

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE NELLE DEMENZE



Direzione Generale
Cura della persona, salute e welfare

coordinamento a cura del Servizio Assistenza Territoriale Regione Emilia-Romagna

Responsabile: Luca Barbieri

Componenti del gruppo di lavoro (determinazione n° 4250 del 28/03/2018)*

Elena Berti	<i>Agenzia Sanitaria e Sociale regionale</i>
Antonella Carafelli	<i>Servizio Assistenza Territoriale Regione Emilia- Romagna</i>
Andrea Fabbo	<i>Servizio Assistenza Territoriale Regione Emilia- Romagna</i>
Salvatore Ferro	<i>Servizio Assistenza Ospedaliera Regione Emilia- Romagna</i>
Daniela Fortuna	<i>Agenzia Sanitaria e Sociale regionale</i>
Claudio Voci	<i>Servizi strutture, tecnologie e sistemi informativi Regione Emilia- Romagna</i>
Barbara Barzanti	<i>Associazione familiari Alzheimer Ravenna</i>
Federica Boschi	<i>AUSL Romagna – UO Geriatria Forlì e Programma demenze</i>
Antonella Cambrini	<i>ASP Centro Servizi alla Persona di Ferrara</i>
Rosangela Ciarrocchi	<i>AUSL Bologna – Direzione Socio-Sanitaria</i>
Fausto Grandi	<i>AUSL Modena- Medico di Medicina Generale</i>
Lucio Luchetti	<i>AUSL Piacenza- Centro Disturbi Cognitivi e Demenze</i>
Livia Ludovico	<i>AUSL Parma- Programma demenze</i>
Maria Lia Lunardelli	<i>AOU Bologna- U.O. Geriatria</i>
Corrado Maticena	<i>AUSL Imola- Centro Disturbi Cognitivi e Demenze</i>
Emanuela Malagoli	<i>AUSL Modena- Casa della Salute di Castelfranco Emilia</i>
Rachele Nanni	<i>AUSL Romagna- Programma aziendale di Psicologia</i>
Morena Pellati	<i>AUSL Reggio Emilia- Programma Anziani e Fragilità</i>
Mirco Vanelli Coralli	<i>AUSL Bologna- Programma Cure Intermedie e Demenze</i>
*Tutti i partecipanti al Gruppo di Lavoro hanno dichiarato l'assenza di conflitti di interesse	

Indice

PREMESSA.....	4
1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
2. SCELTA DEL PROBLEMA DI SALUTE.....	5
2.1 Dati Epidemiologici.....	5
3. LINEE GUIDA E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....	7
4. CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE DEI PAZIENTI NEL PDTA.....	7
5. DESCRIZIONE DEL PERCORSO.....	8
5.1 Fase del Sospetto Diagnostico.....	8
5.2 Fase di Diagnosi e Cura.....	11
5.3 Fase della Continuità Assistenziale.....	16
5.4 Fase Avanzata e delle Cure Palliative.....	18
6. MONITORAGGIO.....	20
7. LISTA DI DISTRIBUZIONE.....	22
LEGENDA.....	23
Allegati.....	
Allegato 1 Lista prestazioni CDCD per il flusso ASA.....	25
Allegato 2 (all. 2 alla determina 18033 del 13 novembre 2017).....	26
Allegato 3 CDCD in Emilia-Romagna.....	28
Allegato 4 Elenco Strumenti Qualitativi e Quantitativi per la Valutazione Cognitiva, Affettiva e Funzionale.....	29
Allegato 5 Elenco Prestazioni di tipo riabilitativo (non farmacologici).....	30
Allegato 6 Servizi Socio-Sanitari.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	34

PREMESSA

Il presente documento costituisce uno strumento operativo del progetto regionale demenze (DGR 990/16) ed il recepimento da parte della Regione del documento “Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze” approvato in sede di Conferenza Unificata (Rep 130 del 26/10/17), che prevede la “implementazione del PDTA demenze” da parte delle Regioni.

Come da indicazioni del suddetto documento, la redazione del PDTA è stata realizzata a cura di un gruppo di lavoro composto da operatori (sanitari, sociali, organizzativi) e da un rappresentante delle Associazioni dei familiari.

