Lombardia

ASL Brescia

**PERCORSO
DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE
DECADIMENTO COGNITIVO/DEMENTIA**



2° versione giugno 2013

La rete delle demenze in Lombardia

DDG Sanità n. 9942/2009 "Determinazioni in merito all'organizzazione in rete e criteri di riconoscimento delle strutture dedicate alle demenze"

IL MMG

Nell'ambito della Rete Integrata al MMG è attribuito il ruolo strategico per:

- a) screening/identificazione precoce del paziente con demenza o decadimento cognitivo
- b) attivazione del PDTA mediante invio all'Ambulatorio Specialistico Territoriale
- c) segnalazione al CeAD e partecipazione all'eventuale attivazione dei Servizi della rete
- d) monitoraggio del decorso clinico/gestione delle terapie
- e) partecipazione alla realizzazione di un'appropriata assistenza domiciliare
- f) monitoraggio dell'evoluzione della malattia/gestione delle complicanze.

L'ASTD (Ambulatorio Specialistico Territoriale Dedicato o delle Demenze e della memoria o Centro di primo livello)

Tali strutture garantiranno la prosecuzione del PDTA di pazienti con decadimento cognitivo o con demenza conclamata inviati dal MMG, attraverso l'applicazione di linee guida concordate, provvedendo alla valutazione neuropsicologica di primo livello, alla programmazione e/o erogazione delle successive prestazioni ambulatoriali, nonché alla prescrizione delle terapie specifiche secondo nota AIFA. Presso tali strutture verranno inoltre assicurati il coordinamento e la verifica degli interventi clinici, così come la decisione circa la modalità migliore di gestione di eventuali comorbidità non trattabili a domicilio o da parte del MMG.

Il CD (Centro per le Demenze o delle Demenze e della memoria o Centro di secondo livello)

È l'articolazione, afferente a Struttura ospedaliera, già in grado di effettuare la diagnosi differenziale complessa delle demenze mediante l'applicazione di Linee guida nazionali ed internazionali (7, 8, 9), attraverso indagini strumentali, cliniche e prestazioni diagnostiche specialistiche complesse direttamente disponibili nella stessa Struttura ovvero rese disponibili tramite rapporti di convenzione con altre Strutture pubbliche o private accreditate.

