

ASL FROSINONE

PDTA Demenze

Sommario

Indice delle tabelle	4
Indice delle matrici	4
Indice degli allegati	4
1. Introduzione.....	5
2. Gruppo di lavoro	5
3. Glossario, terminologia e abbreviazioni	7
4. Il contesto epidemiologico	9
5. Inquadramento clinico	11
5.1. Classificazione.....	12
5.2. Stadiazione	13
5.3. Diagnosi e presa in carico presso i CDCD	14
5.4. Trattamento farmacologico: farmaci nota AIFA 85.....	15
5.5. Trattamento farmacologico: farmaci antipsicotici atipici offlabel	17
5.6. Trattamento non farmacologico.....	18
6. Inquadramento normativo	19
6.1. La rete per le demenze	19
7. Percorso nella ASL Frosinone	19
7.1. Campo di applicazione e destinatari	19
7.2. Criteri di inclusione/ ingresso, esclusione, uscita per il PDTA.....	20
7.3. Offerta aziendale	20
7.3.1. CDCD Centro Diagnostico Specialistico ospedaliero	21
7.3.2. CDCD Centro Territoriale Esperto A/B.....	22
7.3.3. CDCD Centro Territoriale Esperto C/D.....	23
7.3.4. CDCD Centro Territoriale Esperto Domiciliare	24
7.3.5. Centri Diurni Alzheimer	26
7.4. Descrizione del Percorso	28
7.4.1. Dal sospetto diagnostico alla diagnosi	28
7.4.2. Primo accesso e presa in carico ai CDCD Territoriali A/B e C/D	29
7.4.3. Follow up presso i CDCD Territoriali A/B e C/D	30
7.4.4. Primo accesso del CDCD Domiciliare.....	31
7.4.5. Follow up del CDCD Domiciliare	32
7.4.6. Approfondimento presso CDCD Diagnostico specialistico.....	32
7.4.7. Trasferimento da CDCD Ambulatoriale a CDCD Domiciliare e viceversa	33
7.4.8. Attivazione del Centro Diurno Alzheimer	33
7.4.9. Primo accesso al Centro Diurno Alzheimer.....	33
7.4.10. Presa in carico presso CDA	34
7.4.11. Ottenimento esenzione per patologia.....	35
7.4.12. Certificazione per accertamento dell'invalidità civile	35

7.4.13.	Ricovero e gestione del paziente affetto da demenza in Ospedale	36
7.4.14.	Dimissione dall'Ospedale	37
7.4.15.	Trattamento riabilitativo	38
7.4.16.	Trasferimento alle strutture postacuzie	38
7.4.17.	Inserimento in RSA.....	39
7.4.18.	I Servizi Comunali a supporto della domiciliarità	40
7.4.19.	Le associazioni di volontariato e l'importanza della formazione	40
8.	Telemedicina	40
9.	Matrici delle responsabilità	42
9.1.	Sospetto diagnostico.....	42
9.2.	Primo accesso ai CDCD Territoriali Esperti A/B e C/D	43
9.3.	Secondo accesso ai CDCD Territoriali Esperti A/B e C/D	43
9.4.	Follow-Up CDCD Territoriali Esperti A/B e C/D	44
9.5.	Approfondimento presso CDCD Diagnostico specialistico	44
9.6.	Primo accesso del CDCD Domiciliare	45
9.7.	Follow-Up CDCD Domiciliare	45
9.8.	Integrazione Ospedale – Territorio	46
10.	Indicatori	47
10.1.	Indicatori di struttura	47
10.2.	Indicatori di processo	47
10.3.	Indicatori di esito	48
11.	Normativa di riferimento.....	49
12.	Bibliografia.....	52
13.	Sitografia	54
14.	Allegati.....	55
15.	Considerazioni finali	62

Indice delle tabelle

<i>Tabella 1: Composizione del Gruppo di Lavoro</i>	6
<i>Tabella 2: Acronimi e abbreviazioni</i>	7
<i>Tabella 3: Stima di prevalenza di MCI e demenze nelle ASL della Regione Lazio</i>	10
<i>Tabella 4: Stima di prevalenza di demenza lieve, moderata e severa nella Regione Lazio</i>	10
<i>Tabella 5: Farmaci approvati per il trattamento della malattia di Alzheimer</i>	16
<i>Tabella 6: Prestazioni erogate dai Centri Territoriali Esperti (ASL Frosinone)</i>	25
<i>Tabella 7: Prestazioni erogate nei CDA presenti sul territorio aziendale</i>	27
<i>Tabella 8: Posti letto RSA dedicati</i>	39

Indice delle matrici

<i>Matrice 1: Sospetto diagnostico</i>	42
<i>Matrice 2: Primo accesso ai CDCD Territoriali Esperti A/B e C/D</i>	43
<i>Matrice 3: Secondo accesso ai CDCD Territoriali Esperti A/B e C/D</i>	43
<i>Matrice 4: Follow up CDCD Territoriali Esperti A/B e C/D</i>	44
<i>Matrice 5: Approfondimento presso CDCD Diagnostico Specialistico</i>	44
<i>Matrice 6: Primo accesso del CDCD Domiciliare</i>	45
<i>Matrice 7: Follow up CDCD Domiciliare</i>	45
<i>Matrice 8: Integrazione Ospedale-Territorio (1)</i>	46
<i>Matrice 9: Integrazione Ospedale-Territorio (2)</i>	46

Indice degli allegati

<i>Allegato 1: General Practitioner assessment of Cognition (GPCog)</i>	55
<i>Allegato 2: Clinical Dementia Rating Scale (CDR)</i>	56
<i>Allegato 3: Caregiver Burden Inventory (CBI)</i>	57
<i>Allegato 4: UCLA Neuropsychiatric Inventory (NPI)</i>	58
<i>Allegato 5: Visual Analogue Scale (VAS)</i>	59
<i>Allegato 6: Present Pain Intensity (PPI)</i>	59
<i>Allegato 7: Confusion Assessment Method (CAM)</i>	60
<i>Allegato 8: Scala 4AT</i>	60
<i>Allegato 9: Questionario competenze digitali</i>	61

1. Introduzione

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Demenze della ASL Frosinone è uno strumento di gestione clinica e assistenziale per garantire su tutto il territorio aziendale un modello omogeneo ed integrato di presa in carico delle persone affette da decadimento cognitivo e demenza.

Il Gruppo di lavoro ha definito le modalità di raccordo tra tutti i Servizi aziendali coinvolti, garantendo passaggi di setting e modulazioni organizzative basate sugli specifici bisogni.

Gli obiettivi generali del PDTA sono coerenti con gli obiettivi del Piano Nazionale Demenze (PND) che è nato con l'esigenza di sostenere la riorganizzazione dei modelli clinico-assistenziali e dei servizi socio-sanitari impegnati nella gestione della cronicità.

Il personale medico e di assistenza che opera nei diversi setting di cura è tenuto ad operare in modo coordinato, multiprofessionale e multidisciplinare nelle diverse fasi di un percorso integrato di qualità.

La sfida che questa patologia cronica pone, in una società che invecchia, è un problema di sanità pubblica. Il Ministero della Salute ha rinnovato per il 2024 -2026 il Decreto sul Fondo Alzheimer e le Demenze, già assegnato per il triennio 2021-2023, per l'esecuzione di una serie di attività progettuali orientate al perseguimento degli obiettivi del PND che costituiscono un patrimonio di possibili interventi di prevenzione, diagnosi e trattamento.

In questo ambito la ASL di Frosinone ha potuto predisporre alcune linee di azione sulla Diagnosi tempestiva del Disturbo Neurocognitivo (DNC) con attività progettuali coordinate dalla UOC di Geriatria.

Inserendosi in questo contesto, il PDTA Demenze della ASL Frosinone propone un modello di continuità assistenziale dedicato che richiede sempre maggiore integrazione e coordinamento tra i livelli di assistenza ospedalieri e territoriali.

2. Gruppo di lavoro

Il gruppo di lavoro (dettagliato in **Tabella 1**), scelto in base alle competenze e con capillare collocazione sul territorio permetterà di organizzare un PDTA molto aderente alle diverse esigenze dei pazienti ma anche un rapido passaggio dalla fase di progettazione alla fase di arruolamento e follow up.

Le firme in originale dei componenti del Gruppo di Lavoro sono acquisite e conservate agli atti dalla Struttura proponente.

Nome	Funzione
Abbatecola Angela Marie	CDCD Domiciliare; CDA (A-B,C-D)
Bartoli Gabriella	UOSD PDTA
Basile Chiara	UOSD HTA e Ingegneria Clinica
Battisti Gabriella	UOC Direzione Distretto B
Borrello Laura	UOC Neurologia
Bucca Carmela	UOS CDCD A-B
Cedrone Letizia	UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Cassino
Cedrone Ovidio	UOC Direzione Distretto A
Celebrini Claudia	UOSD PDTA
Cerqua Margherita Roberta	UOC Riabilitazione
Cipriani Rosalba	UOC Medicina Alatri
Costanzo Filippo	UOC Radiologia FR AL
Crescenzi Sabrina	UOC Farmacia
Cristofari Fabrizio	UOC Medicina d'Urgenza
D'Agostino Antonio	UOC Radiologia Cassino
De Blasis Virgilio	UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Sora
De Simone Roberto	UOC Neurologia
Di Marco Ottavio	UOC SPDC Cassino Sora
Ferrante Fulvio	UOC Farmacia
Gabriele Angela	UOC Direzione Distretto D
Laudati Federica	UOS RECUP
Lucchetti Nisia	UOSD Assistenza Sociale
Magnante Giovanni	MMG
Marziale Lorena	UOC Farmacia
Mippi Leonardo	UOC Medicina Frosinone
Nannucci Meri	MMG
Paglia Anna	UOSD PDTA
Persichino Lidia	UOC Medicina Cassino
Persigilli Laura	UOS CDCD A-B
Pillon Sergio	Transizione Digitale
Pizzutelli Caterina	MMG
Rufo Donato	UOC Salute Mentale Area Sud
Russo Fausto	UOC Salute Mentale FR AN AL SO
Russo Marcello	Dipartimento Assistenza Primaria e Cure Intermedie
Schiavo Alfonso	UOC Medicina e Lungodegenza Sora
Vallabini Biagio	UOC Medicina e Lungodegenza Sora
Ventura Mario	UOC Direzione Distretto C
Venturi Bruna	UOC Medicina Frosinone
Vinciguerra Stefania	UOSD PDTA
Coordinamento del Gruppo di Lavoro	
Bauco Claudia	UOC Geriatria Cassino
Pellegrini Pio	Responsabile UOSD PDTA

Tabella 1:Composizione del Gruppo di Lavoro

3. Glossario, terminologia e abbreviazioni

Gli acronimi e le abbreviazioni utilizzati nel documento sono riportati nella **Tabella2**

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADL	Activity of Daily Living
ADR	Adverse Drug Reaction
AIC	Titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio
AIFA	Agenzia Italiana del farmaco
ASL	Azienda Sanitaria Locale
4AT	Assessment Test for delirium Screening
BPSD	Behaviour and Psychological Symptoms of Dementia
CAD	Centro Assistenza Domiciliare
CAM	Confusion Assessment Method
CBI	Caregiver Burden Inventory
CDA	Centro Diurno Alzheimer
CDCD	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze
CDR	Clinical Dementia Rating Scale
CSM	Centro Salute Mentale
CUP	Centro Unico di Prenotazione
CUR	Catalogo Unico Regionale
DNCm	Disturbo Neurocognitivo minore
DNCM	Disturbo Neurocognitivo Maggiore
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECG	Elettrocardiogramma
EOD	Early Onset Dementia
GCA	Global Cortical Atrophy
GDS	Global Deterioration Scale
GPCog	General Practitioner assessment of Cognition
IADL	Instrumental Activity of Daily Living
IRRCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
MCI	Mild Cognitive Impairment
MMG	Medico di Medicina Generale
MMSE	Mini Mental State Examination

NPI	Neuropsychiatric Inventory
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PAC	Pacchetto Ambulatoriale Complesso
PAI	Piano di Assistenza Individuale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PET	Tomografia a Emissione di Positroni
PND	Piano Nazionale Demenze
PPI	Present Pain Intensity
PS	Pronto Soccorso
PUA	Punto Unico di Accesso
RM	Risonanza Magnetica
ROT	Reality Orientation Therapy
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SA	Sportello di Ascolto
SPECT	Single-Photon Emission Computed Tomography
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
TC	Tomografia Computerizzata
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UOS	Unità Operativa Semplice
UVMD	Unità Valutativa Multidisciplinare Distrettuale
VAS	Visual Analogue Scale

Tabella 2: Acronimi e abbreviazioni

4. Il contesto epidemiologico

La demenza è una sindrome cronica progressiva caratterizzata da deficit cognitivi, comportamentali e funzionali.

Considerata dall'OMS priorità di salute pubblica con oltre 50 milioni di persone che vivono con questa condizione e un nuovo caso di demenza ogni 3 secondi, la demenza è riconosciuta tra le prime dieci cause di morte¹.

In Italia si stimano circa 1.100.000 persone con demenza e circa 3 milioni di familiari ed a questi numeri si aggiungono altre 900.000 persone con un deficit cognitivo isolato (Mild Cognitive Impairment - MCI).

Alla crescita progressiva della prevalenza della malattia, legata indissolubilmente all'invecchiamento della popolazione, corrisponde un impatto sociosanitario e un carico assistenziale evidente anche in termini di costi diretti ed indiretti. Tali costi sono destinati ad aumentare in funzione dell'andamento demografico e dei cambiamenti strutturali della popolazione residente in Italia che si caratterizza per un incremento della percentuale di ultrasessantacinquenni, dal 23 % nel 2020 al 34% nel 2050².

Attualmente, in Italia il costo totale stimato per l'assistenza ai pazienti con demenza e MCI è di circa 12 miliardi di euro l'anno.

Al fine di declinare localmente il PDTA Demenze, è fondamentale stimare il numero di pazienti che costituiscono il potenziale bacino di utenza della ASL Frosinone.

Di seguito sono riportate le stime del numero di persone con MCI, demenza ad esordio giovanile (Early Onset Dementia – EOD) e demenza negli ultrasessantacinquenni nelle ASL della Regione Lazio e la prevalenza di malattia per i diversi livelli di gravità (**Tabella 3e Tabella 4**).

Per la ASL Frosinone il bacino di utenza stimato è di circa 16.000 persone.

L'offerta assistenziale deve dunque prevedere interventi personalizzati e diversificati per i diversi livelli di gravità, sia sul versante strettamente sanitario che socio-sanitario.

¹Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025

[https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---](https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025)

2025, Global status report on the public health response to dementia,

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>, EU second Joint Action on Dementia - Act on Dementia

<https://webarchive.nrscotland.gov.uk/20210302011848/>

<https://www.actondementia.eu/>, Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline [NG97] Published: 20 June 2018 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>

²<https://www.istat.it/it/files/2023/09/Previsioni-popolazione-e-famiglie.pdf>. Fonte dati Istat: previsioni demografiche 2005-2050

ASL	MCI	Demenza EOD(50-64aa)	Demenza (≥65aa)
ASL Roma1	16.110	398	20.068
ASL Roma2	19.260	487	22.785
ASL Roma3	8.922	225	10.367
ASL Roma4	4.530	124	4.662
ASL Roma5	6.676	185	6.982
ASL Roma6	7.832	213	7.938
ASL Frosinone	7.623	185	8.640
ASL Latina	8.227	208	8.741
ASL Rieti	2.631	60	3.209
ASL Viterbo	5.103	122	5.749
Totale	86.913	2.208	99.142

Tabella 3:Stima di prevalenza di MCI e demenze nelle ASL della Regione Lazio³

ASL	Demenza lieve	Demenza moderata	Demenza severa
ASL Roma1	10.028	5.526	4.912
ASL Roma2	11.403	6.283	5.585
ASL Roma3	5.190	2.860	2.542
ASL Roma4	2.345	1.292	1.149
ASL Roma5	3.512	1.935	1.720
ASL Roma6	3.994	2.201	1.956
ASL Frosinone	4.325	2.383	2.118
ASL Latina	4.385	2.416	2.148
ASL Rieti	1.602	883	785
ASL Viterbo	2.877	1.585	1.409
Totale	49.661	27.364	24.324

Tabella 4:Stima di prevalenza di demenza lieve, moderata e severa nella Regione Lazio⁴

³Determinazione Regione Lazio 10 febbraio 2023, n. G01705

⁴Determinazione Regione Lazio 10 febbraio 2023, n. G01705

5. Inquadramento clinico

Il paziente affetto da sindrome da decadimento cognitivo si caratterizza per una complessità clinica che richiede un approccio diagnostico specialistico e multidisciplinare. Uniformità e correttezza dell'iter diagnostico sono di fondamentale importanza per identificare le diverse forme di decadimento cognitivo e per predisporre gli interventi terapeutici, riabilitativi e di supporto assistenziale al paziente e alla famiglia.

Il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (di seguito DSMV-TR) rappresenta il documento di riferimento per i clinici per la classificazione delle Demenze.

E' importante sottolineare che il DSM V ha eliminato il termine demenza e categorizza i sintomi cognitivi/psichiatrici lievi in Disturbo Neurocognitivo minore e la demenza in Disturbo Neurocognitivo Maggiore⁵.

Per la diagnosi di DNC Maggiore occorrono i seguenti criteri:

- evidenza di un significativo declino cognitivo da un precedente livello di prestazioni in uno o più domini cognitivi sulla base della sintomatologia riferita dall'individuo, da un caregiver o dal clinico (come documentato da test neuropsicologici standardizzati o, in loro assenza, da altra valutazione clinica quantitativa)
- i deficit cognitivi interferiscono con l'indipendenza nelle attività quotidiane
- i deficit cognitivi non si manifestano esclusivamente nell'ambito di un delirio
- i deficit cognitivi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (ad esempio, disturbo depressivo maggiore, schizofrenia)

Rispetto a quelli appena elencati, i criteri diagnostici del Disturbo Neurocognitivo minore, in passato definito Mild Cognitive Impairment (MCI), individuano un deficit cognitivo lieve per lo più isolato che non interferisce con la capacità di indipendenza nelle attività quotidiane.

Frequentemente questi pazienti presentano un significativo deficit di memoria (MCI amnesico) che può accompagnarsi ad un minore coinvolgimento di altre funzioni cognitive, quali il linguaggio, le abilità visuo-spaziali, le funzioni esecutive, le capacità di ragionamento (MCI multidominio).

Si tratta dunque di una condizione tutt'altro che unitaria e si riferisce ad uno stato di transizione tra il normale invecchiamento e la diagnosi tempestiva del DNC Maggiore.