L’obiettivo del presente PDTA è quello di **definire il percorso assistenziale di presa in carico ed accompagnamento della persona con demenza e dei suoi caregiver**, con particolare attenzione alla domiciliarità ed all’attivazione dei vari servizi presenti sul territorio, prendendo in considerazione l’offerta complessiva sanitaria, sociale e socio-sanitaria erogata dalle Aziende USL, dai Comuni, dalle Asp, dalle cooperative sociali, dal privato profit e non profit, dal volontariato e dagli enti/servizi del terzo settore.

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La stesura del presente PDTA regionale costituisce uno degli obiettivi del Piano Nazionale per le Demenze (Accordo Stato-Regioni 2014), recepito dall’Emilia-Romagna con DGR 990/16 di aggiornamento del Progetto Regionale demenze (DGR 2581/99).

Le indicazioni poste in seno al PND sono strategicamente orientate a creazione, riorganizzazione e potenziamento di una rete di servizi e funzioni, che si configuri come un sistema integrato in grado di garantire la diagnosi e la presa in carico tempestiva, la continuità assistenziale ed un corretto approccio alla persona ed alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia e nei diversi contesti di vita e di cure. Tale approccio, in linea con quanto avviato nella Regione Emilia-Romagna già a partire dal 1999 (DGR 2581/99) e meglio definito con la DGR 990/16, in particolare dall’allegato 2 della stessa (*Indicazioni per i servizi della rete nella cura delle persone con demenza ed il sostegno ai familiari/caregiver*), potrà rispondere a precisi criteri di qualità ed appropriatezza delle cure attraverso la condivisione e l’implementazione di percorsi di cura che assicurino la gestione integrata.

Nell’ambito del Tavolo nazionale demenze, è stato predisposto e successivamente approvato in sede di Conferenza Unificata (Rep 130 del 26/10/17) il documento “Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze”. Tale documento propone una definizione condivisa, teorica ed operativa, dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze descrivendone gli elementi costitutivi che potranno poi avere una diversa articolazione nei vari contesti locali in cui verranno sviluppati, anche in

relazione ad esigenze specifiche dei bisogni e dei sistemi. A partire da tali indicazioni, da quanto già indicato nella DGR 990/16 e dalle buone pratiche diffuse sul territorio regionale, l'obiettivo del presente PDTA è quello di promuovere maggiore omogeneità e sostenere la riorganizzazione dei modelli assistenziali e dei servizi socio-sanitari nell'ambito delle demenze. La DGR 919/18 *“Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018”* ha individuato, tra gli obiettivi delle Aziende sanitarie, l'implementazione a livello locale dei PDTA demenze. Il presente documento costituisce, insieme alle indicazioni della DGR 990/16, lo strumento per accompagnare i territori nel raggiungimento di tale obiettivo.

2. SCELTA DEL PROBLEMA DI SALUTE

Le demenze rappresentano un insieme di patologie neurologiche di natura degenerativa, vascolare o traumatica caratterizzate dalla presenza di deficit cognitivi, sintomi neuropsichiatrici e alterazioni funzionali con progressiva perdita dell'autonomia e vari gradi di disabilità fino alla completa non autosufficienza. Attualmente circa 70 patologie possono determinare un quadro di demenza che recentemente è stata identificata dal DSM5 come disturbo neurocognitivo maggiore per differenziarla dal disturbo neurocognitivo minore rappresentato dal Mild Cognitive Impairment (MCI). Le più frequenti forme di demenza sono: la malattia di Alzheimer nella sua variante precoce (< 65 anni) e tardiva, la demenza vascolare, la demenza frontotemporale e la demenza a corpi di Lewy. Già dai primi anni di avvio del progetto regionale demenze (DGR 2581/99) la Regione Emilia-Romagna ha realizzato un costante monitoraggio, attraverso le Aziende USL, delle persone che si sono rivolte ai servizi per le demenze (oggi Centri per i disturbi cognitivi e demenze – abbr. CDCD). Il monitoraggio ha messo in evidenza il numero crescente di diagnosi di demenza, crescita dovuta da un lato dall'aumento del numero dei residenti ultrasessantacinquenni, dall'altro dalla maggiore capacità dei MMG nel porre correttamente il sospetto diagnostico. Evidente è l'evoluzione delle diagnosi negli anni, che risultano più che raddoppiate, passando dalle 6.038 nel 2002 alle 12.246 nel 2017, cui si aggiungono i dati del MCI (Mild cognitive impairment), le cui diagnosi risultano triplicate: dalle 1.318 nel 2002 alle 6.173 nel 2017. Le persone che hanno ricevuto una prima visita presso i centri sono passate dalle 11.982 nel 2002 alle 24.823 nel 2017.

