

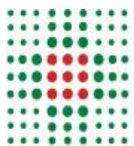


PDTA per le malattie dementigene dell'anziano

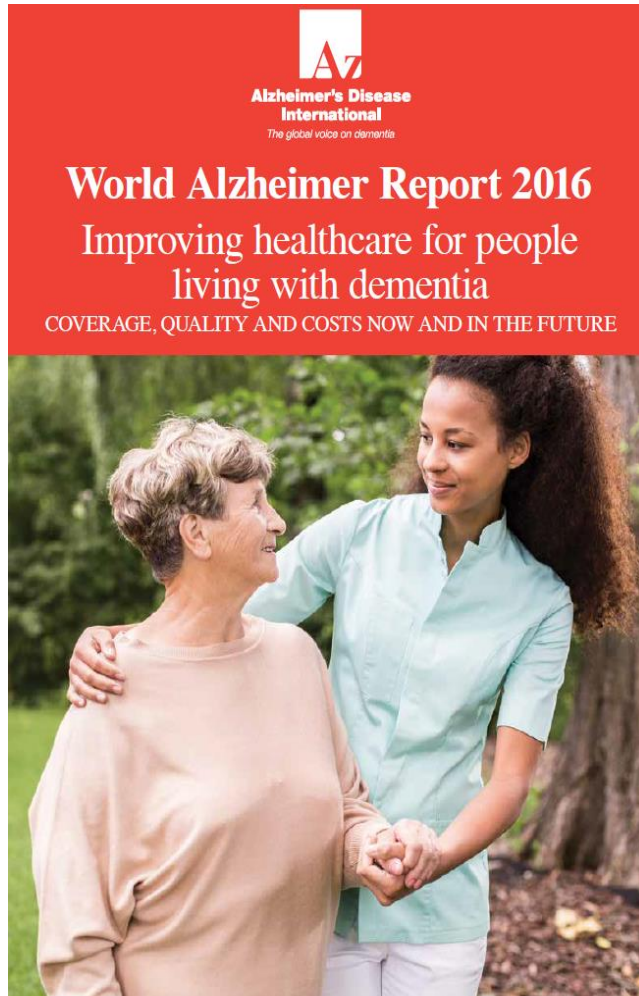


Manni Barbara
u.o.c. Disturbi Cognitivi e
Demenze Modena

CONVEGNO REGIONALE SINDem
Bologna, 25 Ottobre 2019



Better healthcare for people with dementia



Primary care : strategic
role

**Integrated care and
case management**

Hospital care

Palliative care

L'azienda AUSL di Modena recepisce le indicazioni del nuovo Progetto Regionale Demenze (DGR 990/2016) e del Piano Nazionale Demenze (G.U. n°9 del 13,01,2015)

Ann Ist Super Sanità 2015 | Vol. 51, No. 4: 261-264

DOI: 10.4415/ANN_15_04_02

The Italian Dementia National Plan

Teresa Di Fiandra¹, Marco Canevelli², Alessandra Di Pucchio³, Nicola Vanacore³ and the Italian Dementia National Plan Working Group*

¹Direzione Generale della Prevenzione, Ministero della Salute, Rome, Italy

²Clinica della Memoria, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria,

³"Sapienza" Università di Roma, Rome, Italy

⁴Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,

Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

*The Italian Dementia National Plan Working Group composition is reported before the References



BOLLETTINO UFFICIALE

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 52 - BOLOGNA

Parte seconda - N. 170

Anno 47

4 luglio 2016

N. 197

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 GIUGNO 2016, N. 990

Aggiornamento del progetto regionale demenze (DGR 2581/99) e recepimento del "Piano Nazionale Demenze"

OBIETTIVO 1: INTERVENTI E MISURE DI POLITICA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

OBIETTIVO 2: CREAZIONE DI UNA RETE INTEGRATA PER LE DEMENZE E REALIZZAZIONE DELLA GESTIONE INTEGRATA

OBIETTIVO 3: IMPLEMENTAZIONE DI STRATEGIE E INTERVENTI PER L'APPROPRIATEZZA DELLE CURE

OBIETTIVO 4: AUMENTO DELLA CONSAPEVOLEZZA E RIDUZIONE DELLO STIGMA PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLA VITA