⁵Nicolò G., Pompili E. (2023). *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore srl

5.1. Classificazione

Alla base della diagnostica differenziale sta lo strumento imprescindibile delle Linee Guida che società scientifiche e gruppi di lavoro internazionali hanno elaborato, fornendo i criteri diagnostici per le principali forme di demenza e MCI.

Sono quindi utilizzati criteri validati per guidare il giudizio clinico nell'iter diagnostico dei sottotipi di demenza:

- criteri di consenso internazionali per la demenza a corpi di Lewy⁶
- criteri internazionali per la demenza frontotemporale (afasia primaria progressiva non fluente e demenza semantica)⁷
- criteri dell'International Frontotemporal Dementia Consortium per la variante comportamentale della demenza frontotemporale⁸
- criteri NINDS-AIREN per la demenza vascolare⁹
- criteri NIA-AA per la demenza di Alzheimer¹⁰
- criteri della Movement Disorders Society per la demenza associata a malattia di Parkinson¹¹
- criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la malattia di Creutzfeldt-Jakob¹²
- Criteri per Mild Cognitive Impairment¹³

Vanno anche conosciute e diagnosticate patologie più rare che annoverano la demenza come entità sindromica. È il caso di patologie neurodegenerative come la malattia di Huntington o le forme familiari di demenza vascolare quali la CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy) che è una cerebropatia autosomica dominante con infarti lacunari e leucoencefalopatia¹⁴.

Vanno escluse cause reversibili di declino cognitivo, rare, come la demenza da idrocefalo o da HIV.

⁶McKeith, et al (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, 89(1), 88-100

⁷Gorno-Tempini, et al (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76(11), 1006-1014

⁸Rascovsky, K., et al (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavior al variant of frontotemporal dementia. *Brain*, 134(9), 2456-2477

⁹Román, G. C., et al (1993). Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies: report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*, 43(2), 250-250

¹⁰McKhann, G. M., et al (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's&dementia*, 7(3), 263-269

¹¹Dubois, B., et al (2007). Diagnostic procedures for Parkinson's disease dementia: recommendations from the movement disorder society task force. *Movement disorders*, 22(16), 2314-2324

¹²Zerr, I., et al (2009). Updated clinical diagnostic criteria for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *Brain*, 132(10), 2659-2668

¹³Albert, M. S., et al (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's&dementia*, 7(3),270-279

¹⁴Tournier-Lasserre E., et al.(1993) Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcorticalinfarcts and leukoencephalopathy maps to cromosome 19q12. *Nat Genet.*3:256-259. Buffon F., et al et al.(2006). Cognitive profile in CADASIL. *J. NEUROL Neurosurg Psychiatry* 77:155-180

5.2. Stadiazione

Il processo di stadiazione è essenziale in qualsiasi setting clinico, anche se le finalità possono essere differenti. E' opportuna in ogni ambito la Valutazione Multidimensionale dei vari domini con l'utilizzo di strumenti standardizzati di raccolta dati che assicurano la copertura di tutte le aree di interesse e garantiscono la valutazione oggettiva del paziente, permettendo il follow up e la comparazione fra pazienti o gruppi di pazienti in setting simili, così come la pianificazione delle risorse e dell'utilizzo dei servizi.

Per la valutazione complessiva della demenza una tra le scale più utilizzate è Clinical Dementia Rating Scale (CDR), anche se non è il solo strumento di stadiazione della gravità clinica della demenza disponibile.

La CDR suddivide il livello di gravità della malattia in più fasi secondo un metodo strutturato che valuta la performance cognitiva e funzionale del paziente in sei aree quali: memoria, orientamento, giudizio e soluzione dei problemi, attività sociali, casa e tempo libero, cura personale¹⁵.

La Scala classifica i diversi stadi di malattia in:

- Molto Lieve (CDR0,5)
- Lieve (CDR1)
- Moderata (CDR2)
- Grave (CDR3)
- Molto Grave (CDR4)
- Terminale (CDR5)

I pazienti in fase lieve e moderata di malattia (CDR=0,5-1-2) vengono presi in carico dal CDCD in collaborazione con il MMG. Effettuano controlli clinici periodici con gestione delle patologie in comorbidità, monitoraggio delle funzioni cognitive con test di I e II livello, monitoraggio della terapia farmacologica specifica.

Per i pazienti in fase moderata di malattia (CDR=2) sono consigliati gli interventi multidominio di supporto di tipo riabilitativo e occupazionale nonché le attività di counseling al caregiver attraverso l'inserimento nei Centri Diurni Alzheimer (CDA). In questa fase i controlli clinici periodici monitorano il peggioramento delle funzioni cognitive e dei disturbi psichici comportamentali, con attenzione al burden del caregiver.

Dapprima viene focalizzata l'attenzione sulle strategie idonee a prevenire l'insorgenza dei BPSD (interazioni farmacologiche, valutazione e intervento sulle cause internistiche e la gestione dello stress del caregiver) e negli stadi più avanzati, sulla terapia farmacologica con antipsicotici.

Per i pazienti con CDR2 e CDR3 ancora deambulanti ed in grado di essere portati fuori casa è fondamentale proporre attività riabilitative finalizzate anche a ridurre il rischio di caduta e le complicanze legate all'ipocinesia.

I pazienti con grave compromissione cognitivo-motoria (non trasportabili) vengono trasferiti in carico al CDCD Domiciliare e gli specialisti del CDCD gestiscono il paziente anche in collaborazione con il MMG e con eventuali servizi domiciliari attivati (ADI, NAD).

I pazienti classificati in stadio 4 (demenza molto grave) e stadio 5 (demenza terminale) richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo e allettati. Essi rimangono incaricati al CDCD domiciliare che opera in rete con il MMG e gli altri

¹⁵Morris, J. C. (1997). Clinical dementia rating: a reliable and valid diagnostic and staging measure for dementia of the Alzheimer type. *International psychogeriatrics*, 9 (S1), 173-176

servizi attivati (ADI, NAD, cure palliative, servizi sociali dei Comuni).

5.3. Diagnosi e presa in carico presso i CDCD

L'inquadramento e la diagnosi differenziale di un DNC richiede la raccolta dell'anamnesi, la valutazione dello stato mentale e l'esame fisico con la valutazione delle comorbidità nonché l'approfondimento seguendo un percorso diagnostico strutturato (esami di laboratorio, imaging cerebrale di I e II livello, test neuropsicologici di I e II livello, ecc.).

L'ampia variabilità dei quadri clinici e la complessità della patologia rende necessaria la presa in carico presso i servizi dedicati, individuati nei CDCD.

Inoltre, negli ultimi anni l'atteggiamento diagnostico terapeutico della comunità scientifica si è progressivamente incentrato ad identificare già in fase precoce o preclinica i soggetti a rischio di sviluppare demenza, identificando il costrutto clinico detto MCI o DNCm.

Questa popolazione è numericamente in crescita ed è pressoché equivalente al gruppo di pazienti con diagnosi di DNC Maggiore, incrementando così il numero dei soggetti da prendere in carico nel follow up.

A supporto degli interventi diagnostici-terapeutici in questo ambito riveste particolare rilevanza la possibilità di attuare azioni di prevenzione primaria e secondaria delle demenze, orientate verso la modifica di stili di vita e dei fattori di rischio cardiovascolari.

Sono stati identificati 12 fattori di rischio responsabili del 40% delle demenze che potrebbero essere prevenute o ritardate attraverso le seguenti azioni¹⁶:

- valutazione degli stili di vita (abitudine al fumo, consumo di alcool, sovrappeso e obesità, sedentarietà, basso livello di scolarità, isolamento sociale)
- misurazione della pressione arteriosa una volta all'anno
- valutazione della glicemia almeno una volta ogni due anni
- misurazione del peso e dell'altezza una volta ogni due anni o per cambiamenti di peso evidenti
- valutazione della scala della depressione in presenza di un sospetto disturbo dell'umore
- anamnesi di trauma cranico pregresso
- valutazione dei problemi di udito
- valutazione dei disturbi del sonno
- abuso di alcol

Tale attività viene svolta principalmente nel setting della Medicina Generale , ma anche nel contesto degli altri servizi della rete.

Nelle strategie di prevenzione primaria della ASL rientra la promozione di percorsi di formazione/aggiornamento rivolti a tutte le figure professionali che operano nell'ambito delle demenze, nonché l'attività di divulgazione e informazione a livello di popolazione, come da indicazione del PND.

¹⁶Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention and Care Lancet, 2020
ASL Frosinone – PDTA Demenze

5.4. Trattamento farmacologico: farmaci nota AIFA 85

La scelta della terapia farmacologica varia sulla base del grado di severità della malattia, stabilito attraverso la somministrazione delle scale di valutazione cognitiva e funzionale.

Attualmente sono autorizzati solo pochi farmaci specificatamente per le demenze, rivolti esclusivamente alla malattia di Alzheimer. Questi farmaci sono in grado di correggere le variazioni del profilo biochimico neurotrasmettitoriale, espressione del danno neuronale, ma non di modificare o di arrestare il processo neuropatologico.

Non sono stati sviluppati trattamenti specifici per altre forme di demenza (per esempio le demenze frontotemporali). Per questo motivo si fa cenno ai soli farmaci per la malattia di Alzheimer approvati.

Le indicazioni di appropriatezza relative alla prescrizione della terapia farmacologica per le demenze e la tempistica per i follow-up sono disciplinate dalla NOTA 85 AIFA.

Il compito di effettuare o eventualmente confermare una diagnosi precedente di demenza e di stabilirne il grado di severità è affidato ai CDCD. Lo specialista del CDCD deve anche monitorare la tollerabilità e la risposta clinica (efficacia) alla terapia ad intervalli regolari e prestabiliti dall'inizio del trattamento, secondo le indicazioni AIFA a **1 mese, a 3 mesi, ogni 6 mesi, ogni 12 mesi** (aggiornamento nota AIFA 85).

Il Piano Terapeutico ha validità massima di 12 mesi (nei casi di stabilità clinica) e può essere modificato in corso di validità al variare delle condizioni cliniche del paziente (anche su segnalazione del MMG)¹⁷.

Il Piano Terapeutico redatto dal CDCD deve essere consegnato al MMG dell'assistito (da parte del paziente o suo caregiver).

Se il paziente progredisce a una forma severa (punteggio MMSE ≤ 10) occorre valutare attentamente l'opportunità di proseguire il trattamento, sulla base della valutazione del profilo beneficio/rischio¹⁸ su base individuale¹⁹.

Nella **Tabella 5** sono sintetizzate caratteristiche ed indicazioni dei farmaci ad oggi approvati. Per approfondimenti si rimanda alle **Raccomandazioni Forti n. 77, 84, 88-90, 93, 98, 99 LINEE GUIDA Diagnosi e Trattamento di demenza e MCI - SNLG ISS Gennaio 2024**.

¹⁷Determina 21 marzo 2023, Aggiornamento della Nota AIFA 85 di cui alla determina del 22 settembre 2009 ed istituzione del Piano terapeutico (PT) AIFA per i farmaci in Nota AIFA 85. (Determina n. DG/105/2023). (23A01957)

¹⁸O'Brien JT et al. Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol. 2017 Feb;31(2):147-168

¹⁹Nota AIFA 85:<https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1728086/nota-85.pdf>

<i>Principio Attivo</i>	<i>Meccanismo d'azione</i>	<i>Posologia</i>	<i>Dose max/die</i>	<i>Effetti collaterali</i>
DONEPEZIL cp rivestite Indicazione nota 85: MA grado lieve-moderato	Inibizione dell'enzima Acetilcolinesterasi (impedimento dell'acetilcolina al sito esterasico)	5 mg/die: dose iniziale 10 mg/die: dose di mantenimento	10 mg	Gli effetti collaterali più frequenti sono legati all'eccesso di attività colinergica e sono a carico del Tratto gastrointestinale e cardiovascolare.
GALANTAMINA capsule RP Indicazione nota 85: MA grado lieve-moderato		8 mg/die: dose Iniziale 16 mg/die; 24 mg/die: dose di mantenimento	24 mg	
RIVASTIGMINA Capsule Cerotti transdermici Indicazione nota 85: MA grado lieve-moderato	Inibizione di acetil- e butirril- colinesterasi (interazione diretta con il sito esterasico)	Rivastigmina Cps: 1,5 mg/due volte al giorno: dose iniziale 3 mg/due volte al giorno; 4,5 mg/due volte al giorno; 6 mg/due volte al giorno: dosi di mantenimento Rivastigmina CEROTTI: 4,6 mg/die: dose iniziale 9,5 mg/die: dose di mantenimento	12 mg	
MEMANTINA cp rivestite/sol orale Indicazione nota 85: MA grado severo	È un antagonista non competitivo dei recettori di tipo NMDA del glutammato	Dose iniziale: 5 mg/die e viene aumentata gradualmente nelle prime 4 settimane. Dose di mantenimento: 20 mg/die	20 mg	Gli effetti collaterali più frequenti riguardano il SNC tra cui allucinazioni, confusione, vertigini
Altre demenze non-Alzheimer				
Ø Può essere effettuato un tentativo terapeutico con donepezil o rivastigmina per le forme da lievi a moderate di demenza a corpi di Lewy, eventualmente galantamina Ø Se non sono tollerati gli inibitori dell'acetilcolinesterasi si può somministrare memantina Ø Questi farmaci non vanno usati in caso di demenza frontotemporale o compromissione cognitiva da SM				

Tabella 5: Farmaci approvati per il trattamento della malattia di Alzheimer

Per quanto riguarda le modalità di dispensazione dei Farmaci con Nota 85, è prevista la **Distribuzione per conto (DPC)** da parte delle farmacie pubbliche o private convenzionate, secondo il Nuovo Accordo DCA n. 253/2016.

Con Nota Regionale n° 54180/GR/11/46 del 02.02.2017, Regione Lazio ha fornito l'elenco dei farmaci con Nota 85 erogabili in base alle risultanze della procedura di gara regionale, invitando le strutture sanitarie coinvolte a dare maggiore valorizzazione al farmaco “*equivalente*” anche al fine di evitare la corresponsione da parte dell'assistito delle quote di compartecipazione previste dalla normativa per i farmaci a brevetto scaduto.

5.5. Trattamento farmacologico: farmaci antipsicotici atipici offlabel

La prescrizione dei farmaci antipsicotici per il controllo dei disturbi psichico-comportamentali (BPSD) nei soggetti con demenza risponde a logiche di tipo clinico, farmacologico e regolatorio.

Gli studi clinici controllati, ad esempio il Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness - Alzheimer's Disease - CATIE-AD²⁰, hanno permesso di acquisire indicazioni di tipo clinico ma non hanno valore rispetto alle indicazioni registrate e la maggior parte dei dati disponibili deriva dall'utilizzo degli antipsicotici in condizioni diverse dalla demenza, determinando l'utilizzo “OFF LABEL” di questi farmaci.

Il piano di monitoraggio permette di prescrivere tali farmaci dal 2006, quando l'AIFA “*ha ritenuto necessaria la definizione di un programma di Farmacovigilanza Attiva, relativa agli antipsicotici di prima e di seconda generazione nella terapia dei disturbi psicotici e comportamentali in pazienti affetti da demenza.*”²¹. Con ulteriore comunicato AIFA del 17/09/2013²², la Commissione Consultiva Tecnico Scientifica (CTS) ha deciso di confermare le modalità di prescrivibilità dei farmaci antipsicotici nei pazienti con demenza e ha ridefinito il Programma di Farmacovigilanza Attiva mediante il quale si consente la prescrizione off label degli antipsicotici di prima e seconda generazione nella terapia dei disturbi psicotici e comportamentali ai Centri Specialistici identificati dalle Regioni come Esperti nella diagnosi e cura dei pazienti affetti da demenza ed in regime di *Distribuzione Diretta* dalle ASL.

Ad oggi non sono cambiate le indicazioni e le avvertenze. È tuttora in vigore quanto disposto con nota regionale n. 81038 del 23/07/2007 che prevede l'erogabilità a carico del SSN a seguito di compilazione di una scheda di inizio trattamento e successive schede di Follow up da parte degli specialisti (Geriatrici, Neurologi, Psichiatri) operanti nei CDCD e nei CSM.

²⁰Vigen et al., 2011. Cognitive effects of atypical antipsychotic medications in patients with Alzheimer's disease: outcomes from CATIE-AD. *American Journal of Psychiatry*, 168(8), 831-839

²¹Vigen et al., 2011. Cognitive effects of atypical antipsychotic medications in patients with Alzheimer's disease: outcomes from CATIE-AD. *American Journal of Psychiatry*, 168(8), 831-839

²²Comunicato AIFA del 17/09/2013: Prescrivibilità antipsicotici nel trattamento dei pazienti affetti da demenza - <https://aifa.gov.it>

Modalità di erogazione dei Farmaci Antipsicotici Atipici

Per quanto riguarda la prescrizione e l'erogazione “*OFF LABEL*” dei farmaci antipsicotici atipici (Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidone e Aripiprazolo) nel trattamento dei BPSD, per i quali è prevista la sola **Distribuzione Diretta (DD)** da parte dei Servizi Farmaceutici Aziendali, con la medesima nota sopracitata, la Regione Lazio ha fornito l'elenco dei farmaci Antipsicotici Atipici erogabili in base alle risultanze della procedura di gara regionale.

In sintesi, la prescrizione di tali farmaci richiede i seguenti passaggi:

- compilazione di apposita Scheda di Monitoraggio AIFA²³⁻²⁴⁻²⁵ a carico dei CDCD e DSM da parte di specialisti Geriatri, Neurologi e/o Psichiatri
- per i pazienti in assistenza domiciliare, fermo restando che la diagnosi e la compilazione della prima scheda di monitoraggio sia effettuata da un CDCD Territoriale esperto/CDCD domiciliare e/o DSM, il follow up del paziente può essere a carico dello specialista Neurologo, Psichiatra e/o Geriatra operante nell'ADI
- la scheda prescrittiva ha validità bimestrale
- la dispensazione avviene tramite la Farmacia Presidio/Distretto del territorio di competenza e non deve superare i 60 giorni di terapia

Pertanto, anche al fine di non generare criticità erogative, si ribadisce di effettuare la prescrizione di tali farmaci indicando il principio attivo e il relativo dosaggio, riservando ai soli casi giustificati, l'indicazione della specialità medicinale, tra quelle aggiudicate nella gara regionale, con apposizione della dicitura “*non sostituibile*” opportunamente sottoscritta.

5.6. Trattamento non farmacologico

A supporto e integrazione delle terapie farmacologiche, la comunità scientifica ha rivolto la sua attenzione verso altri strumenti: *le terapie non farmacologiche o psicosociali*.

Si tratta di un insieme di tecniche che, attraverso un approccio standardizzato e di dimostrata efficacia (basato su evidenze scientifiche), possono contribuire alla cura della malattia e al controllo dei sintomi.