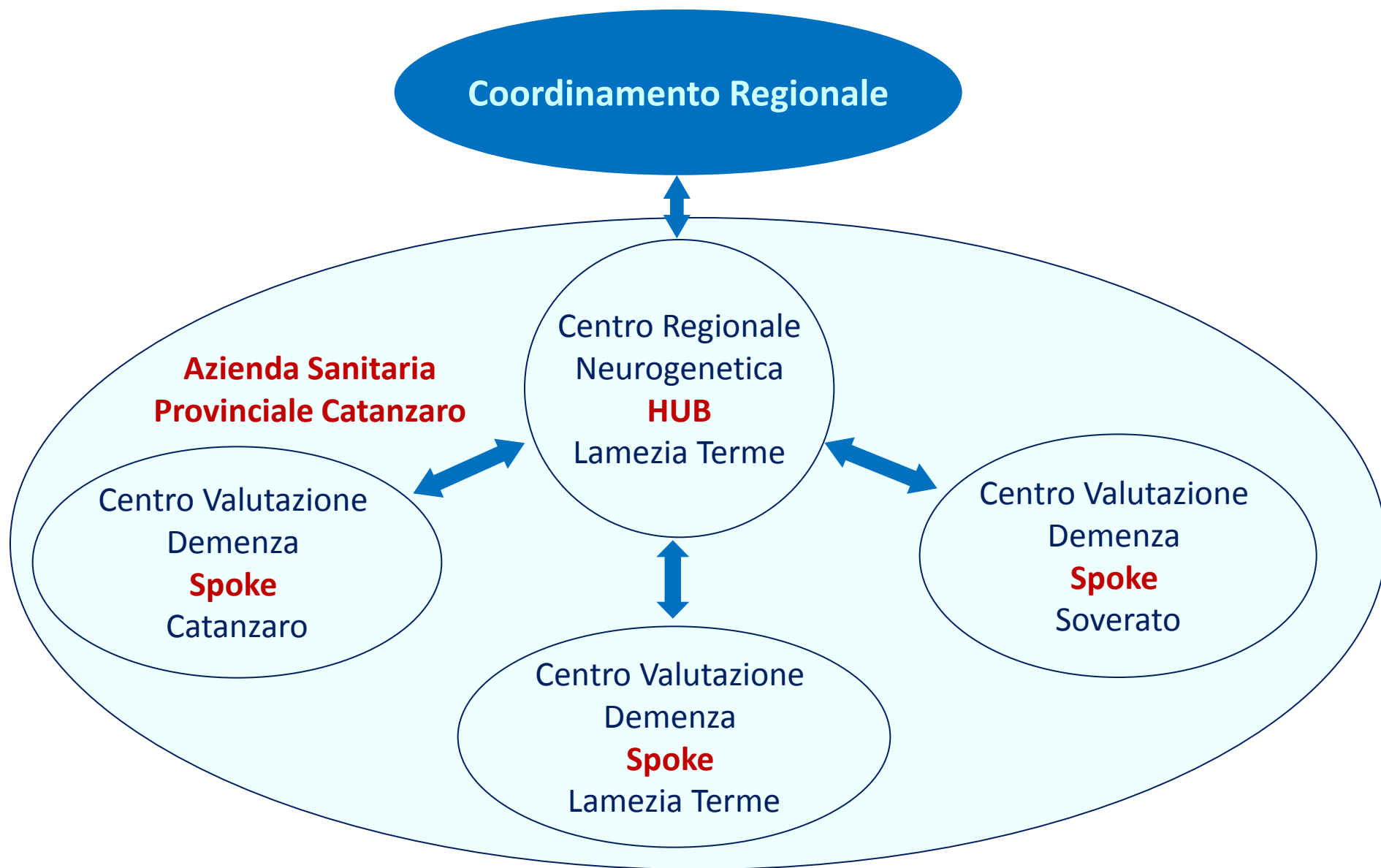
La rete delle demenze in Emilia Romagna

1.2 Consultori/centri esperti e centri delegati

A fine 2012, il censimento realizzato in occasione della ristampa del manuale per i familiari “Non so cosa avrei fatto oggi senza di te” ha messo in evidenza la presenza di 58 centri sul territorio regionale, come da figura 1. A livello regionale, rispetto alla popolazione ultrasessantacinquenne di riferimento è presente un centro ogni 17.318 abitanti. La copertura territoriale interessa 37 dei 38



La rete delle demenze in Calabria



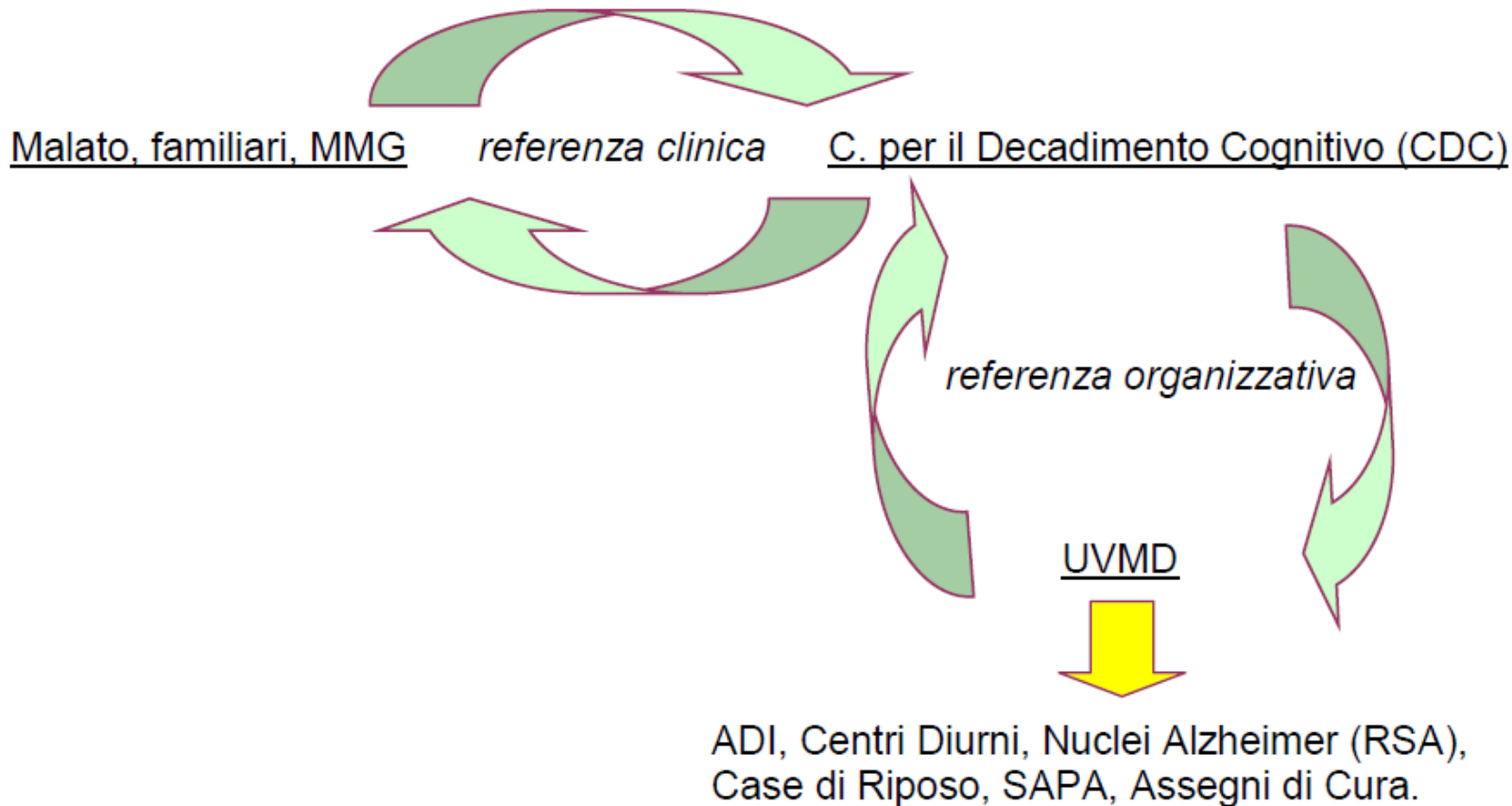
Deliberazione n. 2115/2012 - Approvazione Piano per le Demenze ASP di Catanzaro