2.1 Dati Epidemiologici

La demenza è in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita, secondo il Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e Alzheimer Disease International, una priorità mondiale di salute pubblica: «nel 2010 35,6 milioni di persone risultavano affette da demenza con stima di aumento del doppio nel 2030, il triplo nel 2050, con ogni anno 7,7 milioni di nuovi casi (1 ogni 4 secondi) e una sopravvivenza media dopo la diagnosi di 4-8-anni. I

maggiori fattori di rischio associato all'insorgenza della demenza sono: l'età (solo il 5% circa esordisce prima dei 65 anni di età), il sesso femminile nella malattia di Alzheimer, il sesso maschile nella demenza vascolare. Il progressivo incremento della popolazione anziana comporterà un aumento della prevalenza dei pazienti con demenza. In Italia, il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre un milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer).

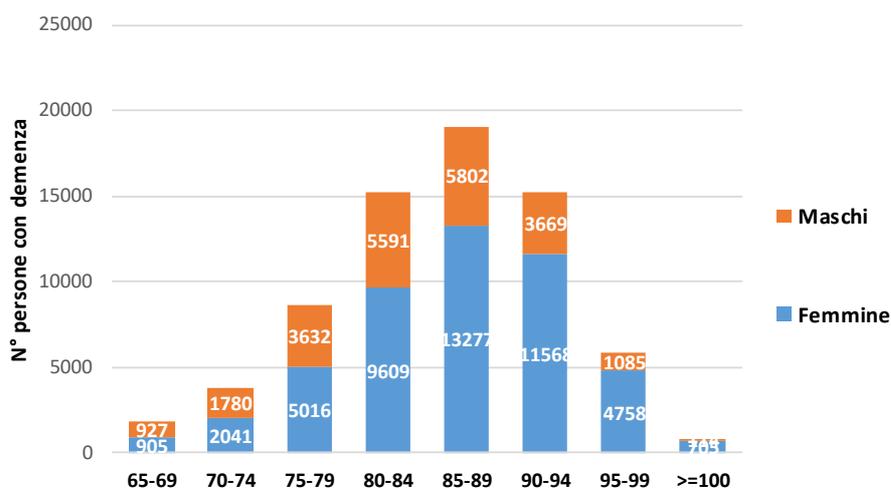
Ad ottobre 2017, le 'Linee di indirizzo Nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi' hanno promosso l'utilizzo di tecniche di record-linkage per la costruzione di archivi integrati per la demenza e conseguente descrizione dell'epidemiologia. Sulla base di queste indicazioni, nella popolazione residente in Emilia-Romagna di età ≥ 18 anni (3.814.717 individui), al 31 dicembre 2017 sono state individuate **55.397 (prevalenza puntuale)** persone con demenza (di cui 53.815 con età ≥ 65 anni). I **nuovi casi** di demenza registrati in Emilia-Romagna nel 2017 sono risultati **18.168**, di cui **5.003** deceduti nello stesso anno. Nell'intero anno 2017 sono state assistite **72.201** persone con demenza, di cui **70.479** con età ≥ 65 anni e **16.569** decedute nel corso dell'anno.

La **prevalenza puntuale** di demenza, al 31 dicembre 2017, è risultata **14,5 per mille abitanti** (rispettivamente **9,4 nei maschi e 19,3 nelle femmine**). La **prevalenza di periodo**, nell'intero anno 2017, è risultata **18,5 per mille abitanti** (rispettivamente **12,5 nei maschi e 24,1 nelle femmine**); negli ultra 65enni, **62,8 per mille abitanti (46,4 nei maschi e 75,4 nelle femmine)**.

Il numero di individui con demenza di età inferiore a 65 anni è pari a **1.722** (0,6 per mille del totale).