Gli interventi cognitivi sono finalizzati al miglioramento o al mantenimento delle funzioni cognitive del malato e si distinguono in tre tipologie: training cognitivo, riabilitazione cognitiva, stimolazione cognitiva. Gli interventi sono più efficaci quando sono “adattati”, “personalizzati” e “costruiti su misura” ai bisogni pratici delle persone con demenza e ai caregiver rispetto agli interventi standard.

Il trattamento non farmacologico tramite programmi individuali e di gruppo orientati ai bisogni cognitivi, comunicativi, motori e comportamentali dei pazienti è principalmente svolto nei CDA e nelle RSA.

Il DPCM 12/1/2017 sui nuovi LEA ha confermato la norma precedente del 2001

²³Note Regione Lazio n° 81038 del 23.04.2007 e n° 43313 del 07.03.2013

²⁴<https://www.aifa.gov.it/moduli-segnalazione-reazioni-avverse>

²⁵<https://www.aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avverse>

precisando che “nell’ambito dell’assistenza semiresidenziale, il servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti di lungo-assistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di ri-orientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria”.

6. Inquadramento normativo

6.1. La rete per le demenze

Per la realizzazione di interventi omogenei sul territorio nazionale il Piano Nazionale Demenze (PND) ha previsto la creazione di una rete integrata e la realizzazione della gestione integrata.

I nodi centrali della rete sono i CDCD, che si differenziano in Centri Diagnostici Specialistici e Centri Territoriali Esperti²⁶ e i Centri Diurni Alzheimer (CDA).

Per il background e contesto di riferimento si rinvia alla normativa nazionale, regionale e alla letteratura scientifica citata in bibliografia.

7. Percorso nella ASL Frosinone

Il PDTA Demenze aziendale nasce dalla necessità di declinare a livello locale quanto definito dal PDTA Demenze Regione Lazio²⁷, al fine di assicurare una reale continuità assistenziale ai pazienti ed alle loro famiglie.

Scopo del PDTA è quello di garantire, su tutto il territorio aziendale, un modello omogeneo ed integrato di presa in carico delle persone affette da una forma di demenza attraverso il raccordo tra i servizi coinvolti, garantendo passaggi di setting e modulazioni organizzative basate sugli effettivi bisogni assistenziali nelle diverse fasi cliniche.

7.1. Campo di applicazione e destinatari

Il presente PDTA si applica all’intero territorio dell’ASL Frosinone, è finalizzato a garantire la continuità assistenziale in tutte le fasi di malattia ed è, pertanto, rivolto a tutti gli operatori dei Servizi/Strutture coinvolti nel processo di cura e presa in carico del paziente e della sua famiglia.

Sono preminentemente coinvolti nel percorso tutti gli operatori afferenti ai Servizi/UUOO di:

²⁶DCA 22.12.2014 n. U00448

²⁷Determinazione Regione Lazio 10 febbraio 2023, n. G01705

- Assistenza Primaria (MMG)
- CDCD Centro Diagnostico Specialistico
- CDCD Centri Territoriali Esperti ambulatoriali
- CDCD Centro Territoriale Esperto domiciliare
- ADI
- RSA
- Cure Palliative
- Centri Diurni Alzheimer
- Servizi di Salute Mentale
- Reparti Ospedalieri
- Associazioni di pazienti e familiari
- Altri servizi

Tutti sono tenuti ad operare in modo coordinato, multiprofessionale e multidisciplinare nelle diverse fasi del processo assistenziale.

7.2. Criteri di inclusione/ ingresso, esclusione, uscita per il PDTA

Saranno inseriti nel PDTA tutti i pazienti residenti nella provincia di Frosinone con conferma diagnostica di Disturbo Neurocognitivo Minore (DNCm) o di Disturbo Neurocognitivo Maggiore (DNCM), come da inquadramento del DSM V.

Sono esclusi dal PDTA tutti coloro che presentano deficit cognitivi dovuti ad altre patologie primarie (es. neoformazioni cerebrali, delirium), persone che necessitano di una valutazione ai soli fini dell'invalidità civile, persone che necessitano di una valutazione per meri fini burocratici.

L'uscita dal PDTA può essere dovuta ad espressa volontà del paziente/caregiver o in caso di decesso del paziente.

7.3. Offerta aziendale

L'obiettivo di creare una rete a livello nazionale per la diagnosi e la terapia della demenza ed in particolare della malattia di Alzheimer risale al 2000 con la strutturazione delle Unità Valutative Alzheimer (UVA) nell'ambito del Progetto Cronos²⁸ del Ministero della Sanità.

Dieci anni dopo, con il recepimento del PND e delle strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze²⁹, la Regione Lazio ha definito il "*Documento di indirizzo operativo per la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza*". Di seguito, per ogni ASL del Lazio è stato identificato il fabbisogno dei Centri per le demenze e sono

²⁸Protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la Malattia di Alzheimer - DM del 20 luglio 2000. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 204, 1 settembre 2000

²⁹DCA n. U00448 del 22/12/2014

state trasformate le UVA regionali in Centri Diagnostico Specialistici per le demenze e Centri Territoriali Esperti per le demenze (CDCD).

Tale assetto ha l'obiettivo di prevedere un approccio sistemico di Disease Management in base ai livelli di gravità della patologia e di integrare tutti i professionisti che sono impegnati nel processo di presa in carico sociosanitaria del paziente affetto da Demenza nei diversi stadi.

L'attività di diagnosi, cura e riabilitazione delle Demenze si realizza nei diversi CDCD grazie alla collaborazione integrata con le équipe costituite di varie figure professionali (medici specialisti, infermieri, assistenti sociali, ecc.) che operano nei servizi territoriali, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali.

Nel contesto della Asl Frosinone sono oggi operativi:

- n.1 CDCD Centro Diagnostico Specialistico
- n.1 UOS CDCD Centro Territoriale Esperto A/B
- n.1 UOS CDCD Centro Territoriale Esperto C/D
- n.1 CDCD Centro Territoriale Esperto Domiciliare

7.3.1. CDCD Centro Diagnostico Specialistico ospedaliero

Il Centro Diagnostico Specialistico afferisce alla UOC Geriatria del Presidio Ospedaliero di Cassino ed è ubicato al Piano III° - percorso giallo.

In tabella sono di seguito riportate le dotazioni organiche, gli orari e i recapiti.

Sede	P.O. Cassino, UOC di Geriatria, Piano III° - percorso giallo
Dotazione organica	Geriatria: 6 h/sett Assistente Sociale: 6 h/sett Infermiere: 6 h/sett
Orari di apertura	1-2 giorni a settimana, variabile in base alle turnazioni ospedaliere
Recapiti	Tel.: 0776.3929591 E-mail: geriatria.polod@aslfrosinone.it

Il CDCD Diagnostico Specialistico, operante all'interno della struttura ospedaliera, attiva slot dedicati per gli accertamenti/esami di I e II livello per i pazienti inviati dai CDCD Territoriali.

Il percorso clinico nel CDCD diagnostico tramite le procedure di II livello indicato per la diagnosi precoce o nei casi atipici o con incertezza diagnostica.

In particolare, suggerendo innovatività nelle soluzioni proposte, è stato potenziato il percorso con la diagnostica strumentale in ambito neuroradiologico attraverso l'acquisizione di un Software di IA.

A tale riguardo è stato attivato un *“percorso preferenziale dedicato di neuroradiologia”* in collaborazione con la UOC di Radiologia dell'Ospedale di Cassino.

L'avanzamento tecnologico in questo ambito corregge l'eterogeneità delle valutazioni

visive che hanno una sostanziale variabilità tra osservatori. Inoltre, nello specifico si è deciso di uniformare la valutazione delle scansioni con supporto di scale qualitative (per l'atrofia la Global Cortical Atrophy Scale - GCA e la scala Fazekas per il carico cerebrovascolare)³⁰.

Il percorso migliora le possibilità nella diagnosi differenziale e il follow-up anche attraverso il confronto delle competenze multidisciplinari.

SPECT, PET e biomarcatori non sono attualmente eseguibili nelle strutture della ASL Frosinone.

Allo stesso modo si ravvisa la necessità di costruire percorsi per le procedure di indagine biologica (per es. liquor) per i casi atipici e giovanili o nei casi di incertezza diagnostica e di indagine genetica per lo studio di forme familiari di malattia.

L'iter per la conferma diagnostica, presso il CDCD Diagnostico, può essere effettuato attraverso il PAC Deterioramento funzioni cognitive (P331).

7.3.2. CDCD Centro Territoriale Esperto A/B

È ubicato presso il Presidio Sanitario di Frosinone, Distretto Sanitario B ed afferisce alla UOC Geriatria.

In tabella sono di seguito riportate le dotazioni organiche, gli orari e i recapiti.

Sede	Frosinone. Presidio Sanitario (Distretto Sanitario B). Viale Mazzini-Ingresso "B"
Dotazione organica	Geriatrics: 38 h/sett Neurology: 6 h/sett Nurse: 72 h/sett Social Assistant: 36 h/sett Neuropsychologist: (TD dal 01.02.23 al 31.10.2024, in attesa di rinnovo Progetto Fondo Alzheimer): 16 h/sett
Orari di apertura	Tutti i giorni dal lunedì al sabato dalle ore 8:00 alle ore 14:00
Recapiti	Telefono: 0775.2072506 e.mail: uoscdcd.frosinone@aslfrosinone.it

³⁰Fazekas, F., et al (1987). MR signal abnormalities at 1.5 T in Alzheimer's dementia and normal aging. *American Journal of Neuroradiology*, 8(3), 421-426.)

Pasquier, F., et al (1996). Inter-and intra observer reproducibility of cerebral atrophy assessment on MRI scans with hemispheric infarcts. *European neurology*, 36(5), 268-272

7.3.3. CDCD Centro Territoriale Esperto C/D

È ubicato presso il Presidio Sanitario di Aquino (sede centrale Distretto D) e il Presidio Sanitario di Sora (Distretto C) ed afferisce alla UOC Geriatria.

In tabella sono di seguito riportate le dotazioni organiche, gli orari e i recapiti.

Sede*	Aquino. Presidio Sanitario (sede centrale),viale A. Manzoni snc
Dotazione organica	Geriatria: 14 h/sett Neurologia:18 h/sett Infermiere: 36 h/sett Assistente Sociale: 30 h/sett Amministrativo: 36 h/sett Neuropsicologo:16 h/sett (TD dal 01/2/2023 fino al 31.10.2024, in attesa di rinnovo Progetto Fondo Alzheimer)
Orari di apertura	Tutti i giorni dal lunedì al sabato dalle ore 8:00 alle ore 14:00
Recapiti	Telefono:0776.729014 E-mail: uos.cdcdpolocd@aslfrosinone.it

* Il servizio è temporaneamente trasferito presso la Casa della Salute di Pontecorvo. Recapiti telefonici e indirizzo mail sono invariati

Sede	Sora.Via San Marciano snc
Dotazione organica	Geriatria: 6 h/sett Psichiatria: 30 h/sett Infermiere: 36 h/sett Assistente Sociale: 30 h/sett
Orari di apertura	Lun, Mar, Gio: dalle ore 8:00 alle ore 17:00 Mer, Ven: dalle ore 8:00 alle ore 14:00
Recapiti	Tel:0776.8294248 (Accettazione) Tel.0776.8294249 (Assistente Sociale) E-mail: uos.cdcdpolocd@aslfrosinone.it

7.3.4. CDCD Centro Territoriale Esperto Domiciliare

Prende in carico pazienti che non sono trasportabili con i comuni mezzi e afferisce all'Assistenza Domiciliare Integrata (UOC ADI).

In tabella sono di seguito riportate le dotazioni organiche, gli orari e i recapiti.

Sede	Presso sedi ADI nei quattro Distretti: Anagni, Frosinone, Atina, Cassino
Dotazione organica	Geriatrics: 17 h/sett Neurology: 10 h/sett Nurse: 15 h/sett Physiotherapist: 4 h/sett Psychology: 11 h/sett (TD dal 01/2/2023 fino al 31.10.2024, in attesa di rinnovo Progetto Fondo Alzheimer)
Orari di apertura	Anagni: dal lunedì al sabato dalle ore 8:00- 14:00 Frosinone: dal lunedì al sabato dalle ore 8:00 – 14:00 Atina: dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00– 14:00 Cassino: dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 - 12:30
Recapiti	Anagni: Tel. 0775/7325225 Anagni E-mail: adi.anagni@aslfrosinone.it
	Frosinone: Tel. 0775/2072574; 0775/2072575 Frosinone E-mail: uocadi@aslfrosinone.it Atina: Tel. 0776/6984409 Atina E-mail: adi.atina@aslfrosinone.it Cassino: Tel. 0775/8825739 Cassino E-mail: adi.distrettod@aslfrosinone.it

La tabella seguente (**Tabella 6**) riporta l'elenco delle prestazioni estratte dal Catalogo Unico Regionale (CUR - Det. Regione Lazio G00001 del 2.01.2025) che possono essere effettuate presso i CDCD aziendali.

Cod.CUR	Descrizione della Prestazione	CDCD A/B Frosinone	CDCD C/D Aquino	CDCD C/D Sora	CDCD A/B/C/D Domiciliare
89.07_3	Consulto definito complessivo	SI	SI	SI	SI
89.7_107	Prima Visita Geriatrica	SI	SI	SI	SI
89.01_142	Visita Geriatrica di controllo	SI	SI	SI	SI
89.13_2	Prima Visita Neurologica	SI	SI		SI
89.01_126	Televisita Geriatrica di controllo	SI	SI		SI
89.01.C_3	Televisita Neurologica di controllo	SI	SI		
94.19.1	Prima Visita Psichiatrica			SI	
89.01.C_2	Visita Neurologica di controllo	SI	SI		SI
94.09	Colloquio psicologico clinico	SI	SI	SI	
94.12.1_3	Telecolloquio psichiatrico			SI	
94.08.6_0	Somministrazione e interpretazione di test di valutazione del carico familiare e delle strategie di Coping	SI	SI	SI	
94.12.01	Visita Psichiatrica di controllo			SI	
94.01.2_2	Somministrazione e interpretazione di test di deterioramento intellettivo	SI	SI		
94.01.2	Somministrazione e interpretazione di test di deterioramento intellettivo - MDB	SI	SI		
94.01.2_4	Somministrazione e interpretazione di test di deterioramento intellettivo-MODA	SI	SI		SI
94.08.1_0	Somministrazione e interpretazione di test delle funzioni esecutive	SI	SI		
94.08.2_0	Somministrazione e interpretazione di test delle abilità visuo-spaziali	SI	SI		
94.08.4_2	Esame dell'afasia	SI	SI		
94.01.1_0	Somministrazione e interpretazione di test di intelligenza	SI	SI	SI	
94.02.1_6	Somministrazione e interpretazione di test di attenzione	SI	SI		
94.02.1_2	Somministrazione e interpretazione di test della memoria	SI	SI		SI
94.02.1_3	Somministrazione e interpretazione di test della memoria a breve e lungo termine	SI	SI		SI
89.07_3 solventi	Valutazioni medico Legali	SI	SI	SI	SI

Tabella 6: Prestazioni erogate dai Centri Territoriali Esperti (ASL Frosinone)

7.3.5. Centri Diurni Alzheimer

Sul territorio aziendale operano tre Centri Diurni Alzheimer. Sedi, recapiti e dotazioni organiche sono illustrate nelle tabelle.

Centro Diurno “Madonna della Speranza” Attivo da Agosto 2004 – Giuliano di Roma Utenza Distretto B	
Dotazione organica	Geriatra ASL: 1 accesso mensile Infermiere attualmente in carico alla Cooperativa per 2 h/giorno Psicologa (della cooperativa): 2 h/giorno OSS: 4 unità. Si alternano a copertura del rapporto di 1:5 con gli utenti.
Orari di apertura	Attualmente il Martedì e Giovedì: dalle ore 8 alle ore 15, compreso il trasporto. È prevista l'apertura dal lunedì al venerdì per un incremento di domande.
Recapiti	Telefonico: 0775.621087–0775.874351 Email: sedefrosinone@nuoverisposte.it
Centro Diurno “Non più soli” Attivo da Maggio 2015 – Casa della Salute Atina ASL Frosinone Utenza Distretto C e D	
Dotazione organica	Geriatra ASL: 9 h/settimanale OSS, OSA, Educatore: 6 unità. Si alternano a copertura del rapporto di 1:3 con gli utenti Amministrativa impiegata del Consorzio dei Comuni del Cassinate: 25 ore/settimanale OSS referente: 25 ore/settimanale Estetista: 20 ore/settimanale Assistente sociale ASL: 8 ore/settimanale
Orari di apertura	Dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00-15:00, incluso il trasporto
Recapiti	Telefonico 0776/6984431, e-mail: alzheimer.atina@aslfrosinone.it
Centro Diurno “Non ti Scodar di Me” Largario Don Carlo Speranza–Fiuggi Utenza Distretto A	
Dotazione organica	Geriatra ASL: 1 accesso mensile Infermiere attualmente in carico alla Cooperativa per 2 h/giorno Psicologa (della cooperativa): 2 ore/giorno. OSS: 4 unità. Si alternano a copertura del rapporto di 1:5 con gli utenti
Orario di apertura	Lunedì, Mercoledì, Venerdì Dalle 8,15 alle 16,30 incluso il trasporto
Recapiti	Telefonico: 0775/874351, 0775/874952, 3442764332 Email: sedefrosinone@nuoverisposte.it

La tipologia di utenza del CDA richiede prestazioni socio-assistenziali e prestazioni sanitarie.

Il coordinatore medico dei CDA programma le prestazioni presso i CDA utilizzando un'agenda interna e provvede alla registrazione delle impegnative presso il CUP aziendale.

La tabella seguente (**Tabella 7**) riporta l'elenco delle principali prestazioni estratte dal Catalogo Unico Regionale (CUR - Det. Regione Lazio G00001 del 2.01.2025) che possono essere effettuate presso i CDA operanti sul territorio della ASL Frosinone.