Mappa dei servizi,
sistema informativo

Organizzazione
della rete integrata

Formazione
continua: MMG,
operatori dei
servizi, avvio PDTA

Settimana
Alzheimer,
Caregiver Day,
progetti con
associazioni

Emilia-Romagna: epidemiologia demenze

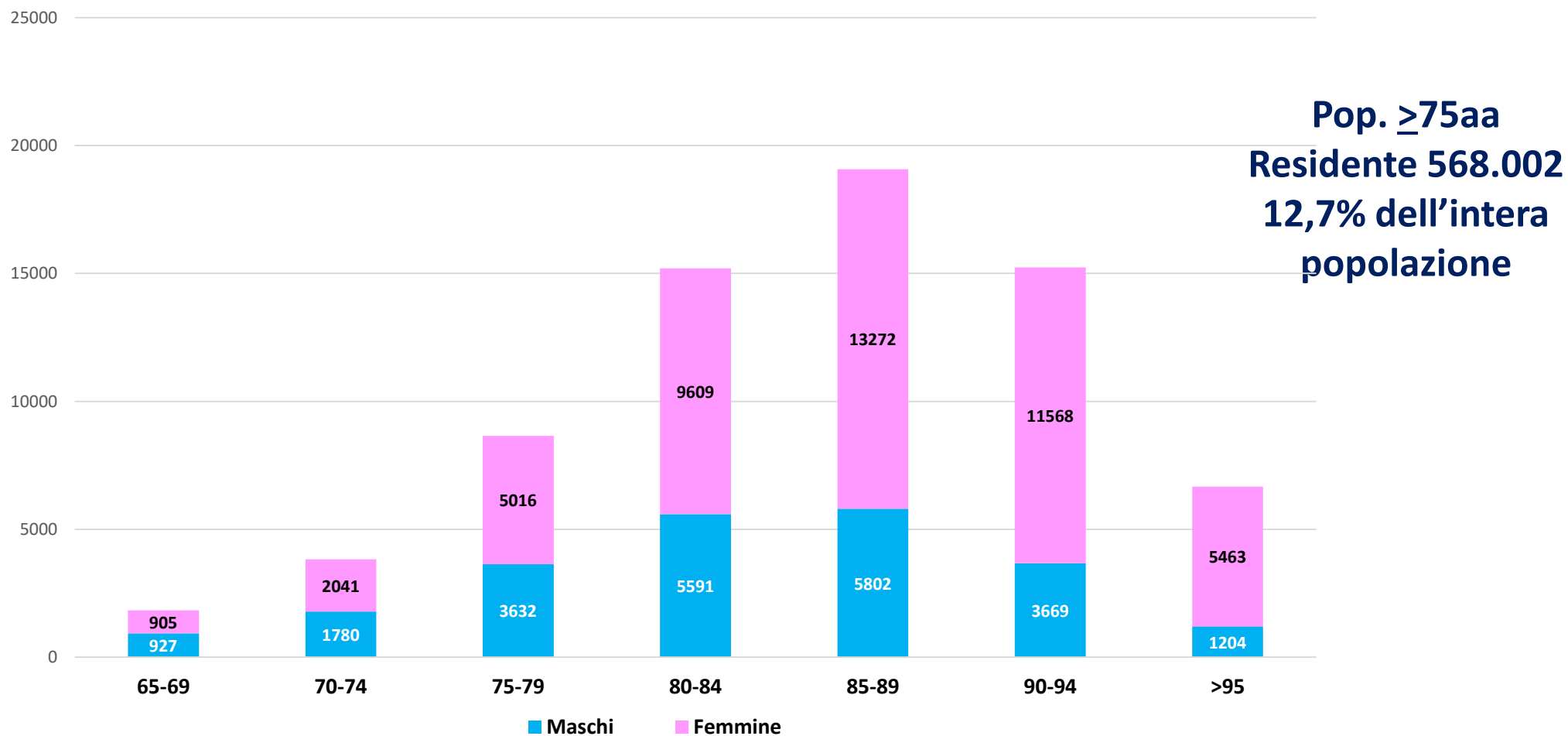


ANNO 2017 (flussi informativi)

Nuovi casi di demenza registrati : **18.168**

Persone assistite 72.201 (di cui **70.479** con età ≥ 65 anni e **16.569** decedute nel corso dell'anno)

Distribuzione per classi di età del numero di pazienti over 65 con demenza, nell'anno 2017