La distribuzione per classi di età nei pazienti con età ≥ 65 anni, evidenzia come al crescere dell'età, aumenti il numero di soggetti con demenza fino alla classe 85-89, per poi decrescere ovviamente all'aumentare della mortalità di queste classi di età (figura 1).

Figura 1. Distribuzione per classi di età del numero di pazienti over 65 con demenza, nell'anno 2017



Il tasso standardizzato per età e sesso, di demenza per provincia di residenza evidenzia una variabilità che va dal **15,1** per 1000 abitanti della provincia di Ravenna al **19,4** per mille abitanti della provincia di Modena.

Tabella 1. Tasso di demenza su 1000 abitanti, standardizzato per sesso ed età e distinto per provincia di residenza, 2017

Provincia di residenza	Tasso standardizzato	Intervallo di confidenza al 95%	
		limite inferiore	limite superiore
Piacenza	16,3	15,8	16,8
Parma	17,2	16,7	17,6
Reggio Emilia	17,4	17,0	17,8
Modena	19,4	19,0	19,8
Bologna	17,0	16,8	17,3
Ferrara	19,0	18,6	19,5
Ravenna	14,8	14,4	15,3
Forli-Cesena	19,7	19,2	20,2
Rimini	16,6	16,1	17,1

Il tasso di demenza per distretto sanitario di residenza, standardizzato per età e sesso, è mediamente del 17,7 ($\pm 1,9$) per mille abitanti e varia tra **13,4** nel Distretto di Ravenna e **22,2**, nel Distretto di Pavullo.

3. LINEE GUIDA E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

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

Alcove Recommendations. Joint Action Alzheimer Cooperation Evaluation in Europe, 2013
www.alcove-project.eu/images/alcove-recommendations.pdf

Linea-guida n.19/2010-2013, ISS, Sistema nazionale delle Linee guida
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1517_allegato.pdf
http://www.epicentro.iss.it/problemi/demenza/pdf/alcoveRaccomandazioni_ITA.pdf

4. CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE DEI PAZIENTI NEL PDTA

Criteri di inclusione

- persone con sospetto deterioramento cognitivo
- persone con diagnosi di MCI
- persone con diagnosi di demenza

Criteri di esclusione

- persone che necessitano di una valutazione ai soli fini dell'invalidità civile
- persone che necessitano di una valutazione per meri fini burocratici in generale.

5. DESCRIZIONE DEL PERCORSO

Il PDTA demenze prevede quattro fasi:

1. **Sospetto diagnostico**
2. **Diagnosi e cura:** percorso di comunicazione della diagnosi ed avvio del trattamento, a cura dei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD);
3. **Continuità assistenziale:** follow-up con percorsi preferenziali territoriali, gestione dei disturbi psico-comportamentali
4. **Fase avanzata e cure palliative**

Tutti gli attori che partecipano alle varie fasi del presente PDTA devono agire in maniera integrata a seconda del ruolo.

5.1 Fase del Sospetto Diagnostico

Attori: Medico di Medicina Generale (MMG); altri Specialisti (ospedalieri, territoriali, CSM), persona/familiari/caregiver.

Obiettivo: pervenire ad una definizione corretta e tempestiva di sospetto diagnostico di deterioramento cognitivo (amnesie, anomalie e/o riduzione delle funzioni cognitive in generale e/o disturbi del comportamento e/o alterazioni funzionali attraverso le informazioni fornite dalla persona o dai familiari/caregiver).

Strumenti: Test validato in lingua italiana per la medicina generale, Gp-Cog (vedere DGR 990/16);

Attività: invio del paziente al CDCD da parte di:

- MMG mediante¹:

- **prescrizione su ricetta²:** in attesa di precise indicazioni in merito dal livello nazionale e nelle more della entrata in vigore del Nomenclatore tariffario della specialistica previsto dal DPCM 12/1/2017 (nuovi Livelli essenziali di assistenza), le prestazioni da richiedere sono: "Valutazione Multidimensionale Geriatrica d'èquipe" (cod. SOLE 1989.001) oppure "Visita neurologica" (codice SOLE: 0865.001). Il quesito diagnostico (es. "deterioramento cognitivo", "disturbo cognitivo") deve sempre essere compilato. Al fine di assicurare l'invio al CDCD è comunque preferibile utilizzare il codice 438.0 nel campo quesito diagnostico e aggiungere l'indicazione **"INVIARE AL CDCD"**.