La rete delle demenze in Veneto

Dgr n. 3542 del 06 novembre 2007

La storia normativa ha condotto alla costituzione di più servizi con compiti assimilabili o sovrapponibili, o con artificiose distinzioni. Oggi non appare più giustificata l'esistenza di ambiti operativi per livelli diversi di gravità della malattia o di approfondimento diagnostico. In particolare, la distinzione tra Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), derivata dalla normativa nazionale, destinata al trattamento farmacologico dei malati con demenza lievi o di media gravità, e Centro Ospedaliero di Approfondimento Diagnostico della Demenza, indicato nella DGRV 1404/2000, è artificiosa, risultando più opportuno definire un unico livello clinico competente per seguire sempre il malato, in qualunque stadio di sviluppo della sua malattia, definito "Centro per il Decadimento Cognitivo" (CDC), nel quale confluiscono le risorse attualmente distribuite tra UVA e COADD, componendo équipes con una soglia minima e adeguata di competenze e di personale. Il CDC non è quindi prefigurato come unità autonoma, ma come struttura di servizio per tutta l'Azienda, dotato di pluralità di competenze, con contributi a tempo pieno e parziale, secondo necessità e possibilità.

La rete delle demenze in Veneto



I servizi per le demenze nel Lazio

PAC PER IL DETERIORAMENTO DELLE FUNZIONI COGNITIVE (P331)

Disciplina di riferimento

Neurologia, Geriatria, Medicina generale.

Razionale

La valutazione del deterioramento cognitivo e, più in generale, dei disturbi della memoria è spesso causa di ricovero ospedaliero non appropriato. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato garantendo al paziente la presa in carico da parte di uno specialista ai fini dell'inquadramento diagnostico.

Tipologia di pazienti

Pazienti affetti da deterioramento cognitivo.

Composizione

Per configurarsi il PAC Deterioramento delle funzioni cognitive devono essere erogate almeno 4 prestazioni tra quelle sottoindicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

<i>codice</i>	<i>Prestazione</i>	<i>tariffa</i>
P331	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell' encefalo	€133,76
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.	€ 12,91
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	€ 23,24
94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET	€ 15,49
94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine	€ 5,84
94.02.4	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	€ 5,84

PIANO NAZIONALE DEMENZE

Obiettivo 3 - Implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure

- 3.1.5. Dotazione e adozione, da parte delle Regioni, di un documento relativo ai percorsi di cura/percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), che garantiscono la gestione integrata...
- 3.2.2. Attivazione di percorsi di formazione/aggiornamento rivolti a tutte le figure professionali che operano nei servizi sanitari e sociosanitari...nell'ambito della formazione continua ECM aziendale e regionale

PIANO NAZIONALE DEMENZE

Obiettivo 4 - Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita

- Supportare le persone con demenza e i loro familiari fornendo loro corrette informazioni sulla malattia e sui servizi disponibili per facilitare un accesso ad essi quanto più tempestivo possibile
- Migliorare la qualità di vita e della cura e promuovere la piena integrazione sociale per le persone con demenza anche attraverso strategie di coinvolgimento personale e familiare
- Favorire tutte le forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento delle famiglie e delle Associazioni, sviluppando non solo l'empowerment delle persone ma anche quello della comunità.