Cod. CUR	Descrizione della Prestazione	CDA C/D Atina	CDA A/B Fiuggi e Giuliano di Roma
89.07_3	Consulto definito complessivo	SI	SI
89.7_107	Prima Visita Geriatrica	SI	SI
89.01_142	Visita Geriatrica di controllo	SI	SI
89.52_0	Elettrocardiogramma	SI	
94.08.1_0	Somministrazione e interpretazione di test delle funzioni esecutive	SI	
94.02.1_2	Somministrazione e interpretazione di test della memoria	SI	
94.02.1_3	Somministrazione e interpretazione di test della memoria a breve e lungo termine	SI	
94.02.1_7	Test di abilità di Lettura	SI	
93.89.2	Training per Disturbi cognitivi per seduta individuale (Ciclo10 sedute)	SI	
93.89.3	Training per Disturbi cognitivi per seduta individuale (singola seduta)	SI	
93.11.E	Rieducazione individuale della autonomia nelle ADL	SI	
93.11.F	Rieducazione in gruppo nella autonomia delle attività della vita quotidiana	SI	

Tabella 7: Prestazioni erogate nei CDA presenti sul territorio aziendale

Benché il CDA risponda a quanto previsto nei LEA ai sensi dei DPCM del 2001 e 2017, i 2 CDA presenti nei distretti sociali A e B sono stati attivati e sono tutt'ora gestiti con le risorse del Piano Regionale Alzheimer, ricomprese nei Piani di Zona dei distretti sociali.

Il CDA persegue l'obiettivo di garantire la continuità delle cure nei contesti di vita non istituzionalizzanti, offrendo agli ospiti una concreta possibilità di mantenere le proprie abilità residue il più a lungo possibile, attraverso specifiche attività riabilitative e Piani Assistenziali Individuali (PAI). Funge da servizio di sollievo per i caregivers e le famiglie, sottoposte a condizioni di stress per l'onerosità del carico assistenziale e per le difficoltà di conciliazione dei tempi personali e di cura del familiare.

Secondo i protocolli di intesa pregressi tra ASL Frosinone e Distretti Sociali (A, B, C, D) si favorisce l'integrazione socio-sanitaria (LG 328 del 2000) svolta nei CDA, in quanto la tipologia dell'utenza richiede prestazioni socio-assistenziali, oltre che sanitarie, con la possibilità di rientro serale al proprio domicilio.

In questa fase di mappatura delle attività è stata rilevata la necessità di uniformare l'impiego del personale sanitario aziendale nei CD Alzheimer allocati in Distretti diversi e di lavorare alla stipula o al rinnovo di Protocolli d'intesa con i Distretti socio-assistenziali, gli Enti gestori e le Associazioni di familiari.

7.4. Descrizione del Percorso

7.4.1. Dal sospetto diagnostico alla diagnosi

La fase del sospetto diagnostico può essere avviata da MMG, Geriatra, Neurologo, Psichiatra o altro specialista ambulatoriale/ospedaliero o da medico di PS.

Il MMG è solitamente il primo interlocutore dei propri assistiti e, nel caso di sintomatologia riferibile a disturbi cognitivi, acquisisce le informazioni anamnestiche ed effettua un accurato esame obiettivo del paziente al fine di escludere la presenza di altre condizioni cliniche e/o sociali.

In caso di sospetto diagnostico per DNC, il MMG può somministrare il General Practitioner assessment of Cognition test o GPCog³¹.

Se l'esito della valutazione è di normalità, il MMG effettua un monitoraggio periodico dei segni e dei sintomi.

Nel caso di test patologico, il MMG indirizza il paziente al CDCD di riferimento dopo avere richiesto, a sua discrezione, i seguenti accertamenti:

- esami ematochimici: emocromo con formula, glicemia, creatinina, azotemia, AST, ALT, GGT, bilirubinemia totale e diretta, Na, K, Ca, TSH, dosaggio Vitamina B12 e acido folico, esame urine
- ECG
- eventuale neuroimaging: RM encefalo senza mezzo di contrasto nei soggetti con età inferiore agli 80 anni. Se non è possibile, è raccomandata almeno un TC encefalo

L'accesso per la prima visita ai CDCD ambulatoriali dell'ASL Frosinone avviene attraverso prenotazione telefonica o tramite gli operatori (infermiere, assistente sociale) addetti al front office.

L'operatore del CDCD fissa l'appuntamento su agenda interna dedicata.

La richiesta di Prima Visita, in modalità esclusivamente dematerializzata, dovrà riportare la dicitura:

- Visita geriatrica (1° visita) “presso CDCD” codice CUR 89.7_107
- Visita neurologica (1° visita) “presso CDCD” codice CUR 89.13_2
- Visita psichiatrica (1° visita) “presso CDCD” (eseguibile solo presso sede di Sora) codice CUR 94.19.1
- Consulto, definito complessivo “presso CDCD” codice CUR 89.07_3

Il “consulto definito complessivo” presuppone una Valutazione Multidimensionale

³¹Pirani, A., Brodaty, H., Martini, E., Zaccherini, D., Neviani, F., & Neri, M. (2010). The validation of the Italian version of the GPCOG (GPCOG-It): a contribution to cross-national implementation of a screening test for dementia in general practice. *International Psychogeriatrics*, 22(1), 82-90

congiunta da parte dei componenti dell'équipe (Specialista, Infermiere formato, Assistente Sociale) ed è preferibilmente indicato per pazienti anziani “fragili”.

Tutte le prestazioni devono riportare il quesito diagnostico “Declino cognitivo” o “Deficit cognitivo”, utilizzando il codice 438.0.

7.4.2. Primo accesso e presa in carico ai CDCD Territoriali A/B e C/D

Il paziente affetto da declino cognitivo si caratterizza per una complessità clinica che deriva dalla comorbidità e dalla fragilità che rende necessario un approccio multidimensionale³² da parte dell'équipe multidisciplinare del CDCD.

La diagnosi di DNC spetta al medico specialista del CDCD eventualmente supportato dalle competenze dello psicologo con competenza per la valutazione neuropsicologia di II livello.

Presso il CDCD si provvede all'accoglienza (modulistica per la privacy, eventuale delega al ritiro di referti/esami, altro) e alla **Valutazione Multidimensionale** strutturata attraverso la compilazione della cartella: colloquio clinico per la raccolta dell'anamnesi, valutazione cognitiva di I livello con le scale validate in uso (MMSE, altro), valutazione funzionale del paziente (ADL, IADL, altro), valutazione psico-comportamentale, affettiva (GDS, NPI) e valutazione dello stress familiare (CBI), esame obiettivo generale neurologico e valutazione diagnostica per l'inquadramento clinico.

In presenza di elementi sufficienti per confermare la diagnosi di DNC lo specialista provvede all'arruolamento del paziente nel PDTA ed invia relazione clinica al MMG.

Nel caso in cui, al termine della prima visita non ci siano elementi sufficienti per la diagnosi, si procede alla prescrizione su ricetta dematerializzata degli esami ematochimici e strumentali e si programma la valutazione neuropsicologica di II livello per eventuale approfondimento in base al quadro clinico, alla familiarità e alle comorbidità.

Si programma, tramite agenda interna, la visita di controllo per la definizione diagnostica.

Qualora si ritenesse necessaria una conferma diagnostica di 2° livello il caso può essere inviato, come descritto nel paragrafo 7.3.1, al CDCD Centro Diagnostico Specialistico ospedaliero.

Nel caso di Diagnosi confermata, lo specialista descrive al paziente e/o ai familiari (amministratore di sostegno, se nominato) le caratteristiche del deficit cognitivo e comunica la diagnosi nella maniera più adatta ed opportuna rispetto al grado di discernimento del paziente e dei familiari.

Inoltre:

- fornisce al paziente/caregiver la documentazione necessaria per l'ottenimento dell'esenzione per patologia, come descritto nel paragrafo 7.4.11
- prescrive, se indicata, la terapia farmacologica specifica, e redige l'eventuale piano terapeutico fornendo tutte le informazioni in merito all'evoluzione della malattia, alle necessità assistenziali ed alla gestione delle attività quotidiane
- programma i successivi controlli tramite agenda interna, redige nota informativa

³²SIGOT, SIMG: Linea Guida La Valutazione Multidimensionale della persona anziana. Pubblicata sul Sistema Nazionale Linee Guida, Roma 16 novembre 2023

per il MMG e prescrive eventuali ulteriori indagini ritenute appropriate

- propone inserimento nel PDTA aziendale, con acquisizione del consenso all'inserimento e anche all'utilizzo della telemedicina

Qualora, nel corso della visita ambulatoriale, emergesse una situazione sociosanitaria complessa, il paziente e il familiare vengono indirizzati allo **Sportello di Ascolto (SA)**.

Il CDCD tramite linea telefonica dedicata, assicura la possibilità di un costante confronto sia con il MMG inviante sia con il paziente.

Lo Sportello di Ascolto (SA), gestito dall'assistente sociale, è inteso come luogo di cura e supporto sociosanitario nel gravoso impegno di assistenza, dando l'opportunità, **ai pazienti in carico ai CDCD**, di accedere a servizi appropriati nelle diverse fasi di malattia.

Le giornate di apertura dello SA variano a seconda del CDCD:

- martedì dalle 9.00 alle 12.00 presso il CDCD di Frosinone
- lunedì dalle 14.00 alle 17.00 presso il CDCD di Sora
- lunedì dalle 9.00 alle 12.00 presso il CDCD di Aquino

L'assistente sociale provvede alla valutazione dei bisogni con la relativa presa in carico assicurando il collegamento tra i vari passaggi dei percorsi assistenziali.

In particolare ha il compito di:

- guidare il paziente ed il familiare lungo tutto il percorso diagnostico all'interno del CDCD
- costituire un riferimento per il paziente e la famiglia per ricevere informazioni e orientamento o segnalare difficoltà nella gestione della malattia
- facilitare e coordinare la continuità tra CDCD, rete delle demenze e altri servizi territoriali ed ospedalieri
- attivare tutti gli interventi necessari e disponibili alla prosecuzione della presa in carico: collegamento di rete con MMG, CDCD domiciliare, ADI, CDA, servizi sociali, residenzialità
- fornire informazioni utili relative alle modalità previste per i benefici di Legge (Invalidità Civile, Bandi Comunali/Assegni di Cura, Accompagnamento, ecc)
- proporre, ove possibile, follow up telefonici secondo tempistiche concordate

È rilevante il ruolo che assume il Case manager (assistente sociale/infermiere), figura che ha il compito di garantire il collegamento tra i vari passaggi di presa in carico e trattamento del paziente, accertandosi dell'esito delle prestazioni sociosanitarie e instaurando un rapporto di fiducia con la famiglia.

7.4.3. Follow up presso i CDCD Territoriali A/B e C/D

Nell'ambito della presa in carico vengono, a giudizio dello specialista, programmati e prescritti i controlli successivi.

Il CDCD, tramite linea telefonica dedicata, assicura la possibilità di un costante confronto sia con il MMG sia con il paziente/caregiver, anche al di fuori degli appuntamenti programmati.

Nel corso del follow up potrebbero verificarsi le seguenti necessità/condizioni:

- non trasportabilità con i comuni mezzi: attivazione del CDCD Domiciliare con la procedura descritta nel paragrafo 7.4.7
- attivazione del CDA: procedura descritta nel paragrafo 7.4.9
- necessità di ricovero ospedaliero: procedura descritta nel paragrafo 7.4.13
- necessità di inserimento in RSA: procedura descritta nel paragrafo 7.4.17
- altre difficoltà o necessità: l'Assistente Sociale del CDCD provvede a fornire le informazioni necessarie e all'eventuale attivazione di altri setting socio-sanitari

7.4.4. Primo accesso del CDCD Domiciliare

L'attivazione avviene tramite una impegnativa del MMG/Specialista del CDCD ambulatoriale o di altro Specialista riportante la dicitura: "Consulto, definito complessivo" specificando nelle note la indicazione/motivazione*: presso CDCD Domiciliare. Paziente intrasportabile con i comuni mezzi" (codice CUR 89.07_3).

*La indicazione/motivazione può essere:

- Prima prescrizione farmaci antipsicotici in demenza
- Prima prescrizione farmaci: AA Nota AIFA 85
- Rinnovo Piano Terapeutico: AA/Nota AIFA 85
- rilascio Certificazione Medico Legale (solo per pazienti già precedentemente in carico ad uno dei CDCD)
- altre eventuali annotazioni (sospetto diagnostico, ecc.)

L'impegnativa può essere consegnata direttamente presso la sede ADI del Distretto di appartenenza oppure inviata alla casella Mail dedicata (cfr. paragrafo 7.3.4).

L'operatore ADI al momento della richiesta di attivazione programma la valutazione utilizzando l'agenda interna, in base all'esigenza richiesta.

Il familiare/caregiver verrà contattato telefonicamente dal centro per l'appuntamento della visita domiciliare.

Il primo accesso del CDCD Domiciliare può riguardare due tipologie di pazienti:

- paziente già in possesso di una diagnosi di demenza
- paziente non ancora diagnosticato per demenza

In ogni caso presso il domicilio del paziente, previa acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali, l'équipe del CDCD domiciliare provvede al colloquio clinico per la raccolta dell'anamnesi, alla valutazione cognitiva con le scale validate in uso (MMSE, altro), alla valutazione funzionale del paziente (ADL, IADL, altro), alla valutazione psico-comportamentale e affettiva nonché alla valutazione dello stress del caregiver (CBI).

Nel caso in cui al paziente sia già stata posta diagnosi da parte di un CDCD ambulatoriale aziendale e conseguentemente sia stato già inserito nel PDTA aziendale:

- si monitora la terapia farmacologica in atto in base alle condizioni cliniche
- si procede al rinnovo di eventuali piani terapeutici in essere e/o al rilascio di nuovi piani terapeutici
- si programmano i successivi controlli
- si prescrivono eventuali presidi/ausili necessari
- si fornisce feed back al MMG

Il personale dedicato alle attività del CDCD Domiciliare programma le visite di controllo utilizzando un'agenda interna e provvede alla registrazione delle impegnative presso il CUP aziendale dopo l'erogazione della prestazione.

Nel caso in cui, invece, la diagnosi non sia stata ancora confermata si procede all'approfondimento diagnostico.

Qualora si ritenesse necessaria una conferma diagnostica di 2° livello e/o una diagnosi differenziale, il caso può essere sottoposto, come descritto nel paragrafo 7.4.6, al CDCD Centro Diagnostico Specialistico.

Se viene confermata la diagnosi si informa il paziente e/o il caregiver e si propone l'inserimento nel PDTA aziendale (con acquisizione del consenso all'inserimento e all'utilizzo della telemedicina). Si modula l'eventuale trattamento farmacologico. Si prescrivono e programmano i controlli successivi.

Viene, inoltre, fornita al paziente/caregiver la documentazione necessaria per l'ottenimento dell'esenzione per patologia, come descritto nel paragrafo 7.4.11.

7.4.5. Follow up del CDCD Domiciliare

Le valutazioni di controllo vengono programmate secondo le indicazioni del medico del CDCD.

Vengono, di volta in volta, eseguite le visite di controllo e programmati e prescritti i controlli successivi.

Il CDCD, tramite linea telefonica dedicata, assicura la possibilità di un costante confronto sia con il MMG sia con il paziente/caregiver, anche al di fuori degli appuntamenti programmati.

Nel corso della presa in carico potrebbero insorgere le seguenti necessità/condizioni:

- ripristino delle condizioni di trasportabilità con i comuni mezzi: riattivazione del CDCD Ambulatoriale con la procedura descritta nel paragrafo 7.4.7
- necessità di ricovero ospedaliero: procedura descritta nel paragrafo 7.4.13
- necessità di inserimento in RSA: procedura descritta nel paragrafo 7.4.17
- altre difficoltà o necessità: l'Assistente Sociale del CDCD provvede a fornire le informazioni necessarie e all'eventuale attivazione di altri setting socio-sanitari

7.4.6. Approfondimento presso CDCD Diagnostico specialistico

Il CDCD - Centro Diagnostico Specialistico della ASL prende in carico pazienti inviati direttamente dai CDCD Territoriali Esperti con indicazione al PAC Deterioramento funzioni cognitive.

L'accesso al CDCD diagnostico specialistico avviene tramite contatto diretto tra operatori dei rispettivi CDCD.

Lo specialista del CDCD diagnostico specialistico, all'atto della definizione diagnostica e chiusura del PAC, redige la lettera di dimissione.

L'infermiera del CDCD Diagnostico provvede alla consegna diretta al paziente/caregiver della relazione clinica e dei referti clinico strumentali. Inoltre, concorda

con l'assistente sociale l'appuntamento per presa in carico presso il CDCD Territoriale di riferimento.

7.4.7. Trasferimento da CDCD Ambulatoriale a CDCD Domiciliare e viceversa

I CDCD ambulatoriali prendono in carico pazienti che hanno autonomia nella deambulazione. Qualora il paziente non presenta più il requisito di autonomia e trasportabilità per una disabilità fisica viene indirizzato al CDCD domiciliare, al fine di garantire una continuità assistenziale.

Il trasferimento avviene con la compilazione di una Scheda che riporta i punteggi dei test somministrati all'ultima visita di controllo (MMSE, ADL, IADL), la terapia farmacologica prescritta con ultimo piano terapeutico e la data della diagnosi e presa in carico. Sulla stessa scheda viene anche specificato se il paziente è stato inserito nel PDTA Demenze.

Viene redatta impegnativa "Consulto, definito complessivo" presso CDCD Domiciliare, con la nota "Paziente intrasportabile con i comuni mezzi". Tale documentazione viene consegnata al caregiver per l'invio al MMG e agli uffici dell'ADI del Distretto di residenza.

Lo specialista del CDCD Domiciliare può programmare il rientro in carico al CDCD ambulatoriale tramite prenotazione telefonica.

7.4.8. Attivazione del Centro Diurno Alzheimer

Per l'accesso ai CDA è necessario presentare presso gli Uffici Servizi Sociali dei Comuni di appartenenza: la domanda di accesso, l'attestato del medico specialista o dell'équipe Multidisciplinare del CDCD di riferimento (che ha la presa in carico del paziente) attestante la patologia con il grado di severità, ed il modello ISEE. L'accesso è riservato ai **residenti** o **domiciliati** nei Comuni del Distretto Socio-Sanitario.

Il Servizio Sociale comunale di residenza dei Distretti C e D prende atto di tale documentazione e invia la pratica ai Distretti Sociali di appartenenza. L'ammissione al CDA di Atina viene valutata dall'apposita commissione interdisciplinare (ASL e AIPES). L'elenco degli ammessi va inoltrato al CDA di Atina.

Per il CDA di Giuliano di Roma (Distretto B) la domanda viene valutata dal Servizio Sociale comunale di appartenenza ed inviata contemporaneamente al Distretto Sociale B e al soggetto gestore del CDA, unitamente alla richiesta di ammissione, seguendo la lista di attesa.

Per il CDA di Fiuggi (Distretto A) la domanda è accolta dal Servizio Sociale del Comune di appartenenza ed inviata all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale A per la valutazione. Se ritenuta ammissibile, l'Ufficio di Piano medesimo inoltra al soggetto gestore la richiesta di ammissione al CDA, nel rispetto della lista di attesa.

Le famiglie vengono contattate telefonicamente per un primo appuntamento di accesso presso il CDA.