Dimensione dei percorsi

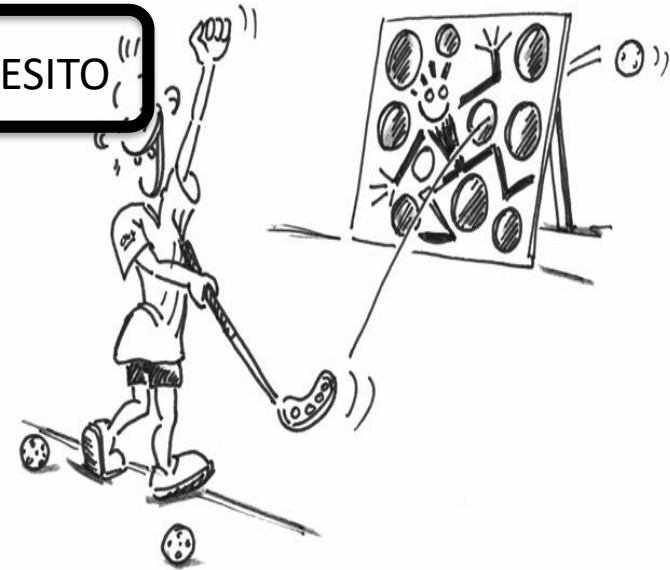
ACCESSO



CUSTOMER EXPERIENCE



ESITO



APPROPRIATEZZA



EQUITA'



SOSTENIBILITA'



Luca -Clinical Process
Innovation -Azienda USL Modena-

3.5.1 Figure coinvolte

Nel percorso di costruzione del PDTA è necessario tenere presente il coinvolgimento delle seguenti figure: il committente, i soggetti promotori, il gruppo di coordinamento e il gruppo di lavoro.

3.5.1.1 Il committente

Il committente è il soggetto che assume formalmente la responsabilità e definisce la modalità con cui si intende redigere il PDTA e monitorarne l'implementazione individuando gli indicatori.

In linea generale dovrebbe coincidere con la massima funzione gestionale. Questo specifico documento è indirizzato al livello regionale e delle province autonome, pertanto il committente è identificato nell'amministrazione regionale.

3.5.1.2 I soggetti promotori e il livello di formalizzazione del progetto

Il promotore è il soggetto che riceve dal committente il mandato di redigere il PDTA e corrisponde alla Direzione Generale d'Azienda che, attraverso le sue articolazioni e con atto formale, nomina il gruppo di coordinamento.

3.5.1.3 Il gruppo di coordinamento

Il gruppo di coordinamento è costituito da operatori con competenze metodologiche e organizzative a differenti livelli: dalla gestione per processi alla valutazione e miglioramento per la qualità, dalla nomina e coordinamento di gruppi di lavoro al coinvolgimento dei professionisti impegnati in azienda, dalla programmazione e controllo di gestione alla formazione. I compiti specifici dello staff di coordinamento fanno riferimento agli aspetti progettuali generali dell'approccio per processi: la facilitazione dell'avvio del progetto e la sua gestione, il reperimento e la valutazione delle Linee Guida, l'organizzazione degli incontri del gruppo di lavoro, la predisposizione di documenti e moduli, l'elaborazione dei dati, la produzione dei reports e la loro diffusione, la tenuta del dossier di riferimento.

Per lo staff di coordinamento è raccomandabile prevedere strutture snelle, composte da pochi soggetti con mandati precisi e formalizzati, che possono avvalersi di altre risorse quando necessario.

3.5.1.4 Il gruppo di lavoro

Il gruppo, identificato per la costruzione del PDTA deve avere una definizione delle professionalità, discipline e ruoli dei partecipanti. I membri del gruppo, inoltre, devono essere competenti, ciascuno per la propria parte, rispetto al processo di diagnosi, cura e assistenza nella demenza, motivati e in grado di motivare gli altri operatori. **Il coinvolgimento di tutte le competenze professionali, inclusa la figura del MMG è indispensabile per assicurare il consenso locale su un PDTA, rendendone possibile l'applicazione.**

Caratteristiche essenziali del gruppo di lavoro per la costruzione di un buon PDTA sono la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità: non solo le categorie di operatori sanitari, ma anche quelle sociali e quelle amministrativo-organizzative possono essere necessarie a sviluppare uno specifico PDTA.

Al gruppo di lavoro deve far parte un rappresentante dello staff di coordinamento ed al fine di una maggiore operatività è raccomandabile sia composto da un numero piccolo di componenti che abbiano la facoltà e l'obbligo di avvalersi di ulteriori risorse, quando necessarie alla progettazione ed alla verifica del percorso. **E' sempre da prevedere la partecipazione nel gruppo di lavoro di rappresentanti delle Associazioni dei malati e/o dei familiari.**



PDTA- le indicazioni nazionali:

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

Le figure coinvolte:

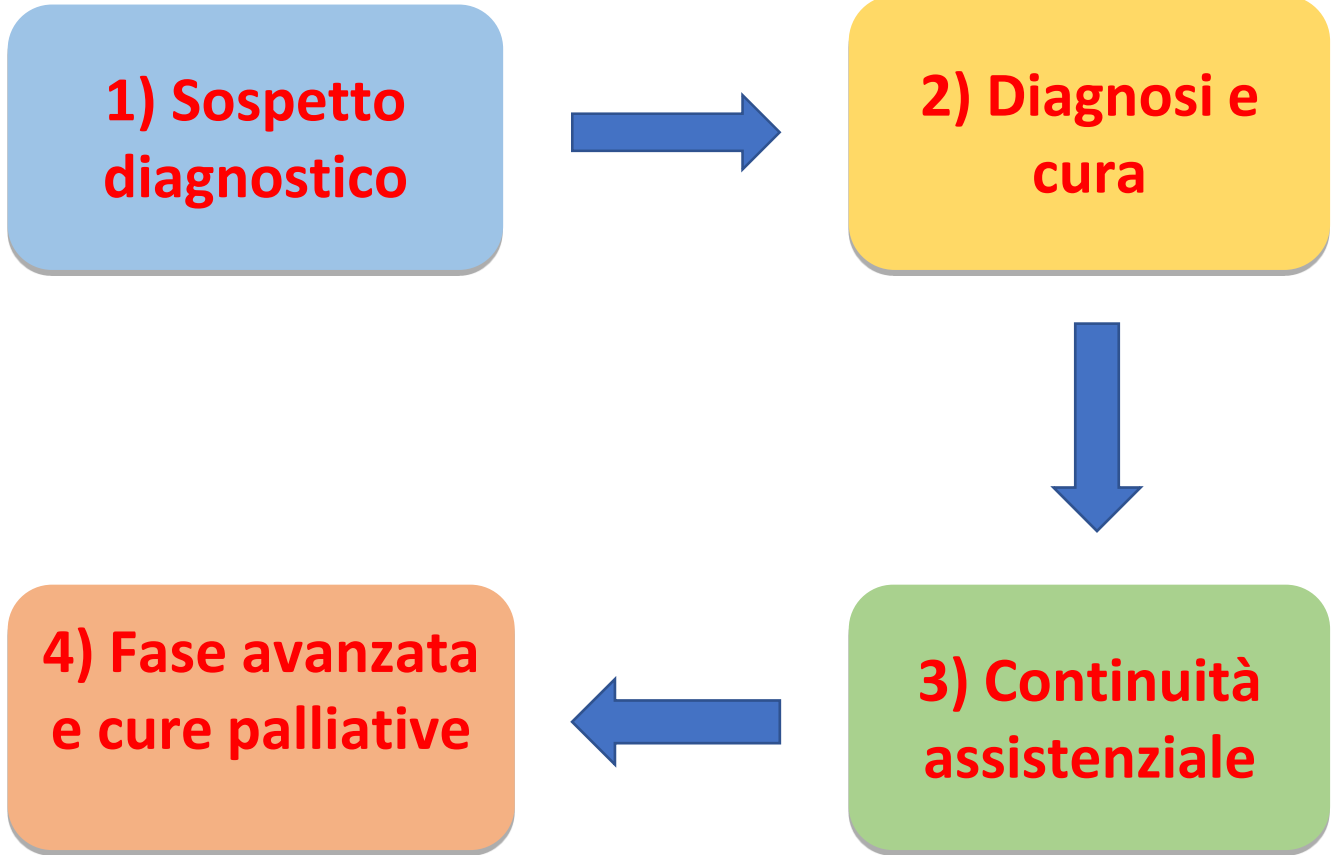
Il Committente (Regione)

Il Promotore (Direz. Aziendali)

Il Gruppo di Coordinamento

Il Gruppo di lavoro (professionisti Ausl e Associazioni)