Il sospetto diagnostico può essere avvalorato dalla trasmissione degli elementi

¹ I MMG che operano nelle Case della Salute, potranno avvalersi per questa prima fase di "case finding", anche ai fini di un appropriato invio al CDCD, dello psicologo della casa della Salute, laddove presente.

² Nell'allegato 1 Tabella con i codici prestazioni per il flusso ASA

informativi clinici già disponibili quali: comorbidità presenti, terapie in atto, referti di esami ematochimici (emocromo, creatinina, elettroliti, glicemia, protidemia con elettroforesi, esami urine, folati, vit. B12, TSH reflex); eventuali referti radiologici recenti e quant'altro sia ritenuto importante dal MMG, ivi compresa l'indicazione del CDCD presso il quale effettuare la visita (in attesa di ulteriori specifiche indicazioni per la demenza giovanile, relativa cioè alle persone di età inferiore ai 65 anni);

- **medico specialista territoriale:** le modalità di invio sono le stesse del MMG;
- **medico specialista del CSM:** si applica il percorso previsto dalla DGR 990/2016;
- **medico specialista ospedaliero** (compresi i servizi di emergenza-urgenza) con le seguenti modalità:

- **Pazienti sottoposti a visita specialistica in ospedale:** le modalità di invio sono le stesse del MMG;
- **Pazienti Ricoverati**

Se un paziente ricoverato presenta disturbi del comportamento e non è stata ancora fatta diagnosi di demenza, è compito dello specialista ospedaliero individuare se il disturbo del comportamento è transitorio ed è dovuto ad una causa organica (vedi anche iter diagnostico per delirium della DGR 990/16) e se sia stata già esclusa una causa psichiatrica. In tal caso occorre stabilire se i sintomi presenti siano la prima manifestazione del deficit cognitivo o siano dovuti ad altra causa (diagnosi differenziale). Se il disturbo del comportamento viene inquadrato nell'ambito di una demenza è opportuno contattare il CDCD di riferimento non appena possibile per programmare una visita (visita multidimensionale geriatrica o visita neurologica) anche in urgenza differita, o comunque in tempi ragionevoli concordati con la famiglia. Il CDCD di competenza territoriale si farà carico di valutare il paziente nel più breve tempo possibile e, qualora ve ne fosse necessità, attiverà l'UVM per l'accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari.

- **Pazienti che accedono in pronto soccorso (PS)**

Nel paziente che si presenta in pronto soccorso con sintomi che possano rappresentare la prima manifestazione di un disturbo cognitivo, occorre innanzitutto escludere in diagnosi differenziale il delirium e la malattia psichiatrica come cause del disturbo, in quanto è inappropriato il ricovero in ospedale. Se durante l'accesso al PS il disturbo del comportamento viene inquadrato nell'ambito di una demenza occorre programmare l'accesso al CDCD di riferimento al fine di una valutazione nel più breve tempo possibile o comunque in tempi ragionevoli concordati con la famiglia. Nel caso di accesso di un paziente con demenza non nota ma con un quadro clinico di stato confusionale acuto (delirium), lo scopo della valutazione è di stabilire se i sintomi presenti rappresentino la prima manifestazione del deficit cognitivo o se vi sia una patologia acuta responsabile (diagnosi differenziale – vedere anche scale di valutazione del delirium DGR 990/16).

Il Pronto Soccorso (PS) deve quindi:

- poter contattare il CDCD per consulenze telefoniche;
- affidare il paziente con disturbi del comportamento al CDCD per una presa in carico globale in integrazione con i servizi territoriali socio-assistenziali. In questo caso il paziente viene dimesso dal PS con prescrizione di visita e con l'indicazione a rivolgersi al CDCD di riferimento per programmare la data della visita. I CDCD prendono inoltre accordi con i PS di riferimento per fornire loro le disponibilità di offerta di visite. Se il caso è particolarmente complesso, il PS invita il paziente a rivolgersi al MMG o direttamente all'assistente sociale per l'attivazione dell'Unità di valutazione multidimensionale (UVM), per avviare un percorso di accesso alla rete dei servizi.