7.4.9. Primo accesso al Centro Diurno Alzheimer

Il primo periodo di frequenza (pre-inserimento) al CDA è di ambientamento e familiarizzazione con gli altri pazienti e con il personale sociosanitario.

I CDA “Madonna della Speranza” e “Non Ti Scordar di Me” sono coordinati da un operatore sociosanitario con esperienza pluridecennale in team con la Psicologa che presiede, coordina e supervisiona le attività di riabilitazione cognitiva e di terapia occupazionale dei pazienti, congiuntamente al Medico Coordinatore. L’impegno dell’équipe è altresì diretto al sostegno psicosociale dei familiari e dei caregiver principali.

L’équipe di tutti i CDA si coordina sempre con il Geriatra della ASL, con il MMG e con il CDCD di riferimento del paziente al fine di monitorare le condizioni di salute dell’ospite, segnalando eventuali sintomi di peggioramento nel funzionamento delle persone assistite e concordando i relativi interventi.

Per la Presa in Carico è fondamentale l’elaborazione ed il costante monitoraggio del PAI ad opera dell’équipe sociosanitaria composta da: personale sanitario della ASL (Geriatra, Infermiere, Fisioterapista, Logopedista, Assistente Sociale), personale socio-assistenziale del soggetto gestore (OSS, Psicologa e Coordinatore, Educatore) e dall’Assistente sociale del Comune di residenza del paziente titolare del PAI. Lo stesso PAI come i successivi e periodici aggiornamenti vengono condivisi con il caregiver e/o i familiari.

7.4.10. Presa in carico presso CDA

All’avvio del PAI viene aperta una cartella sociosanitaria. All’interno di questa è presente una sezione psicosociale compilata a cura dell’équipe socio-assistenziale e della Psicologa.

I contenuti della cartella sociosanitaria sono alimentati nel corso delle riunioni multidisciplinari periodiche, così come eventuali aggiornamenti del PAI.

Tutti gli operatori sono adeguatamente formati ed aggiornati con appositi Corsi annuali. Ogni programma formativo annuale si compone di momenti interni condotti dai componenti dello Staff Tecnico della Cooperativa (psicologi, educatori professionali, assistenti sociali, pedagogisti e OSS) e da momenti affidati ad Agenzie esterne e/o dalla partecipazione a Convegni e Seminari tematici.

I CDA sono sede di elezione per i trattamenti non farmacologici (training cognitivo, stimolazione cognitiva, riabilitazione cognitiva) e per la terapia occupazionale con l’obiettivo di rallentare il declino delle funzioni cognitive e fisiche legato alla malattia demenziale e di conservare quanto più a lungo le autonomie residue dei pazienti. Sono strutture idonee a garantire al paziente una riabilitazione ed un’assistenza nella malattia di Alzheimer e nelle altre demenze di livello lieve- moderato (con disturbi comportamentali).

Le terapie occupazionali erogabili in tutti i CDA comprendono laboratorio di cucina e di cura di sé, ortoterapia, stanza multisensoriale. Sessioni di ginnastica (in gruppo e da seduti) vengono svolte anche grazie alla collaborazione del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Motorie dell’Università di Cassino³³.

Per le persone con grave deterioramento si individualizzano i trattamenti con il ricorso anche alla Doll therapy e alla Pet therapy. Quest’ultima, “Hasbro’s Joy for All Companion Pet Cat” (gatto interattivo elettronico), è stata introdotta nei CDA di Atina e di Giuliano di Roma.

I pazienti idonei vengono indirizzati alla terapia della Reminiscenza, terapia della Rimotivazione, alla Reality Orientation Therapy (ROT). La programmazione di uscite organizzate favorisce il recupero del rapporto con il territorio e la socializzazione.

³³Protocollo d’Intesa n. 5092 del 23/03/2023 tra ASL Frosinone e Università degli Studi di Cassino e del Lazio meridionale

7.4.11. Ottenimento esenzione per patologia

I pazienti affetti da sindrome dementigena hanno diritto all'esenzioni dal Ticket come da elenco delle malattie croniche invalidanti ad oggi individuate dai codici sotto riportati:

029.331.0	Malattia di Alzheimer
011.290.4	Demenza Arteriosclerotica
011.290.1	Demenza Presenile
011.290.2	Demenza Senile con Aspetti Deliranti o Depressivi
011.290.0	Demenza Senile, non complicata

A seguito di conferma diagnostica al paziente/caregiver viene consegnato un certificato riportante il codice per patologia e viene indirizzato all'ufficio di Assistenza Sanitaria di Base del Distretto di residenza. Sono richiesti i seguenti documenti: certificazione per esenzione ticket, tessera sanitaria dell'assistito, documento di identità dell'assistito, delega e documento d'identità del caregiver, nel caso in cui sia delegato.

Le prestazioni con esenzione ticket sono quelle per il trattamento e monitoraggio della malattia e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

7.4.12. Certificazione per accertamento dell'invalidità civile

Ai fini dell'accertamento dell'invalidità civile, per garantire modalità omogenee di valutazione dei pazienti affetti da demenza è risultato di grande utilità l'utilizzo di strumenti di valutazione uniformi e condivisi presso i CDCD (MMSE, ADL, IADL, Scala di Tinetti, CDR Demenza, altro). Ciò facilita il lavoro delle Commissioni Medico Legali -INPS e garantisce ai richiedenti risposte omogenee per tutto il territorio.

La certificazione presuppone una valutazione congiunta da parte dei componenti l'équipe (specialista del CDCD, infermiere, assistente sociale) e la firma della relazione è a cura di due di essi.

Trattandosi per lo più di pazienti ultra65enni, i parametri di riferimento valutativo sono gli esiti permanenti delle infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente e sono accertate da apposite indagini cliniche, strumentali e di laboratorio³⁴.

A questi parametri si aggiunge quanto previsto dalla Legge 104 del 5/2/1992. Le richieste mirano ad ottenere benefici prevalentemente, ma non esclusivamente, economici.

Le Scale utilizzate permettono di fornire i parametri per valutare il grado di compromissione delle capacità cognitive, funzionali e degli atti quotidiani della vita.

La certificazione garantisce un inquadramento diagnostico "certo" e gli elementi per la valutazione "funzionale" e "prognostica".

³⁴DL 23/11/1988, n. 509 e Legge 11/2/1980 n. 18

7.4.13. Ricovero e gestione del paziente affetto da demenza in Ospedale

Il ricorso al ricovero ospedaliero deve essere valutato solo in alcune Specifiche situazioni su indicazione del MMG e/o specialista e/o medico emergentista.

Lo specialista del **Pronto Soccorso** deve:

- al momento della valutazione iniziale raccogliere un'anamnesi che includa sintomi cognitivi-comportamentali, se possibile da un conoscente stretto (per es. un familiare e/o caregiver) e attivare modalità specifiche di accoglienza - gestione del paziente con demenza, con accesso consentito anche al caregiver
- condurre un esame obiettivo
- eseguire esami ematochimici per escludere cause reversibili di declino cognitivo
- prescrivere TC e/o RM encefalo per escludere cause secondarie di declino cognitivo

Se sono stati esclusi delirium da causa organica e/o psicosi acuta da malattia psichiatrica, è appropriato il ricovero ospedaliero solamente in alcune condizioni specifiche:

- casi complessi di demenza con esordio atipico
- insorgenza acuta con rapida evoluzione dei sintomi
- condizione medica appropriata per il ricovero ospedaliero
- condizione chirurgica appropriata per il ricovero ospedaliero

Per i pazienti con confermato deterioramento cognitivo e/o disturbi psichici comportamentali che possono essere dimessi al domicilio, il medico PS prescrive un “Consulto definito complessivo d'équipe” per CDCD.

Se il paziente presenta problematiche socio-assistenziali (persona sola, difficoltà assistenziali) il medico di PS attiva i servizi sociali dell'Ospedale per facilitare l'inserimento nei servizi appropriati.

Gestione del paziente affetto da demenza durante il ricovero in Ospedale

Un aspetto fondamentale è la gestione della comorbidità nel paziente anziano affetto da disturbi cognitivi che richiede competenze specifiche e la metodologia della valutazione multidimensionale geriatrica per una corretta gestione clinico-assistenziale delle sindromi geriatriche³⁵.

Molte persone anziane durante il ricovero presentano **delirium**, slatentizzando una sottostante condizione di demenza non diagnosticata, inoltre le persone con diagnosi di demenza sono a maggior rischio di delirium durante la degenza.

Nei pazienti anziani ricoverati la comparsa di delirium è associata a prognosi negativa con allungamento delle giornate di degenza, aumentata mortalità, peggioramento del declino cognitivo e funzionale.

Durante la valutazione lo specialista dovrebbe:

- considerare l'utilizzo dei seguenti strumenti per discriminare tra delirium, delirium associato a demenza e demenza da sola: Confusion Assessment Method (CAM³⁶) e

³⁵Linee Guida SNLG, ISS - Diagnosi e trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment*- Versione 1.0 - Pubblicata sul Sistema Nazionale Linee Guida 7/12/2023

³⁶ Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. (1990). Clarifyng confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990; 113:941-948.

4-ATest (4AT³⁷)

- individuare e trattare le cause internistiche di delirium, i fattori predisponenti e i fattori precipitanti (uso appropriato dei neurolettici, gestione farmacologica del dolore, valutazione della costipazione, della disidratazione, della nutrizione etc.)

In questo ambito è importante promuovere la formazione degli operatori sulle strategie di prevenzione dell'insorgenza dei sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD) attraverso training specifici e adattamento dell'ambiente ospedaliero.

Si raccomanda altresì una valutazione clinica mirata per il **dolore** per le persone con demenza che non sono in grado di riferire il proprio dolore.

Si sottolinea che le scale di valutazione del dolore incluse nella cartella infermieristica [scala numerica Visual Analogic Scale - VAS³⁸ e la scala di valutazione verbale – Likert] presentano dei limiti nell'impiego nel paziente con declino cognitivo.

Una inadeguata valutazione della presenza di dolore dovuta alle barriere comunicative rischia di offrire un minore numero di farmaci analgesici anche dopo l'esecuzione di interventi chirurgici. Ma si tenga presente che la patologia non inficia la percezione dello stimolo nocicettivo e che il dolore percepito in questi pazienti diviene esclusivamente segno (e non sintomo riferito).

È opportuno che gli operatori sanitari sappiano riconoscere le reazioni somatiche (lamento, protezione di parti del corpo, smorfie di dolore, disturbi del sonno ecc.), le reazioni psicomotorie (ridotta mobilità, ecc.) e comportamentali (anomala reattività a stimoli esterni).

Con l'obiettivo di cura centrata sulla persona, nei pazienti che presentano dolore è opportuno il monitoraggio del dolore, il suo controllo farmacologico e di eventuali potenziali eventi avversi degli analgesici.

L'altro problema da considerare attentamente è il rischio di **cadute**.

Sulla base delle evidenze scientifiche e di considerazioni generali di pratica clinica si evince che il trattamento delle cadute nelle persone con demenza non differisce necessariamente da quello applicato alle cadute negli anziani ricoverati.

Si raccomanda, tuttavia, di considerare le specifiche esigenze individuali delle persone con demenza e di favorire la supervisione da parte del caregiver oltre che la maggiore supervisione da parte del personale sanitario.

Alla **dimissione** da reparto il medico ospedaliero indica nella **SDO** la demenza come seconda diagnosi, valorizzando in prima diagnosi la comorbidità clinica che ha determinato il ricovero ospedaliero.

7.4.14. Dimissione dall'Ospedale

Per la presa in carico al CDCD Territoriale, dopo la dimissione da un ricovero, il paziente deve essere in possesso di ricetta SSR con indicazione di "Consulto, definito complessivo".

Per l'appuntamento occorre telefonare al CDCD di competenza territoriale. Il paziente deve essere in possesso della lettera di dimissione, degli esami ematochimici effettuati e di RMN

³⁷ Bellelli, G., Morandi A., (2016). 4AT Italian version 1.2. Milano Bicocca University, Gruppo Italiano per lo Studio del Delirium (GISD), Italia.

³⁸ Downie W.W., Leatham P.A., Rhind V.M., Wright V., Branco J.A., Anderson J.A.. Studies with pain rating scales. Ann Rheum Dis. 37:378-381

encefalo senza mdc; ove non possibile, è raccomandata almeno una TC encefalo.

7.4.15. Trattamento riabilitativo

Nonostante i notevoli progressi compiuti negli ultimi anni dalla ricerca nel settore demenze, i trattamenti farmacologici attualmente disponibili offrono risultati non risolutivi. Le terapie riabilitative rappresentano un ausilio importante nella gestione del paziente affetto da demenza.

Interventi di stimolazione cognitiva e motoria sono in grado di produrre effetti a lungo termine dopo l'intervento specifico.

La presa in carico del paziente con Demenza può essere effettuata, in base alla fase della malattia in diversi setting riabilitativi:

- Riabilitazione estensiva o di mantenimento ex art.26, che prevede in regime di:
 - Residenziale
 - Semiresidenziale
 - Ambulatoriale
 - Domiciliare
- Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata ad Alta Intensità (ADI-AI)
- Riabilitazione residenziale (RSA)

Le modalità di accesso, ai percorsi riabilitativi variano a seconda del setting interessato.

Per i pazienti per i quali è indicato un ricovero in strutture ex art 26, per i soli regimi residenziali, semiresidenziali e domiciliari o di presa in carico ADI, l'accesso alle prestazioni riabilitative, avviene attraverso una Valutazione Multidimensionale (da parte della UVMD) effettuata presso il Distretto Socio- Sanitario di appartenenza. L'attivazione della proposta è del MMG o dello Specialista del CDCD con compilazione del modulo regionale e presentazione della richiesta al PUA distrettuale.

L'accesso alle prestazioni ambulatoriali presso strutture ex art 26 avviene con prescrizione del medico specialista in riabilitazione, del neurologo e del geriatra o altro specialista del CDCD. Il trattamento ambulatoriale, indicato per pazienti in fase lieve e media di malattia (MMSE=24-16), è centrato su cicli di "stimolazione" delle funzioni cognitive secondo varie tecniche, anche fra loro integrate, per periodi di 30- 60-90 giorni, eventualmente ripetibili. Il trattamento è condotto da personale (Fisioterapisti, Terapisti Occupazionali, Psicologi, ecc.) con formazione specifica sulle diverse tecniche.

Il tipo di setting riabilitativo dovrebbe essere individuato in relazione alle specifiche necessità del paziente tenendo conto del livello di disabilità e degli obiettivi del PRI.

7.4.16. Trasferimento alle strutture postacuzie

In continuità con quanto previsto nel Regolamento di bed management aziendale, la ASL Frosinone finisce le modalità operative con cui prendere incarico i pazienti con una dimissione difficile, adottando con Deliberazione n. 650 del 02.08.2023 il documento "Procedure di dimissione e trasferimento dei pazienti dalle strutture ospedaliere al territorio", disponibile su sito Intranet aziendale sezione Procedure e Regolamenti.

Le condizioni di salute dei soggetti affetti da Demenza sono spesso aggravate dalla presenza di pluripatologie spesso accompagnate da problematiche di carattere sociale. Queste caratteristiche possono determinare un aumento degli accessi in Pronto Soccorso dei pazienti affetti da demenza e altre comorbidità riacutizzate. Per facilitare il processo di ricovero urgente o programmato, anche al fine di promuovere l'appropriatezza, l'ottimizzazione e la razionalizzazione nella gestione logistica dei posti, ASL Frosinone con Deliberazione n. 685 del 30.08.2023 ha adottato il "Regolamento di Bed Management", disponibile su sito Intranet aziendale sezione Procedure e Regolamenti .

7.4.17. Inserimento in RSA

Per quanto riguarda le modalità operative concernenti le procedure di accesso, informazione e orientamento, valutazione, ammissione, dimissione o inserimento in lista d'attesa, per la fruizione dei servizi sociosanitari domiciliari, semiresidenziali e residenziali e dei benefici economici (contributi ed assegni di cura) in favore dei cittadini residenti nei Comuni afferenti ai Distretti del territorio aziendale, Asl Frosinone con Deliberazione n. 652 del 02.08.2023 ha adottato il documento "Approvazione Regolamento per la composizione e il funzionamento dell'UVMD", disponibile su sito intranet aziendale sezione Procedure e Regolamenti.

Durante la permanenza del paziente in RSA viene attivata (o proseguita) la competenza del CDCD Domiciliare per i controlli periodici.

Sul territorio della ASL Frosinone operano tre RSA accreditate da Regione Lazio con posti letto di livello Estensivo. In una di queste i posti letto di livello estensivo sono destinati a pazienti con "disturbi cognitivo-comportamentali gravi" (**Tabella 8**).

La permanenza in queste strutture è di massimo di 60 giorni. Si accede mediante una valutazione come da procedura aziendale ("Procedura di dimissione e trasferimento dei pazienti dalle strutture ospedaliere al territorio").

RSA	Indirizzo	N° Posti Livello Estensivo	N° Posti estensivi per "Disturbi cognitivo- comportamentali gravi"
RSA Villa degli Ulivi	Sant'Elia Fiumerapido (FR) 03049 Via Tascitara, 9 Tel: 0776.429141	10	
RSA San Camillo	Sora (FR) 03039 Via Valleradice Tel: 0776.817226	16	
RSA San Germano	Piedimonte San Germano (FR) 03030 Viale G. Marconi, 16 Tel: 0776.404650		15 ³⁹

Tabella 8: Posti letto RSA dedicati

³⁹Deliberazione Regione Lazio n. 273, 08 giugno 2023

7.4.18. I Servizi Comunali a supporto della domiciliarità

I Comuni garantiscono, a loro volta, una serie di Servizi orientati a sostenere il mantenimento del paziente nel proprio ambiente di vita. Fra di essi si citano: SAD (Servizio Assistenza Domiciliare), il servizio di trasporto-sociale su valutazione del servizio sociale, PIS (Pronto Intervento Sociale), i Contributi di Cura su specifiche indicazioni della Regione (disabilità gravissima, interventi in favore dei malati di Alzheimer, altro)

Per l'attivazione dei servizi il familiare si deve rivolgere presso il servizio sociale del Comune di residenza del paziente, allegando la documentazione necessaria per lo specifico servizio.

7.4.19. Le associazioni di volontariato e l'importanza della formazione

Come evidenziato dal PDTA per le persone con demenza della Regione Lazio, un importante ruolo hanno le Associazioni dei familiari che devono dare voce ai reali bisogni materiali e spirituali dei pazienti e di tutte le persone che se ne occupano, devono sviluppare un pensiero solidale, forte e responsabile, un approccio positivo ai problemi che insorgono nell'ambito della società attuale.