La realtà della Puglia

I servizi per le demenze

- ✓ UVA
- ✓ Nuclei Alzheimer in RSA
- ✓ Centri Diurni Demenze (art. 60 ter R.R. n. 4/2007)
- ✓ Unità di Riabilitazione Alzheimer (ex art. 26 "Don Uva" Bisceglie e Foggia)
- ✓ *ADI? Hospice? Day service?*

La rete per le demenze in Puglia

Principali criticità delle UVA

- ✓ Registro regionale non aggiornato (fermo al 2000)
- ✓ Distribuzione non omogenea nel territorio
- ✓ Eterogeneità nella composizione e nelle procedure
- ✓ Assenza di inter-connessioni

Deliberazione del Direttore Generale

N. 255 /2012

OGGETTO: Costituzione Tavolo Tecnico finalizzato alla revisione, progettazione, implementazione e monitoraggio del “*Percorso Diagnostico Terapeutico*” per patologie neurodegenerative e delle cefalee

SOTTOGRUPPO DEMENZE

Deliberazione del Direttore Generale

N. 235 /2012

OGGETTO: Costituzione Tavolo Tecnico finalizzato alla revisione, progettazione, implementazione e monitoraggio del “*Percorso Diagnostico Terapeutico*” per patologie neurodegenerative e delle cefalee

**Proposta di pacchetto ambulatoriale complesso e coordinato (PACC)
in Day Service diagnostico-terapeutico-assistenziale per i soggetti
affetti da deterioramento cognitivo/demenza
(aggiornamento del 13.11.2013)**

70126 Bari
Via Gentile, 52
www.arespuglia.it
Partita IVA 05747190725

Servizio Integrazione
Ospedale-Territorio e Integrazione Socio-Sanitaria
Tel. - Fax 080 540 35 31
v.piazzolla@arespuglia.it

Prot. n. 100-ARES/12.01.2015/00000 41

Bari,

12 GEN. 2015

OGGETTO: Piano Nazionale Demenze – convocazione incontro.

Nell'ambito del Tavolo di lavoro sulle cronicità, istituito in base al Patto per la Salute 2014/2016, di cui il sottoscritto è componente in qualità di Referente Regionale, ed al fine di avviare le attività previste dal *"Piano Nazionale delle Demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore Demenze"*, le SS.LL. sono convocate a partecipare all'incontro che si terrà il 27/01/2015 alle ore 10,00 presso questo Servizio dell'A.Re.S. Puglia.

Cordiali saluti.

Vito Piazzolla
Direttore Servizio Integrazione Socio-Sanitaria
e Integrazione Ospedale-Territorio
Agenzia Regionale Sanitaria - Puglia

Proposte per il gruppo di lavoro regionale (1)