Il ricorso al ricovero ospedaliero può essere necessario solo in alcune e ben determinate situazioni:

- In casi complessi come un esordio atipico;**
- In caso di insorgenza acuta e una rapida evoluzione dei sintomi;**
- In caso di una condizione medica e/o chirurgica appropriata per il ricovero ospedaliero.**

La DGR n. 919/2018 a tal proposito recita: *“le Aziende USL dovranno dare piena applicazione a quanto previsto dal Piano regionale Demenze (DGR 990/16) ed all’implementazione dei PDTA locali, del tipo territorio-ospedale-territorio, così come previsto dalle linee di indirizzo nazionali (C.U. Stato Regioni del 26/10/2017). In particolare le Aziende USL dovranno garantire un percorso di presa in carico integrata e corretta gestione dei BPSD (disturbi psicologici e comportamentali associati alle demenze, spesso causa di precoce istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione), favorendo l’utilizzo di tutte le risorse dell’assistenza territoriale sanitaria, socio-sanitaria e sociale (come i MMG, CDCD, OsCo, Nuclei temporanei e Centri Diurni demenze, Assistenza domiciliare, servizi a bassa soglia tipo ad esempio i Caffè Alzheimer ed i Centri d’incontro, formazione e sostegno dei caregiver), e contribuendo alla riduzione dei ricoveri inappropriati in ospedale.*

La Regione Emilia-Romagna, con la DGR 919/2018 “Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2018” nell’ambito degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale (Allegato B della stessa DGR 919/18), in relazione al Progetto regionale demenze individua quali obiettivi per le Aziende USL:

- 1) la piena applicazione a quanto previsto dal Piano regionale Demenze (DGR 990/16) ed all’implementazione dei PDTA locali, del tipo territorio-ospedale-territorio, così come previsto dalle linee di indirizzo nazionali (C.U. Stato Regioni del 26/10/2017);
- 2) la riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario aziendale per ricoveri potenzialmente

inappropriati per Demenza (DRG 429), inferiore a quello registrato nel 2016, ai fini di un avvicinamento al valore medio nazionale del 2016 pari a 27.1 per 100.000 residenti.

Il percorso dimissione da seguire per le persone con diagnosi di demenza individuate nei servizi ospedalieri, oltre alla segnalazione al CDCD, è quello delle **dimissioni protette** in considerazione della particolare "fragilità" legata a questa condizione, sia per la persona che per la sua famiglia. Il percorso, inoltre, prevede la segnalazione del caso all'assistente sociale territoriale e/o ospedaliero che attiverà i servizi necessari.

Se il sospetto diagnostico non esita verso una diagnosi di demenza, il paziente deve comunque essere monitorato dal MMG e rivalutato a distanza di non più di 9- 12 mesi dal CDCD di riferimento.

5.2 Fase di Diagnosi e Cura

Attori: Equipe multiprofessionale dei CDCD, che rappresenta lo snodo principale della rete dei servizi, costituita da:

- Medici, di norma geriatri o neurologi, che svolgono tutte le attività collegate alla diagnosi e cura;
- Infermieri, che svolgono attività di accoglienza e assistenza (raccolta informazioni socio-assistenziali del paziente e del caregiver quando presente) e triage telefonico, in relazione ai disturbi comportamentali e ad elementi di complessità assistenziali più o meno presenti;
- Psicologi, che svolgono attività di valutazione neuropsicologica, supporto al paziente ed al caregiver, indicazioni per la prescrizione, supervisione, programmazione ed eventuale co-conduzione di trattamenti non farmacologici (riabilitativi) ed interventi psicosociali erogati direttamente dalle Aziende Sanitarie o in collaborazione con gli enti Locali e le Associazioni, attività di informazione, psico-educazione e consulenza alla famiglia su situazioni di particolare complessità, supporto al medico nella comunicazione della diagnosi e risoluzione dei conflitti.