PDTA : fasi del percorso



*Le Fasi del PDTA -
 DGR 159/19*

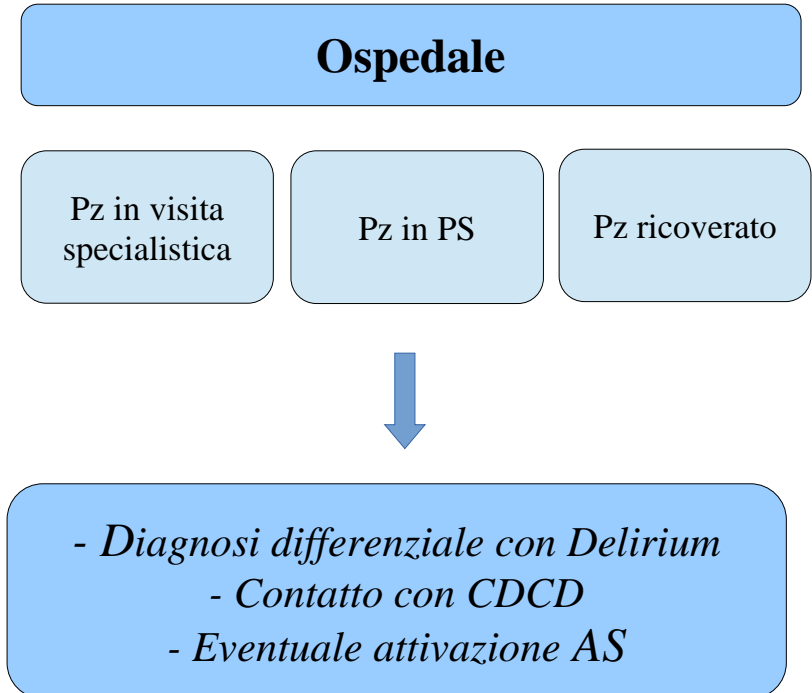
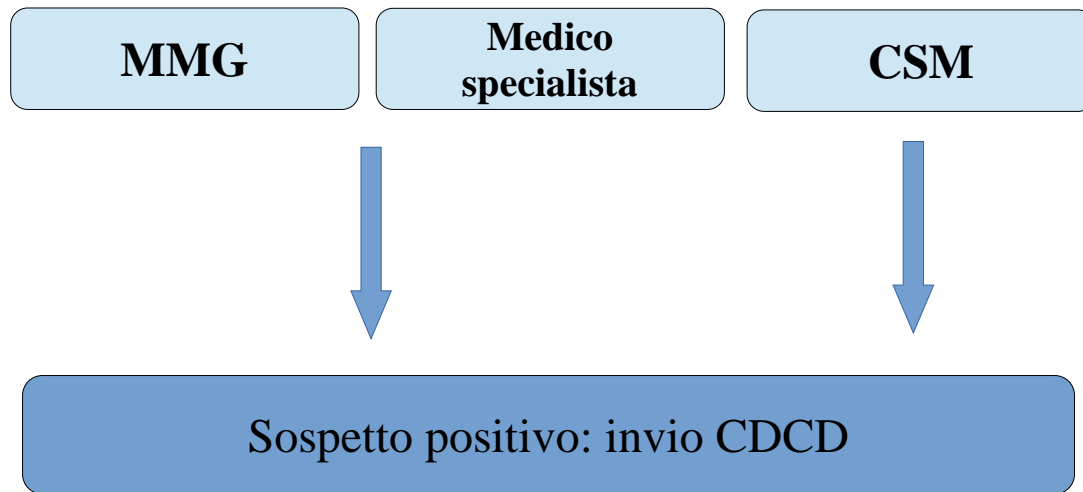
PER CORSO
 DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE
 DEMENZE



Tipo PDTA:
Territorio – Ospedale – Territorio

1. Fase del sospetto diagnostico

La persona con sospetto deficit cognitivo può essere indirizzata al CDCD da:



Sintomi comportamentali	No	Sì	
Pazienti anamnesticamente non depressi : È diventato triste, giù di morale, o piange e si dispera per futili motivi? Pazienti anamnesticamente depressi : Appare triste, giù di morale, o piange più spesso che in passato?	0	1	Nr
Ha perso interesse per le sue attività abituali, ad es. la lettura o altri passatempi, o andare in chiesa o altre attività sociali?	0	1	Nr
È diventato più irritabile, agitato o diffidente oppure comincia a vedere o sentire o credere a cose non reali?	0	1	Nr
Sub Totale			

Sintomi cognitivi	No	Sì	
Bisogna ricordargli di fare o ha bisogno di promemoria per fare cose come le faccende di casa, la spesa o prendere le medicine?	0	1	Nr
Ripete spesso le stesse cose o rivolge agli altri più volte la stessa domanda?	0	1	Nr
È più smemorato, cioè ha vuoti di memoria, per eventi recenti?	0	1	Nr
Ha problemi nel trovare le parole che vuole dire o finire un discorso o ricordare il nome di persone o cose?	0	1	Nr
Dimentica appuntamenti, ricorrenze familiari o festività?	0	1	Nr
Sub Totale			

Sintomi funzionali (IADL, ADL)	No	Sì	
Comincia ad avere problemi nel fare calcoli, gestire il denaro o controllare i conti?	0	1	Nr
C'è qualche preoccupazione per il suo modo di guidare, ad es. tende a perdersi o a guidare in modo poco sicuro o pericoloso? Se non ha la patente si risponde No	0	1	Nr
Comincia ad aver bisogno di aiuto per mangiare, ad es. nell'usare coltello e forchetta; o vestirsi, ad es., nello scegliere o indossare i vestiti; farsi il bagno o usare i servizi igienici?	0	1	Nr
Sub Totale			