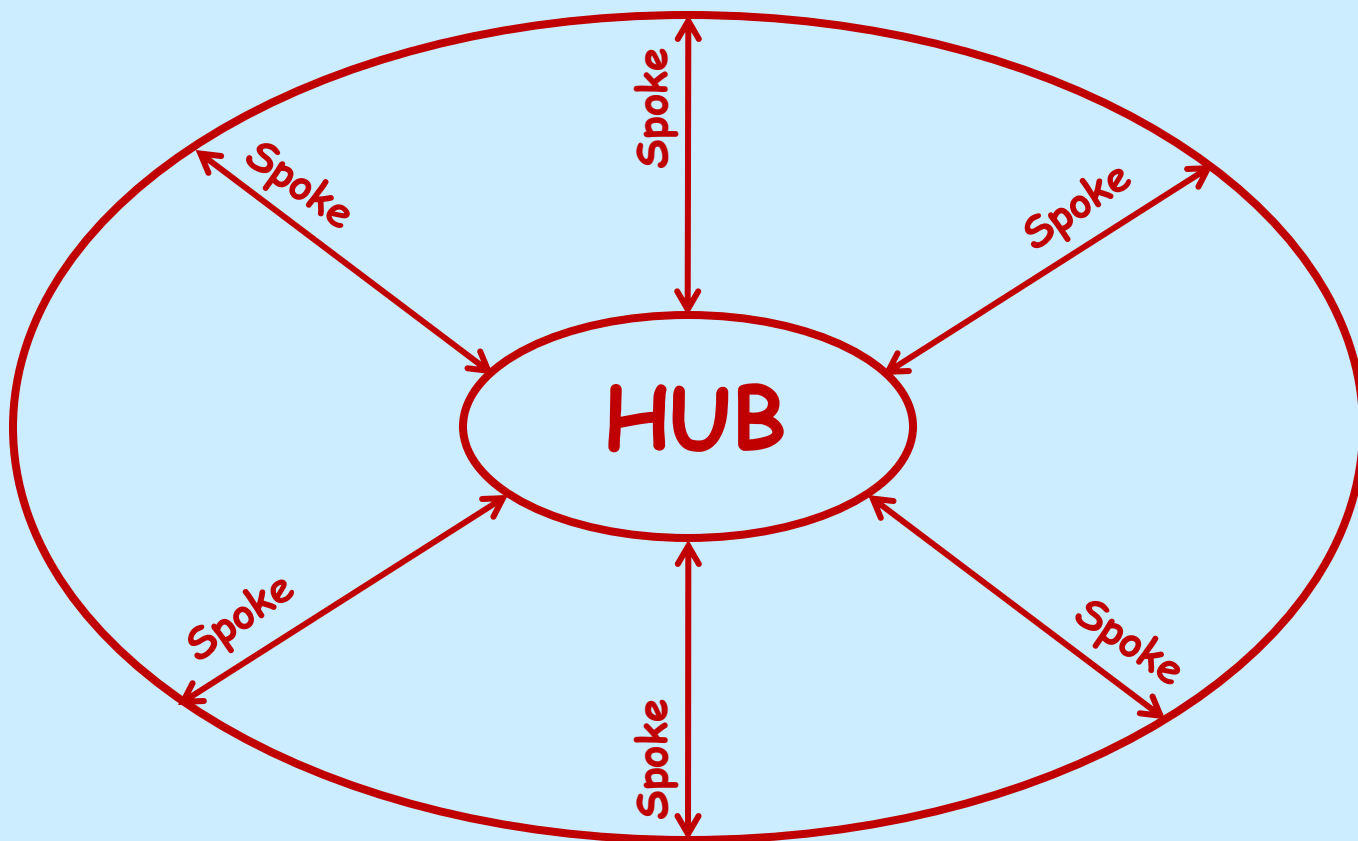
- ✓ *Censimento* delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) e degli altri servizi per le demenze "attivi";
- ✓ Riorganizzazione delle UVA in "*Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze*" (CDCD):
 - équipe multidisciplinari e multiprofessionali;
 - distribuzione capillare nel territorio ("prossimità delle cure")
- ✓ Potenziamento delle *eccellenze cliniche* in ambito diagnostico, terapeutico e riabilitativo:
 - istituzione del Day Service "Deficit cognitivo" (PACC) (diagnosi tempestiva, forme ad esordio precoce, follow up);
 - diffusione delle metodiche diagnostiche: biomarcatori, analisi genetiche, tecniche di neuroimaging (RMN, PET)
 - definizione e prospettive dei trattamenti non farmacologici ("riabilitazione" cognitiva, interventi comportamentali etc.).

Proposte per il gruppo di lavoro regionale (2)

- ✓ *Riorganizzazione e potenziamento dei vari "nodi" della rete* (ADI con figure qualificate, Centri Diurni Demenze, RSA, Nuclei Alzheimer, RSSA, Hospice ecc.).
- ✓ Documento per la definizione dei *percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PD TA)* e dei profili assistenziali.
- ✓ Individuazione di *strategie per la gestione integrata* delle demenze:
 - modello "Hub and Spokes";
 - potenziamento dei rapporti tra CDCD e PUA/UVM.
- ✓ Percorsi di *formazione/aggiornamento professionale*.
- ✓ Definizione di *flussi informativi e di progetti di ricerca*.

Modello a rete *"Hub and Spoke"* per le malattie neurodegenerative

Piano della Salute 2008-2010 - Regione Puglia



Modello a rete "*Hub and Spoke*"

I Centri di prossimità (spokes) operano una selezione dei casi secondo un modello che prevede il trasferimento nel Centro di coordinamento (hub) dei casi di maggiore complessità, con ritorno in periferia nelle successive fasi di follow up.

I casi di minore complessità vengono gestiti nel Centro di prossimità, sulla base di protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici ben definiti.