E' doveroso valorizzare l'opera di tutte le Associazioni di volontariato che collaborano sul nostro territorio con i CDCD, i CDA e i Servizi sociali.

Si ringrazia in questa fase l'Associazione Solidariamente APS per il contributo con osservazioni costruttive al presente documento.

Si intende accogliere l'input allo sviluppo di progetti di sensibilizzazione della popolazione e di formazione ai familiari/caregiver con il fine di validare ulteriormente gli aspetti medico-assistenziali attraverso le competenze degli operatori e professionisti della ASL.

8. Telemedicina

Sviluppo di Servizi di Telemedicina per pazienti fragili affetti da Demenza: interventi a distanza per facilitare la vicinanza delle cure.

La ricerca del termine “telemedicina e demenza” su Pubmed negli ultimi 5 anni produce un totale di 365 articoli. Gli aspetti valutati includono l'uso della telemedicina per la diagnosi di demenza, il follow-up del paziente, la teleriabilitazione, il supporto in remoto per il caregiver. Differenti studi hanno mostrato che la consultazione video è ben accettata dai pazienti e dai caregivers, rappresentando anche un modo di incrementare la compliance e gli accessi alle visite specialistiche⁴⁰.

⁴⁰Barton, C., et al (2011). Video-telemedicine in a memory disorders clinic: evaluation and management of ruralelders with cognitive impairment. *Telemedicine and e-Health*, 17(10), 789-793

Dang, S., et al (2018). Providing dementia consultations to veterans using clinical video telehealth: results from a clinical demonstration project. *Telemedicine and e-Health*, 24(3), 203-209

L'obiettivo a sostegno di una introduzione sistematica della telemedicina nei percorsi di trattamento e follow up della malattia di Alzheimer e altre forme di demenza nel nostro territorio provinciale è quello di minimizzare i disagi creati dagli spostamenti, permettendo ad un numero maggiore di malati la continuità delle cure domiciliari.

Le modalità operative utilizzabili in questo ambito nella ASL Frosinone sono: la televisita, il teleconsulto, la teleassistenza, la teleconsulenza.

La Televisita è un atto medico che lo specialista del CDCD applica per l'espletamento delle Visite di controllo geriatriche/neurologiche/psichiatriche condotte per la rivalutazione delle funzioni cognitive e dei disturbi comportamentali.

Sono inclusi per la televisita i pazienti affetti da demenza con disturbi psichici-comportamentali già incarico per il monitoraggio AIFA del trattamento con antipsicotici atipici ogni 2 mesi.

I pazienti, già arruolati al trattamento con antipsicotici, dopo acquisizione del Consenso Informato dei caregiver alla televisita e precedentemente edotti e formati sulle modalità della Televisita, vengono sottoposti a Televisite geriatriche/neurologiche/psichiatriche di controllo.

La Televisita è mirata ad accertare l'impatto della terapia a livello clinico (controllo dei disturbi psichici comportamentali) e la comparsa di eventuali effetti collaterali (di tipo neurologico o cardiologico) nonché l'efficacia dell'intervento nel supporto al caregiver. L'intervista può essere condotta in modo strutturato attraverso la compilazione dei questionari NPI⁴¹ e CBI⁴².

Nei giorni che precedono l'appuntamento viene richiesto l'invio sulla piattaforma utilizzata per la Televisita di eventuale documentazione sanitaria (esami ematochimici o referto ECG) da visionare.

Per le visite successive e per ulteriori prenotazioni di esami lo stesso Specialista che ha in carico il paziente invierà sulla piattaforma la ricetta dematerializzata.

Si sottolinea che per l'attività di telemedicina è importante selezionare adeguatamente i pazienti da arruolare, tenendo in considerazione i fattori di rischio, la compliance del paziente e soprattutto del caregiver a cui si richiede competenza nell'utilizzo delle piattaforme in uso presso la ASL.

In questo ambito è realizzabile nella presa in carico l'implementazione del telecolloquio psichiatrico, del telecolloquio psicologico-clinico e della telepsicoterapia individuale.

Tutte le prestazioni di telemedicina sopraelencate sono realizzabili in base alla disponibilità della piattaforma organizzativa e alle competenze del caregiver.

A tale riguardo si utilizza il questionario per valutare le "Competenze digitali del paziente/caregiver per la telemedicina".

Il passaggio successivo è l'acquisizione dell'informativa e consenso ai percorsi clinici in telemedicina e al trattamento dei dati personali per l'utilizzo degli strumenti telematici).

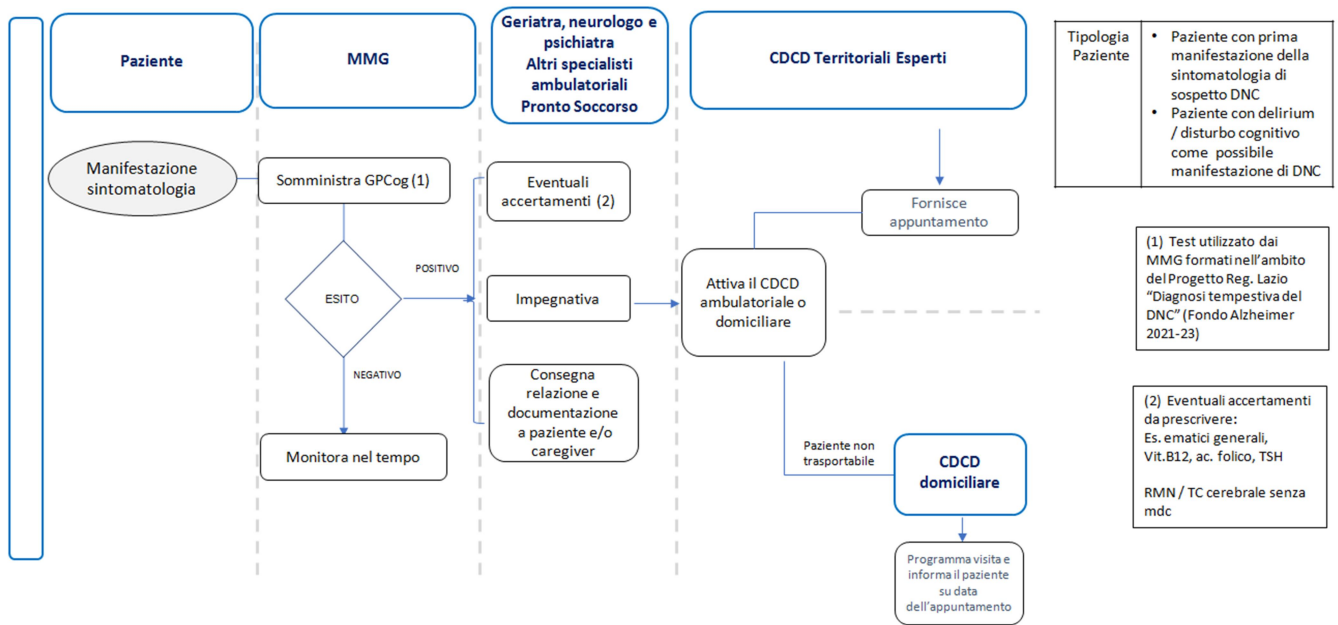
Hanson, R. E., et al (2019). Telemedicine vs office visits in a movement disorders clinic: comparative satisfaction of physicians and patients. *Movement disorders clinical practice*, 6(1), 65-69

⁴¹Cummings, J. L., et al (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2308

⁴²Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The gerontologist*, 29(6), 798-803

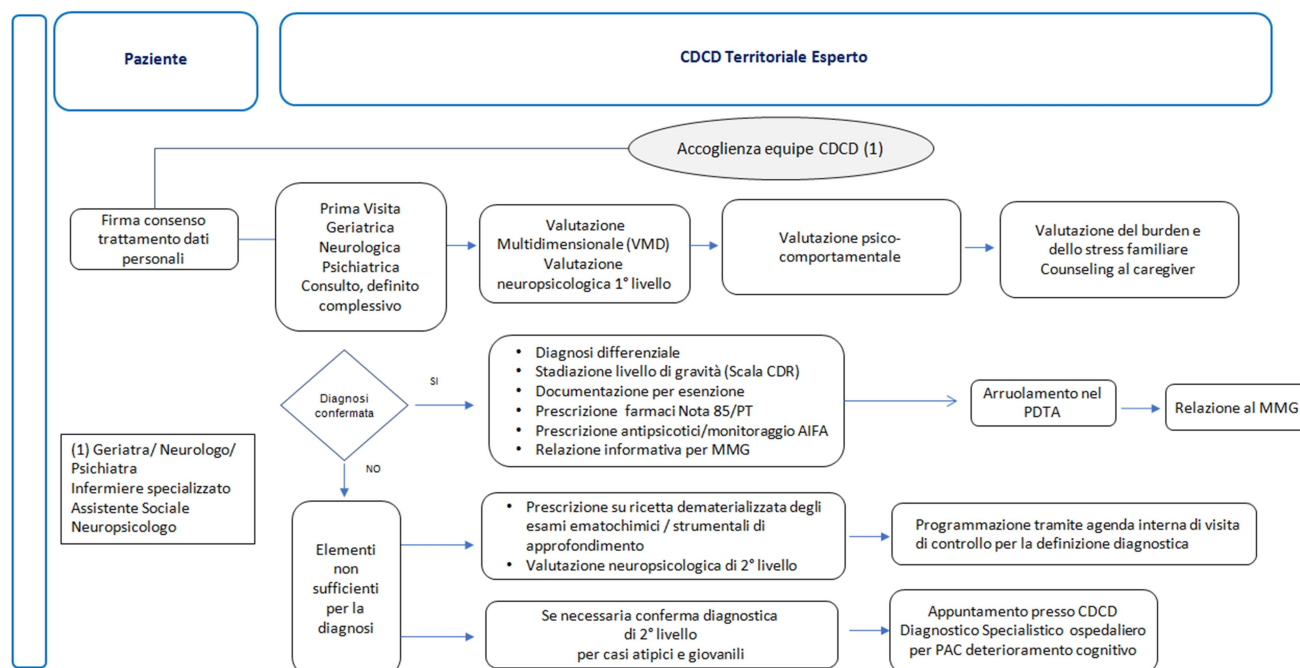
9. Matrici delle responsabilità

9.1. Sospetto diagnostico



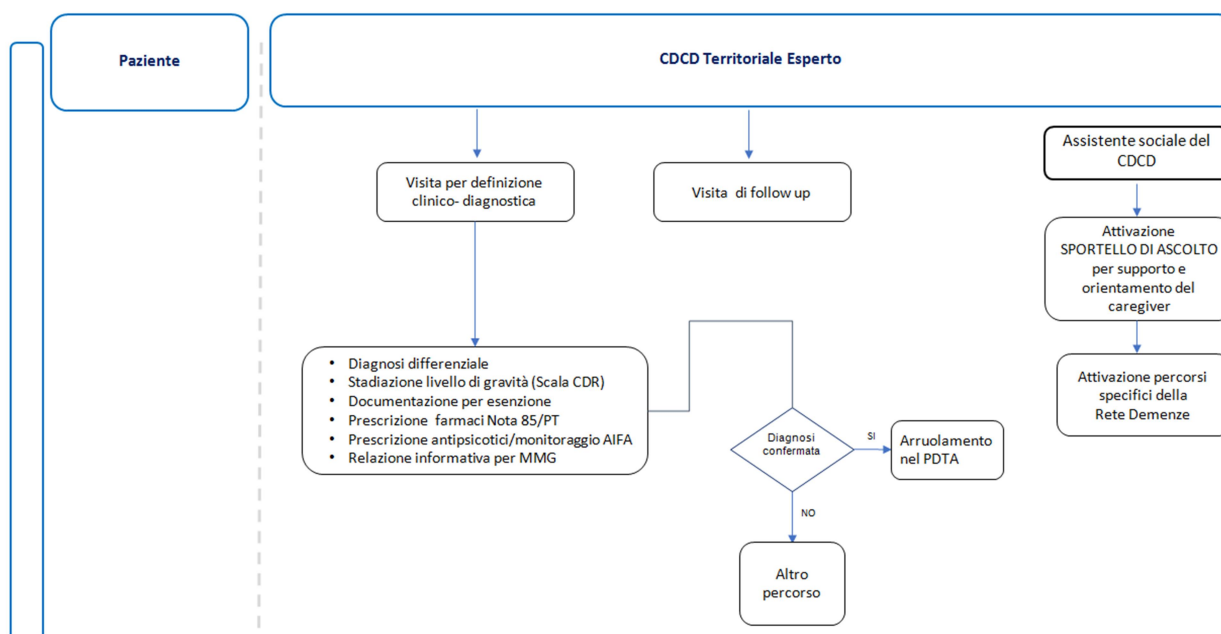
Matrice 1: Sospetto diagnostico

9.2. Primo accesso ai CDCD Territoriali Esperti A/B e C/D



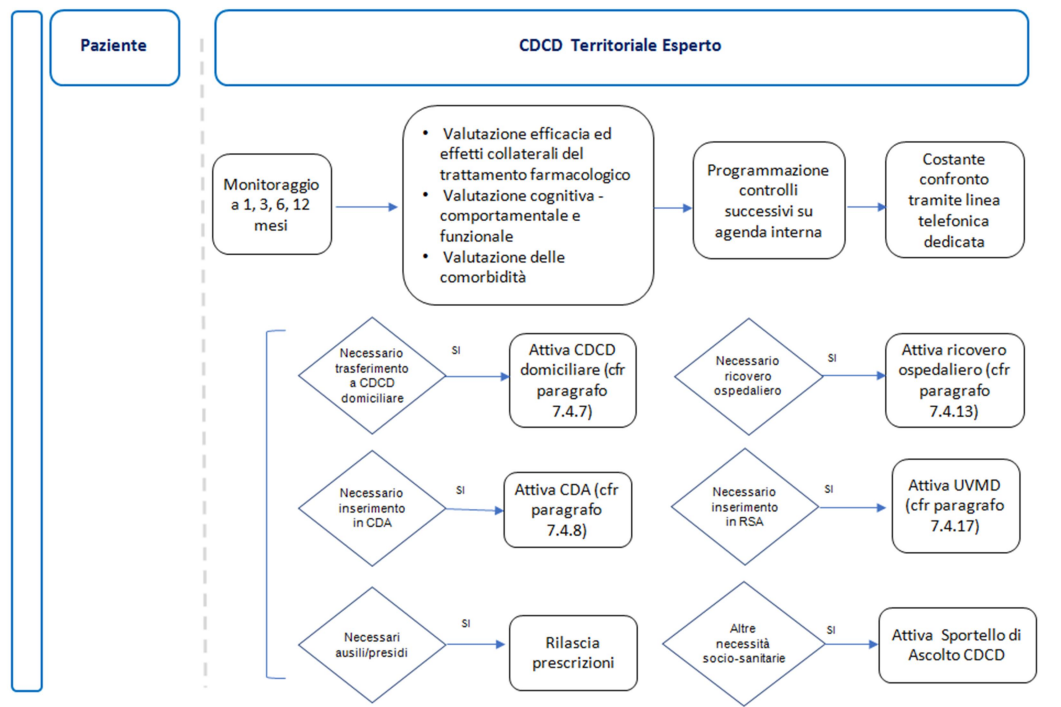
Matrice 2: Primo accesso ai CDCD Territoriali Esperti A/B e C/D

9.3. Secondo accesso ai CDCD Territoriali Esperti A/B e C/D



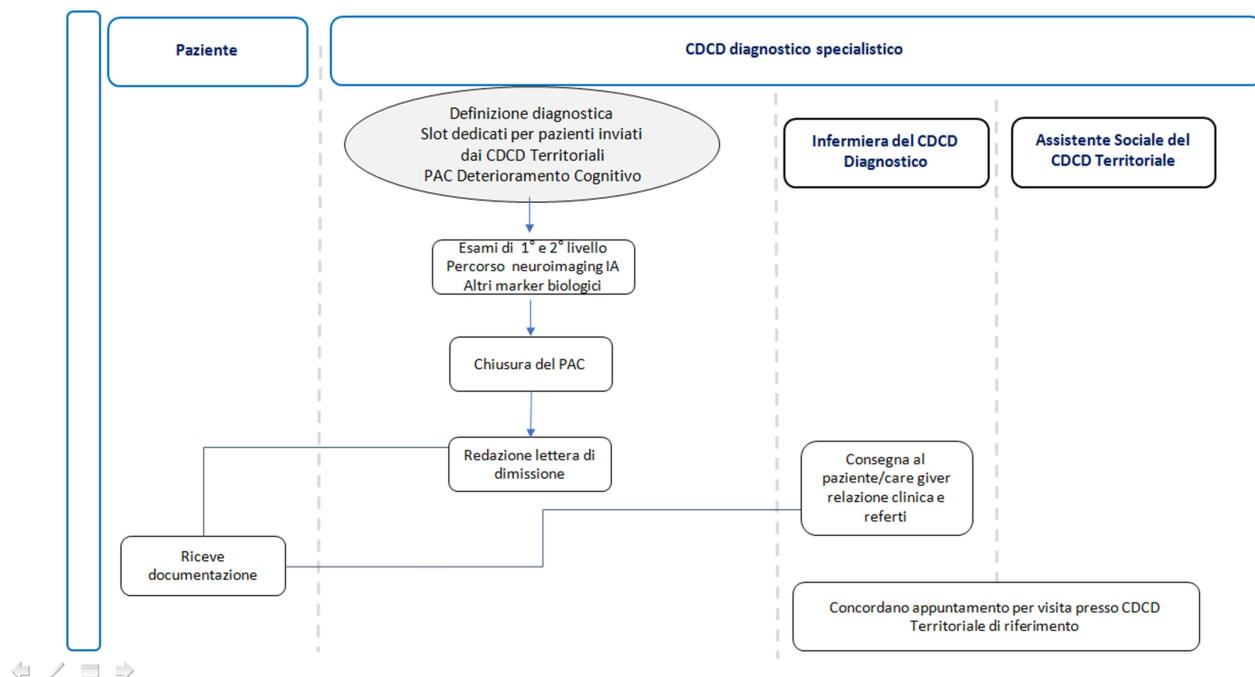
Matrice 3: Secondo accesso ai CDCD Territoriali Esperti A/B e C/D