0: normale

1: borderline (si consiglia breve test psicometrico per diagnosi differenziale)

≥ 2/11: deterioramento cognitivo (da confermare con breve test psicometrico)

SDS- Symptoms of Dementia Screener

GPCOG – TEST DI SCREENING PER LA DEMENZA PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE

VERSIONE ITALIANA TRIAL (DI DR. PIRANI ALESSANDRO AUTORIZZATO DAGLI AUTORI)

Brodaty H., Pond D., Kemp N. M., Luscombe G., Harding L., Berman K., Huppert F. A. JAGS, 50: 530-534; 2002

A) VALUTAZIONE DEL PAZIENTE. Ogni domanda deve essere formulata una volta sola.

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

1. "Le dirò un nome ed un indirizzo. Dopo che li avrò detti, desidero che lei li ripeta. Ricordi questo nome ed indirizzo perché le chiederò di ripetermeli fra qualche minuto. (Consentite un massimo di 4 tentativi ma non date punteggio)

“Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia”

ORIENTAMENTO TEMPORALE

2. Mi dica la data di oggi? (si accetta solo data esatta)

Corretto	Sbagliato
1	0

FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE - Disegno dell'Orologio (usare un cerchio prestampato)

3. Inserisca i numeri delle ore (devono essere posizionati correttamente)

1	0
1	0

4. Per piacere disegni le lancette in modo che segnino le ore 11:10

INFORMAZIONE 5. Può raccontarmi una notizia importante appresa da TV o giornali?

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: COGNITIVAMENTE DETERIORATO; 5-8: BORDER

Linee guida per il punteggio

DISEGNO DELL'OROLOGIO. Domanda 3: risposta corretta se i numeri 12, 3, 6 e 9 sono collocati senza errori nel cerchio ed anche i restanti numeri delle ore sono inseriti in modo congruo. Domanda 4: risposta corretta se le lancette sono puntate sui numeri 11 e 2 anche qualora la lancetta lunga non venga chiaramente distinta da quella corta.

INFORMAZIONE. Non sono necessarie risposte particolarmente dettagliate: l'importante è che l'intervistato dimostri buona conoscenza di un evento importante riportato dai media di recente. Se vengono date risposte generiche, tipo "guerra" "molta pioggia", chiedete dettagli: se l'intervistato non li fornisce classificare "sbagliato".

Pirani A, Brodaty H, Martini E, et al. The validation of the Italian version of the GPCOG (GPCOG-It): a contribution to crossnational implementation of a screening test for dementia in general practice. Int Psychogeriatrics 2010;22:82-90.

2. Diagnosi e cura

Percorso diagnostico

**Equipe: geriatra (o neurologo),
psicologo, infermiere**

Valutazione multidimensionale
paziente/Caregiver

**Diagnosi confermata: SI
“Comunicazione della
diagnosi”**

- Certificazione
- Comunicazione e raccordo con il MMG
- Primo orientamento alla rete dei servizi

La persona giunge al CDCD per
valutazione diagnostica



Cura

- Interventi farmacologici
- Pianificazione degli interventi psicosociali
- Pianificazione dei follow up
- Sostegno al caregiver
- Prevenzione e gestione dei disturbi del comportamento

2. Diagnosi e cura

I CDCD garantiscono:

- Pianificazione dei trattamenti non farmacologici e psicosociali, tra cui:
 - **Stimolazione cognitiva, memory training (individuale o di gruppo)**
 - **Terapia occupazionale secondo lo schema della dgr 990/2016**
 - **Gruppi psico-educativi e di sostegno rivolti ai famigliari/caregiver**
 - **Gruppi di sostegno e auto-aiuto**
 - **Consulenza e supporto psicologica per i famigliari**
 - **Interventi a bassa soglia**

•Allegato 5 del documento.

•Indicazione dei trattamenti riabilitativi di cui hanno diritto le persone con diagnosi di Demenza di Alzheimer o Demenza non atrimenti specificata (LEA DPCM 12/01/2017).