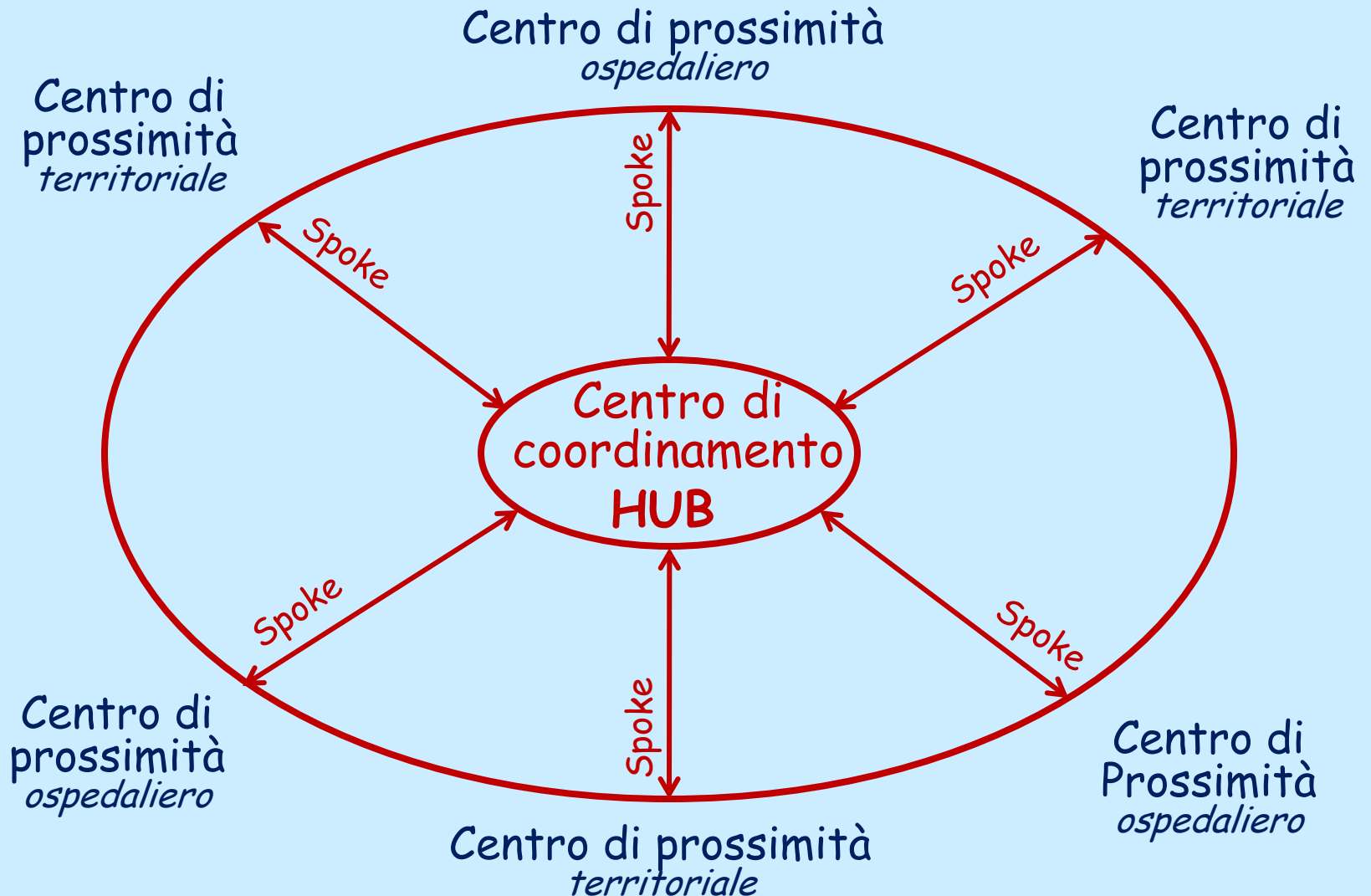
Ipotesi di modello a rete "*Hub and Spoke*" per le demenze

1°step - Organizzazione dei CDCD

2°step - Organizzazione dei servizi socio-sanitari

Ipotesi di modello a rete "Hub and Spoke"

1° step - Organizzazione dei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)



Ipotesi di modello a rete "Hub and Spoke"

Differenziazione funzionale dei CDCD

Centri di coordinamento (Università, Ospedali Hub, IRCCS...):

indagini neuropsicologiche, indagini laboratoristiche e di neuroimaging di II livello, indagini biomolecolari e genetiche, supporto ai centri di prossimità nell'indirizzo diagnostico e terapeutico, formulazione di Linee Guida e di protocolli di follow up, ricerca, formazione;

Centri di prossimità ospedalieri:

indagini neuropsicologiche, laboratoristiche e di neuroimaging di I livello, valutazione multidisciplinare delle comorbidità e delle complicanze, controllo del trattamento farmacologico e non, follow up;

Centri di prossimità territoriali:

indagini di I livello, presa in carico, valutazione multidimensionale e multiprofessionale in Day Service, integrazione nella rete dei servizi socio-sanitari, controllo del trattamento farmacologico e non, follow up (soprattutto per le fasi avanzate), 'counseling' familiare, accesso ai presidi ed ausili protesici.