9.4. Follow-Up CDCD Territoriali Esperti A/B e C/D



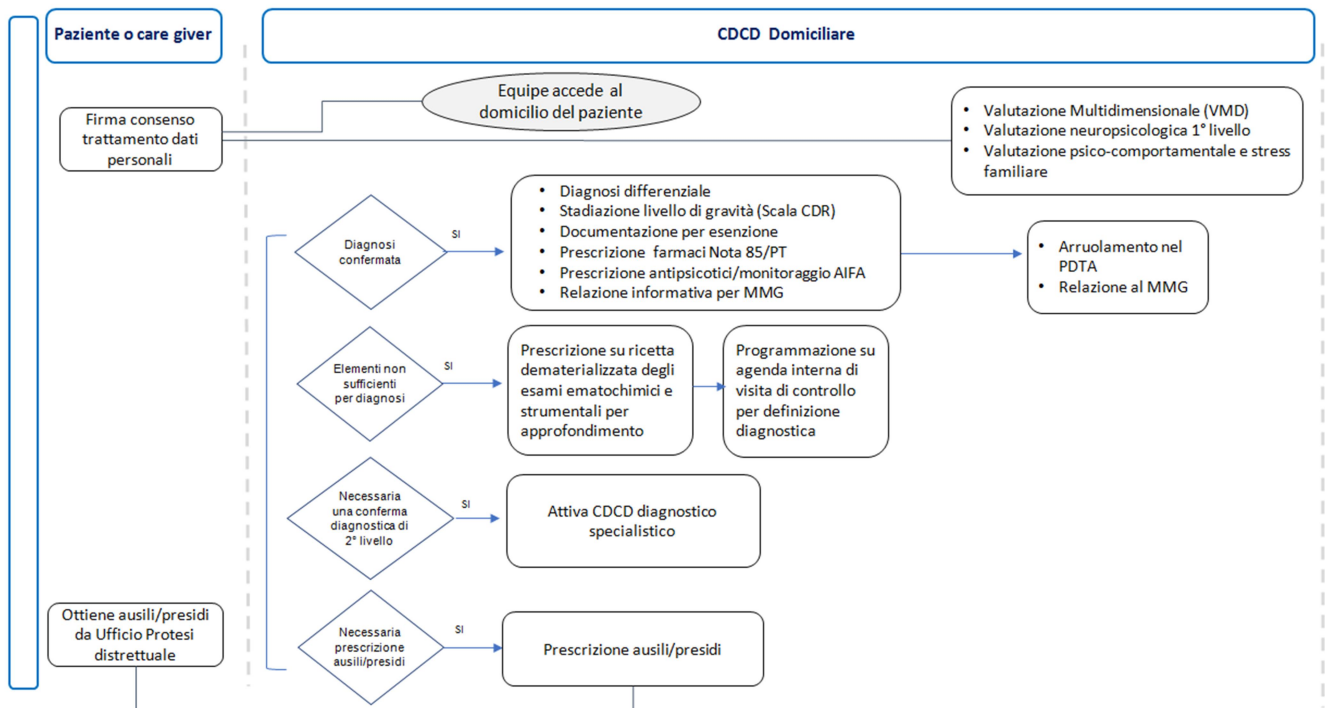
Matrice 4: Follow-Up CDCD Territoriali Esperti A/B e C/D

9.5. Approfondimento presso CDCD Diagnostico specialistico



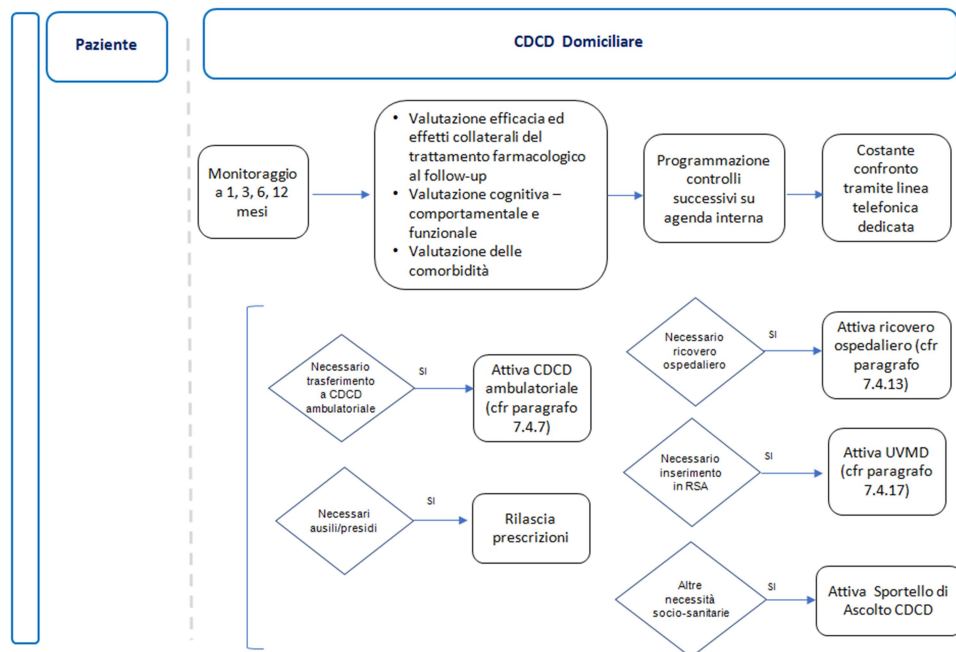
Matrice 5: Approfondimento presso CDCD Diagnostico specialistico

9.6. Primo accesso del CDCD Domiciliare



Matrice 6: Primo accesso del CDCD Domiciliare

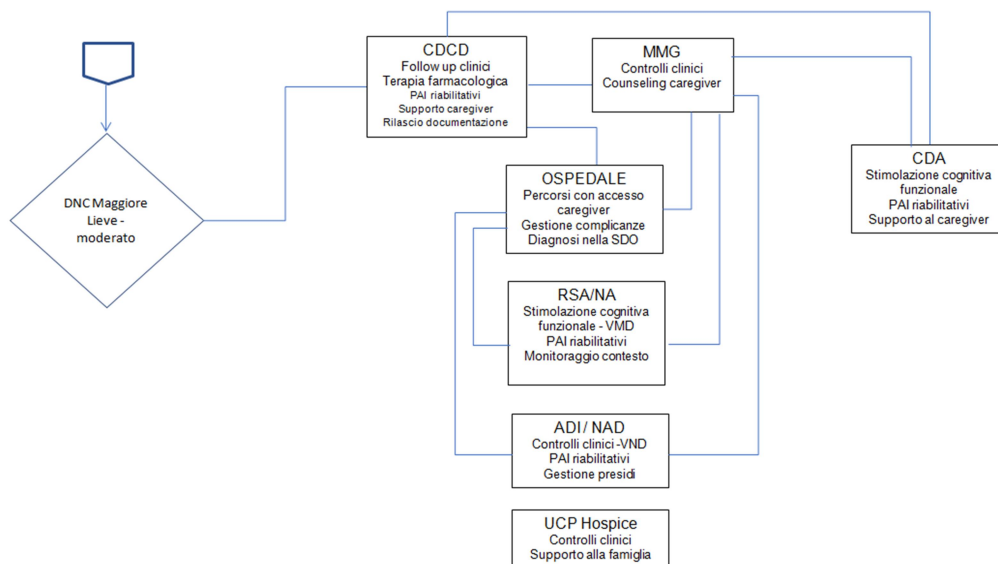
9.7. Follow-Up CDCD Domiciliare



Matrice 7: Follow up CDCD Domiciliare

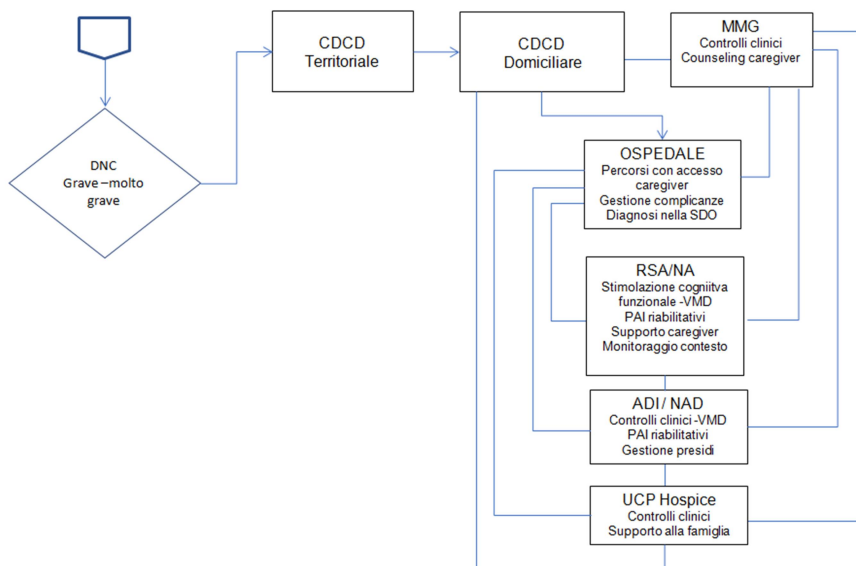
9.8. Integrazione Ospedale – Territorio

Integrazione Ospedale – Territorio (1)



Matrice 8: Integrazione Ospedale-Territorio DNC Maggiore lieve-moderato (1)

Integrazione Ospedale – Territorio (2)



Matrice 9: Integrazione Ospedale-Territorio DNC Maggiore grave-molto grave (2)

10. Indicatori

Nell'ambito del PDTA gli indicatori rappresentano uno degli strumenti di valutazione dell'applicazione di un percorso e gli scostamenti tra il percorso di riferimento e quello effettivamente attuato nell'organizzazione.

10.1. Indicatori di struttura

Indicatore	Descrizione	Valore atteso
Profili professionali presenti presso i CDCD aziendali	Numeratore: numero di profili di professionisti sociosanitari operanti nei CDCD aziendali Denominatore: numero totale di profili di professionisti sociosanitari operanti nei CDCD aziendali previsti dalle Linee di Indirizzo	>80%

10.2. Indicatori di processo

Indicatore	Descrizione	Valore atteso
Valutazione per intervento riabilitativo	Numeratore: Numero di pazienti arruolati nel PDTA con PAI che prevede interventi riabilitativi Denominatore: Numero totale dei pazienti arruolati nel PDTA che ricevono la valutazione UVM	Valore percentuale assoluto nel periodo
Percentuale di attivazioni CDCD Centro Diagnostico Specialistico da parte dei CDCD Centri Territoriali Esperti	Numeratore: numero attivazioni CDCD Centro Diagnostico Specialistico ospedaliero per attivazione PAC Deterioramento funzioni cognitive (cod. P331) Denominatore: Numero totale dei pazienti che effettuano la Prima Visita presso i CDCD Centri Territoriali Esperti	<10%
Tempistica esecuzione PAC Deterioramento funzioni cognitive (P331)	Numeratore: Numero di PAC Deterioramento Denominatore: Numero totale di PAC Deterioramento funzioni cognitive (P331) eseguiti entro 60 gg dalla richiesta	>75%
Tempistica esecuzione prima visita da parte dei CDCD Centri Territoriali Esperti Ambulatoriali	Numeratore: prime visite effettuate dai CDCD Centri Territoriali Esperti Ambulatoriali entro 90 giorni dalla richiesta Denominatore: Numero totale di richieste per prima visita pervenute ai CDCD Centri Territoriali Esperti Ambulatoriali	>70%
Tempistica esecuzione prima visita da parte del CDCD Centro Territoriale Esperto Domiciliare	Numeratore: prime visite effettuate dal CDCD Centro Territoriale Esperto Domiciliare entro 60 giorni dalla richiesta Denominatore: Numero totale di richieste per prima visita pervenute al CDCD Centro Territoriale Esperto Domiciliare	>70%

Percentuale di richieste per prima visita provenienti da MMG	Numeratore: numero richieste di prima visita provenienti da MMG Denominatore: Numero totale di richieste prima visita pervenute ai CDCD Centri Territoriali Esperti	>80%
Somministrazione scala CBI al familiare / caregiver	Numeratore: numero pazienti cui viene somministrata la scala CBI al familiare/caregiver Denominatore: Numero totale dei pazienti con diagnosi di Demenza arruolati nel PDTA dai CDCD Centri Territoriali Esperti	>90%
Individuazione del Burden del familiare / caregiver	Numeratore: numero casi in cui la CBI evidenzia severo burden del familiare/caregiver (cut off > 61) con attivazione dello Sportello di Ascolto Denominatore: Numero totale casi valutati con CBI	<20%

10.3. Indicatori di esito

Indicatore	Descrizione	Valore atteso
Percentuale di pazienti in terapia con antipsicotici atipici rispetto al totale dei pazienti arruolati nel PDTA dai CDCD Centri Territoriali Esperti Ambulatoriali, nel periodo di riferimento	Numeratore: Numero dei pazienti arruolati nel PDTA Demenze dai CDCD Centri Territoriali Esperti Ambulatoriali, in terapia con farmaci antipsicotici atipici nel periodo di riferimento Denominatore: Numero totale dei pazienti arruolati nel PDTA dai CDCD Centri Territoriali Esperti Ambulatoriali, nel periodo di riferimento	≤30%
Percentuale di pazienti in terapia con antipsicotici atipici rispetto al totale arruolati nel periodo di riferimento dal CDCD Centro Territoriale Esperto Domiciliare	Numeratore: Numero dei pazienti arruolati nel PDTA Demenze dal CDCD Centro Territoriale Esperto domiciliare, in terapia con farmaci antipsicotici atipici nel periodo di riferimento Denominatore: Numero totale dei pazienti arruolati nel PDTA dal CDCD Centro Territoriale Esperto domiciliare, nel periodo di riferimento	≤70%
Mortalità delle persone con demenza inserite nel PDTA nel periodo di riferimento	Numeratore: Numero dei pazienti arruolati deceduti nel periodo di riferimento Denominatore: Numero totale dei pazienti arruolati nel PDTA nel periodo di riferimento	Valore percentuale assoluto nel periodo di riferimento

11. Normativa di riferimento

Legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”

Piano Sanitario Regionale 2010-2012 che prevede la riorganizzazione delle UVA regionali in Centri Diagnostico Specialistici e in Centri Esperti per le demenze

L.R. 12 Giugno 2012, n. 6, Regione Lazio “Piano regionale in favore di soggetti affetti da malattia di Alzheimer-Perusini ed altre forme di demenza”

ASL Frosinone, Nota Prot. N. 1295/DG del 29.10.2012 “Documento di indirizzo operativo per la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza della ASL di Frosinone”

Comunicato AIFA del 17/09/2013 Prescrivibilità antipsicotici nel trattamento dei pazienti affetti da demenza

DCA n. U00448 del 22/12/2014 ai sensi dell’art. 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 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”. Rep. Atti n. 135/CSR (15A00130) (GU Serie Generale n.9 del 13-01-2015)

Accordo CSR, del 30 ottobre 2014 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”. Rep. Atti Numero 130/CU del 26 ottobre 2017

Legge Regionale n. 11/2016 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali nella Regione Lazio”

DPCM 12/01/2017 “ Definizione e aggiornamento dei LEA di cui all’art.1, comma 7, del decreto legislativo 30/12/1992, N. 502”

ASL Frosinone, Deliberazione n. 352 del 02 marzo 2017 “Coordinamento funzionale dell’attività dei Centri Diurni Alzheimer”

ASL Frosinone, Deliberazione n. 1849 del 06.11.2017 “Recepimento DCA 22.12.2014, n. U.00448.Istituzione Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) - Centri Territoriali Esperti”

DCA 8 febbraio 2018 n. U00046 “Piano Nazionale della Cronicità” di cui all'articolo 5, comma 21 dell'Intesa n.62/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 - 2016. Recepimento ed istituzione del Gruppo di lavoro regionale di coordinamento e monitoraggio.”

DCA 19 novembre 2019, n. U00471 ”Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane. Ricognizione delle istanze di accreditamento istituzionale, ai sensi del DCA n. U00016 del 18 gennaio 2018. Avvio delle procedure ai sensi del DCA n. U00258 del 4 luglio 2019

ASL Frosinone, Deliberazione n. 194 del 19.02.2020 “Regolamento Aziendale Privacy e Protezione dei Dati Personale della ASL di Frosinone ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679”

DGR 21 dicembre 2021 n. 970 “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025

Determinazione 4 febbraio 2022, n. G01097, documento tecnico di indirizzo “Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza della Regione Lazio”, Istituzione del Gruppo di Lavoro Regionale

ASL Frosinone, Procedura n. 13 del 10.03.2022 “Procedura per la redazione e adozione dei PDTA Aziendali”

DGR 24 maggio 2022 n.332 “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)”

Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina- Requisiti funzionali e livelli di servizio e Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie Generale - n. 120, 24-5-2022 Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare»

Per i flussi operativi ed i modelli organizzativi di dettaglio si rimanda al documento in allegato Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie Generale - n. 120, 24-5-2022 Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare»

Deliberazione di Giunta Regionale 26 luglio 2022, n. 630 “Fondo per l’Alzheimer e le Demenze. Approvazione del Piano di attività della Regione Lazio relativo al Fondo per l’Alzheimer e le Demenze 2021-2023, istituito ai sensi dell’art.1, comma 330 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, per la realizzazione del progetto afferente alla linea di attività “La diagnosi tempestiva del Disturbo Neurocognitivo DNC Maggiore”

“Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l’adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina”, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie generale - n.256,02-11-2022

Determinazione regionale G16240, 24 novembre 2022 “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento 1.2.2 - Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) - 1.2.2.3 COT Device. Approvazione linee guida regionali per l'acquisto dei Device – COT”

ASL Frosinone, Procedura n. 14 del 18.01.2023 “Procedura operativa per la gestione delle consulenze medico-specialistiche” e relativo modulo di richiesta (disponibile su sito intranet aziendale alla sezione Procedure Aziendali Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie generale - n. 298, 22-12-2022

Determinazione Regione Lazio 10 febbraio 2023 n° G01705 “Approvazione del documento “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le persone con Demenza della Regione Lazio.” BUR Lazio N. 13 - 14/02/2023

Determina AIFA n. DG/105/2023 del 21 marzo 2023, Aggiornamento della Nota AIFA 85 di cui alla determina del 22 settembre 2009 ed istituzione del Piano terapeutico (PT) AIFA per i farmaci in Nota AIFA 85. (23A01957)

Protocollo d’Intesa n. 5092 del 23/03/2023 tra ASL Frosinone e Università degli Studi di Cassino e del Lazio meridionale

Deliberazione Regione Lazio n.273, 08 giugno 2023: “L.r.4/2003es.m.i.e R.r. 20/2019. Struttura di assistenza a persone non autosufficienti anche anziane denominata RSA “San Germano” sita nel Comune di Piedimonte San Germano (FR), Viale Marconi n. 10, gestita dalla Soc. “San Germano S.r.l.” (P. IVA 00617420609). Adempimenti conseguenti al DCA n. U00187/2017 e s.m.i.: rilascio dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento istituzionale, a seguito di variazione della configurazione di cui al DCA n. U00117 del 9.4.2013 e s.m.i.”