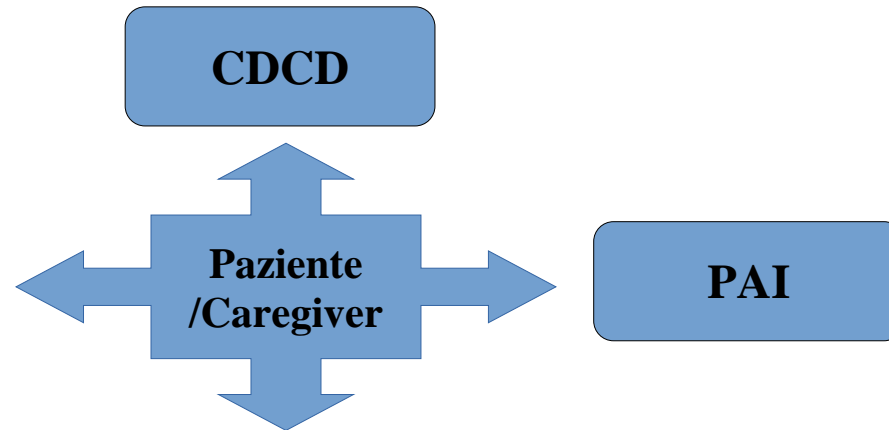


3. Continuità assistenziale e follow-up



- Presa in carico pianificazione dei controlli dei pz con piano terapeutico
- Prevenzione, gestione farmacologica e non farmacologica dei casi con demenza e disturbi del comportamento
- Pianificazione degli interventi psicosociali
- Sostegno e formazione al caregiver
- Attivazione delle UVM per i casi complessi
- Consulenza ai MMG
- Consulenza CRA, Nuclei, PS
- Dimissioni protette

Cura e presa in carico condivisa con il MMG pz/caregiver



- Presa in carico del pz con demenza una volta che il quadro clinico si è stabilizzato
- Valutazione clinica e gestione della comorbidità
- Monitoraggio della terapia farmacologica e effetti secondari
- Prevenzione e gestione dei disturbi comportamentali non gravi.
- Sostegno alla famiglia

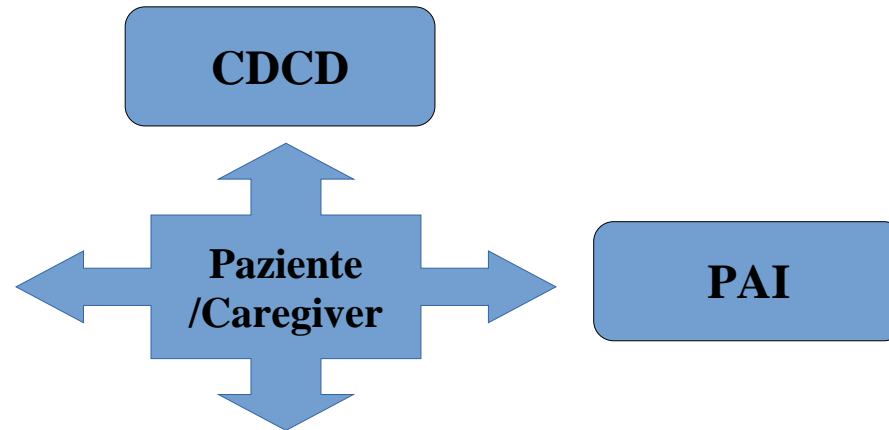
- Servizi e opportunità a bassa soglia
- Attivazione risorse della rete formale e informale
- Collaborazione con le associazioni dei famigliari
- Integrazione delle risposte ai bisogni della persona

3. Continuità assistenziale e follow-up



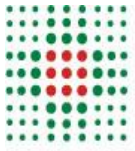
- Presa in carico pianificazione dei controlli dei pz con piano terapeutico
- **Prevenzione, gestione farmacologica e non farmacologica dei casi con demenza e disturbi del comportamento**
- Pianificazione degli interventi psicosociali
- Sostegno e formazione al caregiver
- Attivazione delle UVM per i casi complessi
- Consulenza ai MMG
- Consulenza CRA, Nuclei, PS
- Dimissioni protette