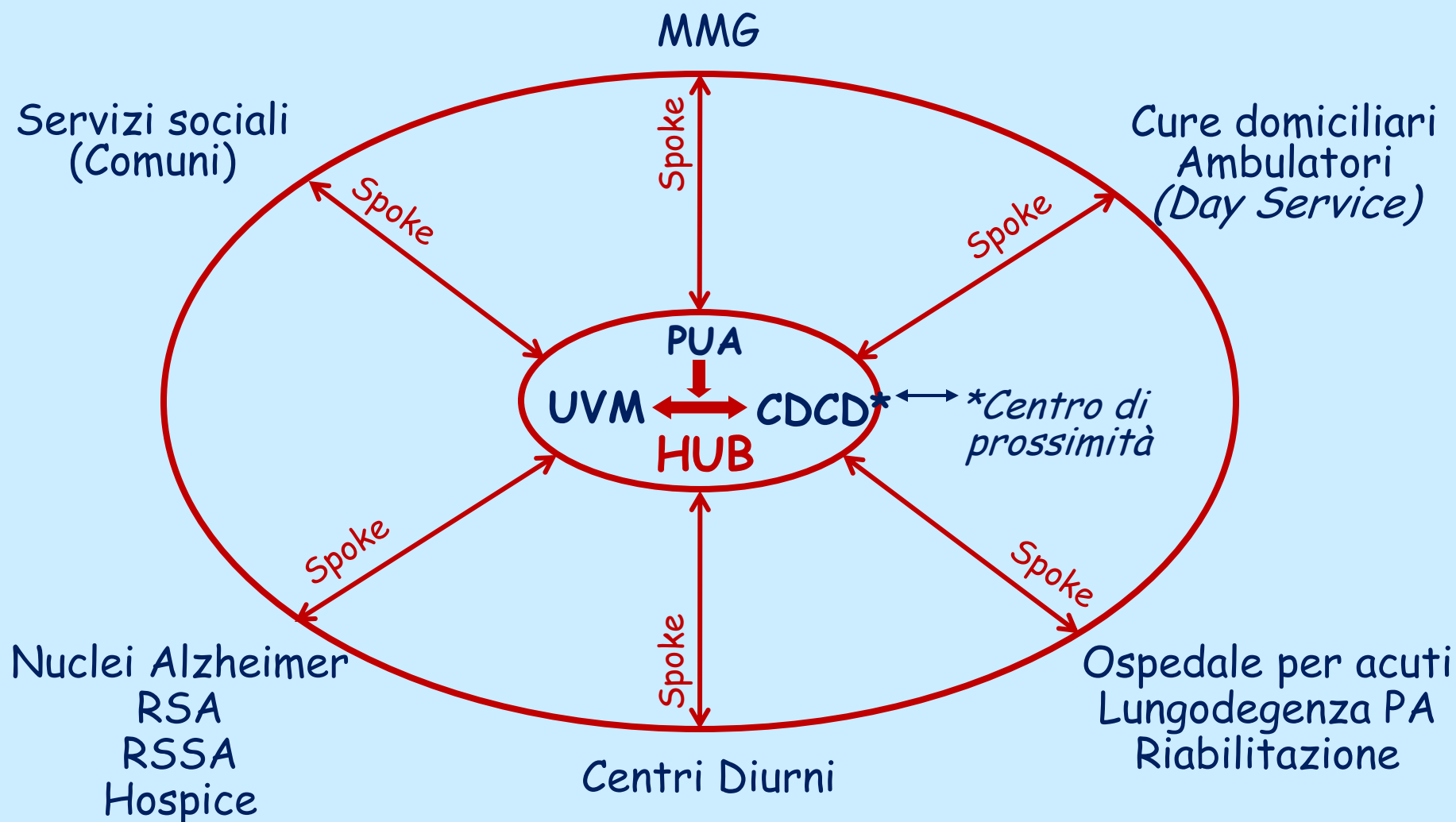
Ipotesi di modello a rete "*Hub and Spoke*" per le demenze