Catalogo Unico Regionale delle prestazioni (C.U.R.) - Det. Regione Lazio G00001 del 02.01.2025

ASL Frosinone, Deliberazione n. 650 del 02.08.2023 “Procedure di dimissione e trasferimento dei pazienti dalle strutture ospedaliere al territorio”

ASL Frosinone, Deliberazione n. 652 del 02/08/2023 “Approvazione Regolamento per la composizione e il funzionamento dell’UVMD”

ASL Frosinone, Deliberazione n. 685 del 30.08.2023 “Regolamento di Bed Management”

SIGOT, SIMG: Linea Guida La Valutazione Multidimensionale della persona anziana. Pubblicata sul Sistema Nazionale Linee Guida, Roma 16 novembre 2023

Linee Guida SNLG, ISS - Diagnosi e trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment*- Versione 1.0 - Pubblicata sul Sistema Nazionale Linee Guida 7/12/2023

12. Bibliografia

Albert, M. S., De Kosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., ... & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging- Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia*, 7(3), 270-279

Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 5;(6):CD003260 3. Forbes D et al. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr 15;(4):CD0064892015

Barton, C., Morris, R., Rothlind, J., &Yaffe, K. (2011). Video-telemedicine in a memory disorders clinic: evaluation and management of rural elders with cognitive impairment. *Telemedicine and e-Health*, 17(10), 789-793

Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D.H., Mazzola, P., Turco, R., Gentile, S., ... &MacLulich, A. M. (2014). Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalized older people. *Age and ageing*, 43(4), 496-502

Buffon F., Porcher R., Hernandez K., et al.(2006). Cognitive profile in Cadasil J. *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 77:155-180

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., &Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2308

Dang, S., Gomez-Orozco, C. A., van Zuilen, M. H., & Levis, S. (2018). Providing dementia consultations to veterans using clinical video telehealth: results from a clinical demonstration project. *Telemedicine and e-Health*, 24(3), 203-209

Downie W.W., Leatham P.A., Rhind V.M., Wright V., Branco J.A., Anderson J.A..(1978) Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis*. 37:378-381

Dubois, B., Burn, D., Goetz, C., Aarsland, D., Brown, R. G., Broe, G. A., ... &Emre, M. (2007). Diagnostic procedures for Parkinson's disease dementia: recommendations from the movement disorder society task force. *Movement disorders*, 22(16), 2314-2324

Fazekas, F., Chawluk, J. B., Alavi, A., Hurtig, H. I., & Zimmerman, R. A. (1987). MR signal abnormalities at 1.5 T in Alzheimer's dementia and normal aging. *American Journal of Neuroradiology*, 8(3), 421-426

Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez,M., Cappa, S. F., ... & Grossman, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76(11), 1006-1014

Hanson, R.E., Truesdell, M., Stebbins, G.T., Weathers, A.L., &Goetz,C. G. (2019). Telemedicine vs office visits in a movement disorders clinic: comparative satisfaction of physicians and patients. *Movement disorders clinical practice*,6(1),65- 69

Inouye, S. K., Van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P., &Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of internal medicine*, 113(12), 941-948

Istat (2006), Previsioni demografiche nazionali 1° gennaio 2005-1° gennaio 2050, www.istat.it, Notainformativa, 22 marzo 2006

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., ... & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446

McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J. P., Weintraub, D., ... & Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, 89(1), 88- 100

Morris, J. C. (1997). Clinical dementia rating: a reliable and valid diagnostic and staging measure for dementia of the Alzheimer type. *International psychogeriatrics*, 9(S1), 173-176

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack Jr, C. R., Kawas, C. H., ... & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging- Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia*, 7(3), 263-269

Nicolò G., Pompili E. (2023). DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Raffaello Cortina Editore srl

Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The gerontologist*, 29(6), 798-803

O'Brien JT et al. Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2017 Feb; 31(2):147-168

Pasquier, F., Leys, D., Weerts, J. G., Mounier-Vehier, F., Barkhof, F., & Scheltens, P. (1996). Inter- and intraobserver reproducibility of cerebral atrophy assessment on MRI scans with hemispheric infarcts. *European neurology*, 36(5), 268- 272

Pirani, A., Brodaty, H., Martini, E., Zaccherini, D., Neviani, F., & Neri, M. (2010). The validation of the Italian version of the GPCOG (GPCOG-It): a contribution to cross-national implementation of a screening test for dementia in general practice. *International Psychogeriatrics*, 22(1), 82-90

Rascovsky, K., Hodges, J. R., Knopman, D., Mendez, M. F., Kramer, J. H., Neuhaus, J., ... & Miller, B. L. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of fronto temporal dementia. *Brain*, 134(9), 2456-2477

Román, G. C., Tatemichi, T. K., Erkinjuntti, T., Cummings, J. L., Masdeu, J. C., Garcia, J. H., ... & Scheinberg, P. (1993). Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies: report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*, 43(2), 250-250

Sun Y, Zhang X, Wang Z. Comparative Effectiveness of 3 Settings of Cognitive Stimulation Therapy on Cognition and Quality of Life for People With Dementia: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2022 Mar; 23(3): 461-467. doi:10.1016/j.jamda.2021.11.015. Epub 2021 Dec 20.

Tournier-Lasserre E., Joutel A., Melki J., Weissenbach J., Lathrop G. M., Chabriat H., et al. (1993) Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and

leukoencephalopathy maps to chromosome 19q12. *Nat Genet.*3:256-259

Vigen, C. L., Mack, W. J., Keefe, R. S., Sano, M., Sultzer, D. L., Stroup, T. S., ... & Schneider, L. S. (2011). Cognitive effects of atypical antipsychotic medications in patients with Alzheimer's disease: outcomes from CATIE-AD. *American Journal of Psychiatry*, 168(8), 831-839

Zerr, I., Kallenberg, K., Summers, D. M., Romero, C., Taratuto, A., Heinemann, U., ... & Sanchez-Juan, P. (2009). Updated clinical diagnostic criteria for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *Brain*, 132(10), 2659-2668

13. Sitografia

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2000/11/13/265/so/186/sg/pdf> https://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area7/Direttive_regionali_tabagismo/Lazio_PSR_2008-2010.pdf

<https://www.consiglio.regione.lazio.it/consiglio-regionale/?vw=leggiregionalidettaglio&id=9245&sv=vigente>

<https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>

<https://webarchive.nrscotland.gov.uk/20210302011848/https://www.actondementia.eu/>

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng97> <https://www.salute.gov.it>

<https://www.istat.it/it/files/2023/09/Previsioni-popolazione-e-famiglie.pdf> <https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1728086/nota-85.pdf>

<https://aifa.gov.it/moduli-segnalazione-reazioni-avverse>

<https://aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avverse> <https://www.asl.fr.it>

14. Allegati

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

Data ____/____/____ Cognome Nome _____ Nato/a ____/____/____ Anni di Scuola : ____

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

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

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

"Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia"

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

ORIENTAMENTO TEMPORALE

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

Corretto	Sbagliato
1	0

FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE Disegno dell'Orologio

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

Corretto	Sbagliato
1	0

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

Corretto	Sbagliato
1	0

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

Corretto	Sbagliato
1	0

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

Mario	1	0
Rossi	1	0
Via Libertà	1	0
42	1	0
Pavia	1	0
TOTALE		

PUNTEGGIO

9: NORMALE

< 5: DETERIORAMENTO COGNITIVO

5-8: BORDERLINE. passare alla sezione B

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

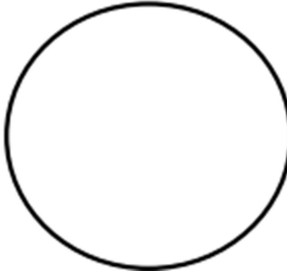
B) INTERVISTA CON IL FAMIGLIARE/CONOSCENTE Chiedere: "Rispetto a qualche anno fa, il paziente...."

	SI	NO	Non so	N/A
I. ... ha più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti?	0	1		
II. ...ha più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni?	0	1		
III. ...quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?	0	1		
IV. ...è meno capace di gestire denaro e questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)?	0	1		
V. ...è meno capace di gestire ed assumere i suoi farmaci da solo/a?	0	1		
VI. richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)?	0	1		
TOTALE				

PUNTEGGIO

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

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



Allegato 1: General Practitioner assessment of Cognition (GPCog)

N. B.: assegnare punteggio solo se il deficit dipende da deterioramento cognitivo e non da altre cause

DEMENTIA:	ASSENTE	MOLTO LIEVE	LIEVE	MODERATA	GRAVE
	CDR 0	CDR 0.5	CDR 1	CDR 2	CDR 3
Memoria	Nessuna perdita di memoria o smemoratezza occasionale ed irrilevante	Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria moderata e più rilevante per eventi recenti con interferenza nelle attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato	Ben orientato eccetto lieve difficoltà nell'orientamento temporale	Moderato deficit nell'orientamento temporale; orientato nello spazio durante la visita ma altrove può essere disorientato	Severo disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio e soluzione di problemi	Risolve bene i problemi quotidiani e gestisce bene sia gli affari che le finanze; giudizio adeguato rispetto al passato	Lieve compromissione nella soluzione di problemi, analogie e differenze (prove di ragionamento)	Difficoltà moderata di gestione dei problemi, analogie e differenze; giudizio sociale di solito conservato	Difficoltà severa di esecuzione di problemi, analogie e differenze; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Vita di comunità	Usuali livelli di autonomia funzionale nel lavoro, acquisti, attività di volontariato e relazioni sociali	Lieve compromissione nel lavoro, acquisti, attività di volontariato e relazioni sociali	Incapace di compiere indipendentemente queste attività anche se può ancora essere coinvolto in alcune; appare normale ad una esame casuale	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Non in grado di uscire fuori casa
Casa e hobbies	Vita domestica, hobbies e interessi intellettuali ben conservati	Vita domestica, hobbies e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono dei lavori domestici più difficili e degli hobbies ed interessi più complicati	Conservati solo semplici lavori domestici, interessi ridotti, non sostenuti	Nessuna funzione domestica conservata
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona		Richiede sollecitazione per la normale cura personale	Richiede assistenza per abbigliamento, igiene e cura personale	Richiede molta assistenza per cura personale; spesso incontinenza urinaria
CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale					
CDR 5: DEMENZA TERMINALE Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente					
SOMMA TOTALE DELLE CELLE				CDR TOTALE	

Allegato 2: Clinical Dementia Rating Scale (CDR)

CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI)*(Novak M. e Guest C., Gerontologist, 29, 798-803, 1989)*

Le domande si riferiscono a Lei che assiste il suo congiunto malato; risponda segnando con una croce la casella che più si avvicina alla sua condizione o alla sua personale impressione.

0= per nulla 1= un poco 2= moderatamente 3= parecchio 4= molto

T-D1. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0	1	2	3	4
T-D2. Il mio familiare è dipendente da me	0	1	2	3	4
T-D3. Devo vigilarlo costantemente	0	1	2	3	4
T-D4. Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0	1	2	3	4
T-D5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza	0	1	2	3	4
S6. Sento che mi sto perdendo vita	0	1	2	3	4
S7. Desidererei poter fuggire da questa situazione	0	1	2	3	4
S8. La mia vita sociale ne ha risentito	0	1	2	3	4
S9. Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0	1	2	3	4
S10. Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0	1	2	3	4
F11. Non riesco a dormire a sufficienza	0	1	2	3	4
F12. La mia salute ne ha risentito	0	1	2	3	4
F13. Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	0	1	2	3	4
F14. Sono fisicamente stanca	0	1	2	3	4
D15. Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0	1	2	3	4
D16. I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3	4
D17. Ho avuto problemi con il coniuge	0	1	2	3	4
D18. Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3	4
D19. Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0	1	2	3	4
E20. Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0	1	2	3	4
E21. Mi vergogno di lui/lei	0	1	2	3	4
E22. Provo del risentimento nei suoi confronti	0	1	2	3	4
E23. Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0	1	2	3	4
E24. Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0	1	2	3	4

Allegato 3: Caregiver Burden Inventory (CBI)

UCLA Neuropsychiatric Inventory (NPI) (*)

	N.A.	Frequenza (a)	Gravità (b)	a x b	Distress Caregiver
Deliri	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Allucinazioni	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Agitaz./aggressività	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Depressione/ disforia	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Ansia	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Euforia/ esaltazione	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Apatia/ indifferenza	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disinibizione	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Irritabilità/ Labilità	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Attività motoria aberrante	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Sonno	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disturbi appetito e alimentazione	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Frequenza		0=mai 1=raramente (meno di 1 volta alla settimana) 2=talvolta (almeno 1 volta alla settimana) 3=frequentemente (parecchie volte ma meno di 1 volta al giorno) 4=quasi costantemente (1 o più volte al giorno)			
Gravità		1=lieve (non producono disturbo al paziente). 2=moderata (comportano disturbo per il paziente). 3=severa (richiedono la somministrazione di farmaci; sono molto disturbanti per il paziente).			
Stress emotivo o psicologico del caregiver		0= Nessuno 1= Minimo 2= Lieve 3= Moderato 4= Severo 5= Grave			

(*) Cummings J.L., et al (1994). The Neuropsychiatric Inventory. Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44; 12:2308

Allegato 4: Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Scala analogica visiva (VAS)

Indichi con una crocetta su questa scala da 0 a 100 quanto è forte il Suo dolore

ASSENTE

0

**IL PIU' FORTE
DOLORE**

100

Allegato 5: Visual Analogue Scale(VAS)

Scala di valutazione verbale (PPI)

Alle varie classi qui sotto indicate si associano termini che rappresentano livelli di dolore sempre più elevati. Indichi con una crocetta la parola che meglio esprime il Suo dolore

0. Dolore assente	1. Dolore leggero	2. Dolore che mette a disagio	3. Dolore che angoscia	4. Dolore orribile	5. Dolore atroce
--------------------------	--------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	---------------------------	-------------------------

Allegato 6: Present Pain Intensity (PPI)

Variabili	Punteggio 1 presente 0 assente
1 Insorgenza acuta e andamento fluttuante c'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base? Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità?	
2. Perdita dell'attenzione Il paziente presenta difficoltà nel concentrare la sua attenzione, per esempio è facilmente distraibile, non riesce a mantenere il filo del discorso ecc.?	
3. Disorganizzazione del pensiero Il pensiero del paziente è disorganizzato e incoerente, passa da un argomento all'altro senza filo logico, in modo imprevedibile?	
4. Alterato livello di coscienza 0=vigile 1=iperallerta, letargia, stupor, coma	
La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2 ed alternativamente 3 o 4	TOT: __

Allegato 7: Confusion Assessment Method (CAM)

[1] ALLERTA		Scala 4AT
<i>Riguarda pazienti che possono essere considerati in stato soporoso (per esempio pazienti per il quale sia difficile svegliarsi e/o che sono evidentemente soporosi durante questo test) oppure agitati/iperattivi. Osservare il paziente. Se dorme, provare a svegliarlo, parlandogli, o con un leggero tocco sulla spalla. Chiedere ai pazienti di dichiarare il proprio nome e l'indirizzo della propria abitazione per valutare il livello di collaborazione.</i>		
Normale (completamente attento, ma non agitato durante tutta la valutazione)		0
Moderata sonnolenza per meno di 10 secondi dopo il risveglio, poi normale		0
Livello di attenzione evidentemente anomalo		4
[2] AMT4		
<i>Età, data di nascita, luogo (nome dell'ospedale e dell'edificio), anno corrente</i>		
Nessun errore		0
1 errore		1
2 o più errori / non è possibile somministrare il test al paziente		2
[3] ATTENZIONE		
<i>Chiedere al paziente: "per favore, mi dica i mesi dell'anno in ordine contrario, partendo da dicembre"</i>		
<i>Per aiutare la comprensione della domanda, è consentito inizialmente un suggerimento come: "qual è il mese prima di dicembre?"</i>		
Mesi dell'anno al contrario	nomina senza errori 7 mesi o più	0
	inizia, ma nomina meno di 7 mesi / si rifiuta di iniziare	1
	test non effettuabile (poiché il paziente è indisposto, assennato o disattento)	2
[4] ACUTO CAMBIAMENTO O DECORSO FLUTTUANTE		
<i>Dimostrazione di un evidente cambiamento o di un andamento fluttuante nei seguenti domini: attenzione, comprensione o altre funzioni mentali (ad esempio ossessioni e/o allucinazioni) che sono comparse nelle ultime 2 settimane e che sono ancora presenti nelle ultime 24 ore</i>		
	No	0
	Sì	4

4 o più: possibile delirium +/- deterioramento cognitivo

1-3: possibile deterioramento cognitivo

0: improbabile il delirium e/o deterioramento cognitivo (ma il delirium può essere presente se il punto 4 è incompleto)

Punteggio Scala 4AT: ____

Allegato 8: Scala 4AT

Competenze digitali del paziente per la Telemedicina	SI	NO
Usa correntemente computer con webcam o smartphone, tablet per comunicare con altre persone?		
Ha difficoltà motorie (arti superiori) o cognitive che impediscono l'uso autonomo di strumenti informatici?		
Può essere aiutato da un familiare/caregiver al momento della televisita, telemonitoraggio, teleassistenza?		
E' disponibile a periodici controlli e seguiti con televisite, teleassistenza telemonitoraggio alternate a visite in presenza?		
La rete internet a domicilio (Pc, Tablet o Smartphone) garantisce una connessione costante e una buona qualità di audio e video?		
È in possesso di identità digitale? (SPID o CIE)		

Allegato 9: Questionario competenze digitali

15. Considerazioni finali

Il presente documento è stato elaborato grazie al contributo fornito dagli stakeholders componenti del Gruppo di Lavoro, nel corso delle varie riunioni tenutesi nei mesi scorsi ed al riscontro delle bozze fornite periodicamente agli stessi.

Al fine di ottenere una fattiva ed omogenea applicazione di quanto previsto dal presente PDTA, in collaborazione con le Strutture aziendali specifiche, verranno organizzate delle campagne informative rivolte all'utenza e appositi corsi di formazione destinati a tutti gli operatori di tutte le strutture aziendali coinvolte.

In fase di definizione del percorso si sono prospettate azioni di miglioramento da promuovere al fine di uniformare le risorse di personale e le attività su tutto il territorio aziendale. Tale sviluppo richiede ulteriore integrazione tra Distretti socio-assistenziali, Enti gestori di servizi e le Associazioni di familiari.

Nelle more dell'implementazione della piattaforma aziendale per la gestione ed il monitoraggio dei PDTA, tutte le procedure descritte verranno espletate tramite le modalità già in essere.

Periodicamente gli indicatori di processo e di esito individuati verranno monitorati e di conseguenza verranno evidenziate eventuali criticità organizzative che in questa prima stesura non sono emerse.

Sarà così possibile aggiornare il documento e procedere alla pubblicazione di una revisione dello stesso.