Cura e presa in carico condivisa con il MMG pz/caregiver

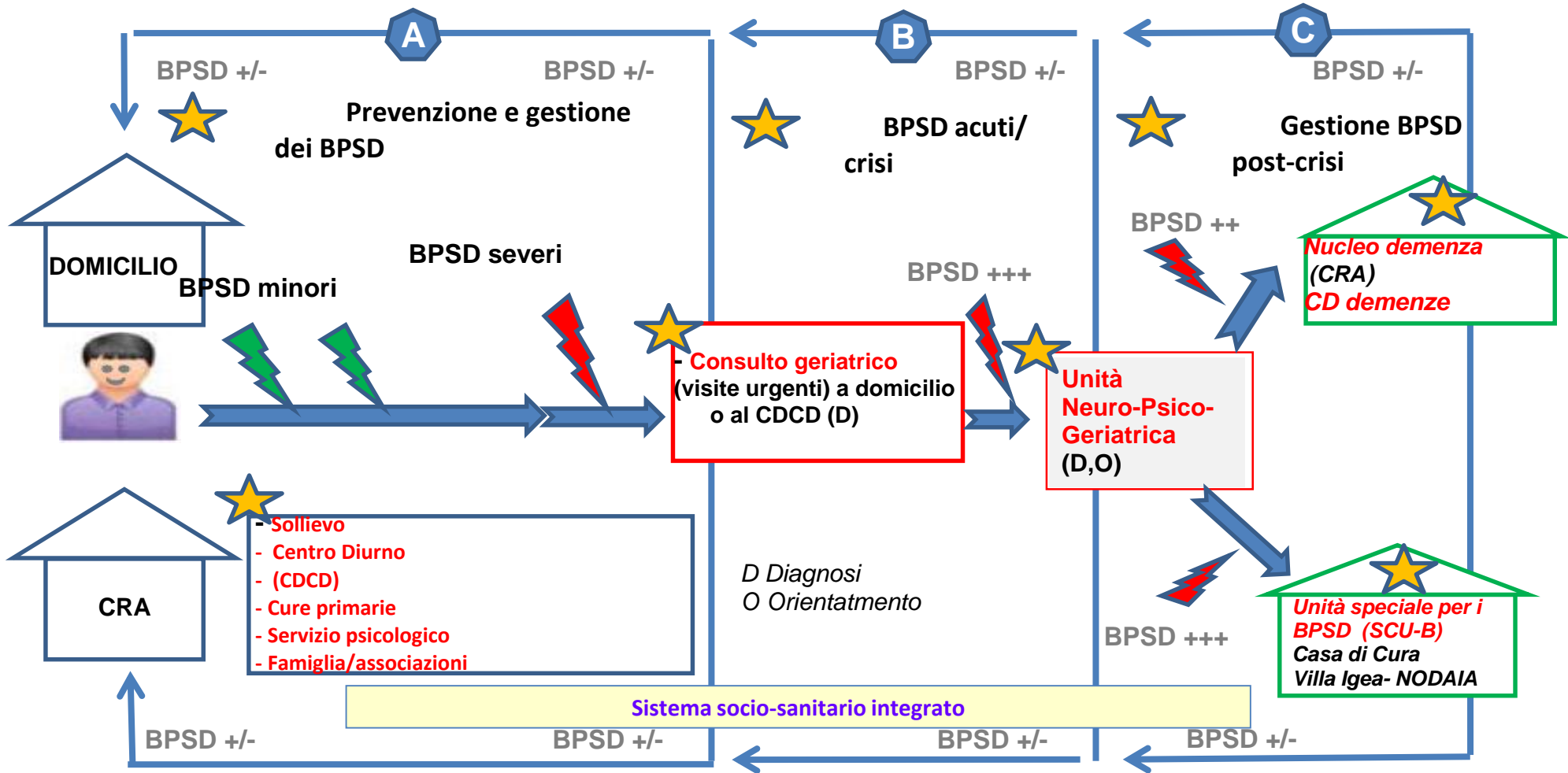


- Presa in carico del pz con demenza una volta che il quadro clinico si è stabilizzato
- Valutazione clinica e gestione della comorbidità
- Monitoraggio della terapia farmacologica e effetti secondari
- Prevenzione e gestione dei disturbi comportamentali non gravi.
- Sostegno alla famiglia

- Servizi e opportunità a bassa soglia
- Attivazione risorse della rete formale e informale
- Collaborazione con le associazioni dei famigliari
- Integrazione delle risposte ai bisogni della persona



Gestione dei BPSD secondo le linee guida europee ALCOVE



4. Fase avanzata e cure palliative



- Definizione di demenza fase avanzata e terminale: condizione per cui è necessario attivare cure palliative/fine vita
- Supporto al MMG per eventuale prevenzione e gestione farmacologica/non farmacologica delle complicanze nei casi complessi

MMG

- Gestione clinica
- Individuazione setting più idoneo
- Valutazione e gestione del dolore
- Evitare ospedalizzazione inappropriata
- Accompagnamento del pz e familiari nella fase terminale della vita
- Cure dignitose

CDCD

**Paziente /
Caregiver**

**PAI fine
vita**

**Equipe di
cure
palliative
(L 38/2010)**

**L'inizio e la fine sono uguali.
Approfittate dell'intervallo**



Grazie per l'attenzione