1°step - Organizzazione dei CDCD

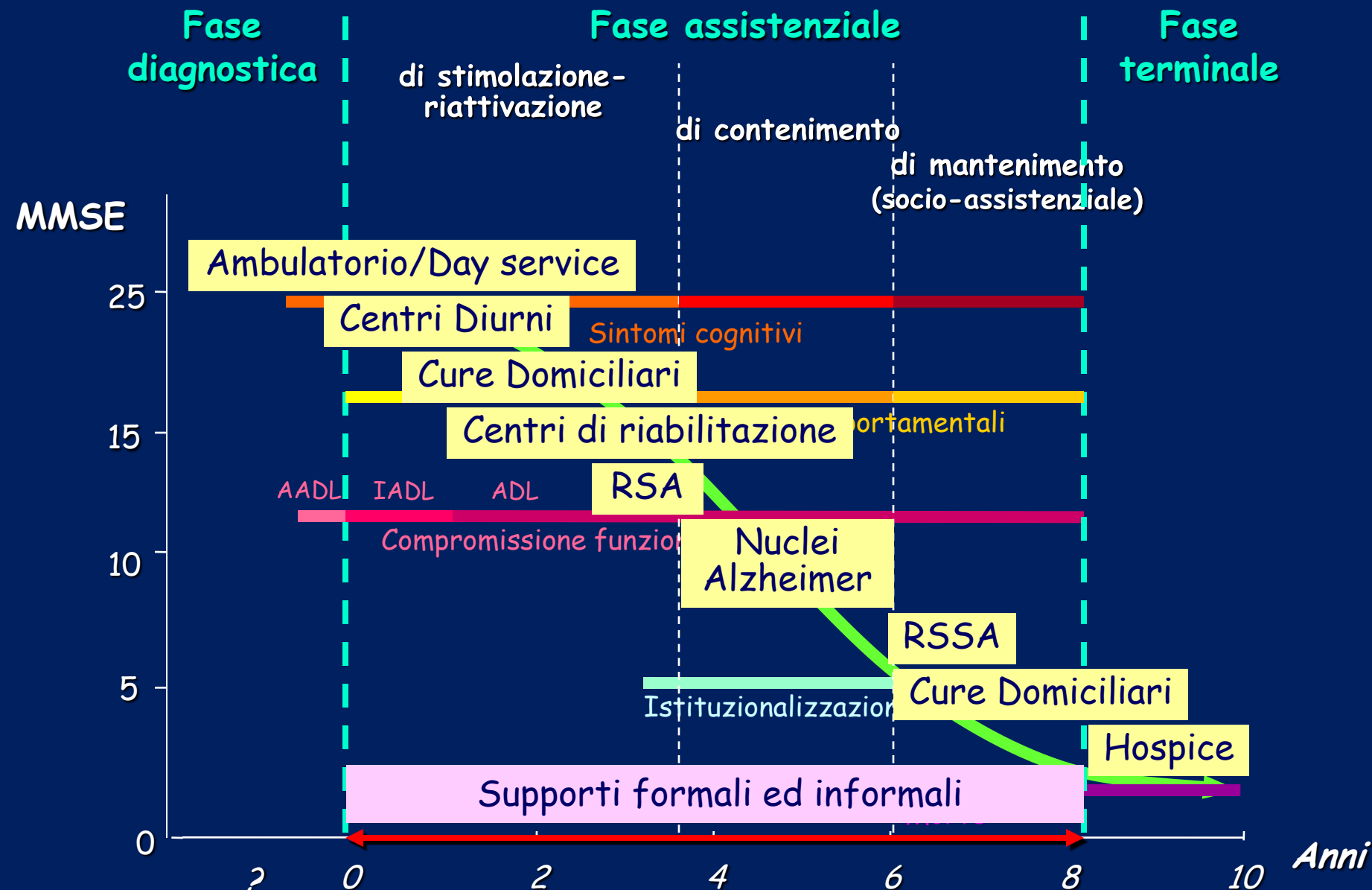
2°step - Organizzazione dei servizi socio-sanitari

Ipotesi di modello a rete *"Hub and Spoke"*

2° step - Organizzazione dei servizi socio-sanitari



Le fasi del percorso di cura



*"Quando curi una malattia puoi vincere
o perdere..."*

*"Quando ti prendi cura di una persona,
vinci sempre!"*

Hunter Doherty "Patch" Adams