Obiettivi del CDCD:

- Effettuare diagnosi, definire il piano terapeutico, attuare il follow-up specialistico;
- Essere riferimento per i MMG e per i medici delle CRA per la gestione clinica di ospiti con deterioramento cognitivo/demenza ai fini della rivalutazione e consulenza (casi già diagnosticati);

- Valutare a scopo diagnostico i casi con sospetto deterioramento cognitivo successivo all'ingresso in CRA (i medici di CRA svolgono tutte le funzioni di cui sopra già in capo ai MMG).

Strumenti: numero telefonico dedicato per i MMG, operatori del PS e delle CRA, e ad eventuali altri professionisti, per la segnalazione dei casi (sia per urgenze legate ai disturbi del comportamento e/o per semplici consulenze telefoniche).

Sarà cura dei Responsabili aziendali e/o territoriali trasmettere a tutti gli interlocutori interessati (MMG, CRA, PS, ecc) l'elenco dei CDCD presenti nel territorio di riferimento, nonché orari di funzionamento ed informazioni di contatto.

Modalità di accesso: preferibilmente tramite accesso gestito con contatto diretto e richiesta su ricettario (vedi sopra).

Attività: al fine di espletare l'inquadramento diagnostico devono essere garantite le seguenti attività:

- a) Accoglienza (eventuale modulistica per la privacy e la delega al ritiro referti/esami);
- b) Anamnesi e colloquio con i familiari/caregiver;
- c) Esame obiettivo generale e neurologico;
- d) Valutazione diagnostica:
 - Con gli strumenti necessari per indagare l'area Cognitiva (MMSE), l'area Funzionale (IADL, ADL), l'area comportamentale/affettiva (UCLA-NPI, GDS). Nell'allegato 4 l'elenco degli strumenti maggiormente in uso;
 - Prescrizione e/o valutazione degli esami ematochimici (emocromo, creatinina, elettroliti, glicemia, protidemia con elettroforesi, esami urine, folati, vit. B12, TSH reflex);
 - Prescrizione e/o valutazione esami neuroradiologici: TAC cerebrale senza mdc (come da Linea-guida n.19/2010-2013, Sistema Nazionale Linee Guida);
 - Approfondimento neuropsicologico (con la dicitura di valutazione neuropsicologica estesa) nei casi ad esordio giovanile, nella diagnostica dell'MCI e nella diagnostica differenziale dei casi dubbi;
 - Inquadramento eziologico e definizione del livello di gravità di malattia utilizzando la CDRs (Clinical Dementia Rating Scale) validata per l'Italia e inserimento della diagnosi del caso nell'apposito sistema regionale di registrazione delle demenze (via web in fase di sperimentazione);
- e) Comunicazione della diagnosi, secondo le indicazioni contenute nell'allegato 3 della DGR

990/16, ed orientamento - ai supporti (indennità di accompagnamento, benefici previsti dalla legge 104, attivazione dell'istituto dell'Amministratore di sostegno o del fiduciario, disposizioni anticipate trattamento [DAT, Legge n.219/17]), alla rete dei servizi e delle opportunità presenti sul territorio (incluse le Associazioni). In caso di bisogno, in accordo con il paziente/famigliare/caregiver, l'equipe del CDCD attiva o suggerisce l'attivazione dell'assistente sociale di riferimento per la definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) dopo Valutazione Multidimensionale (UVM).

f) Colloquio esplorativo per invio del paziente e/o caregiver al servizio di consulenza psicologica (anche ai fini della pianificazione degli interventi di cui al punto h), e valutazione dello stress del caregiver;

g) Pianificazione della terapia farmacologica

La prescrizione della terapia farmacologica per la malattia di Alzheimer è regolamentata dalla nota 85 AIFA che fornisce le indicazioni di appropriatezza relative alla prescrizione degli inibitori delle colinesterasi e della memantina e la tempistica dei controlli (follow-up) necessari per il monitoraggio attraverso la redazione di un piano terapeutico da consegnare alle farmacie ospedaliere. L'allegato 2 elenca i centri prescrittori.

Si ricorda che la commissione del farmaco della Regione Emilia-Romagna esclude la possibilità di effettuare terapia combinata (inibitore delle colinesterasi + memantina) per cui il CDCD non può redigere doppio piano terapeutico. La prescrizione dei neurolettici atipici è invece regolamentata dalla circolare regionale n.8/2005³ che prevede la redazione del piano terapeutico bimestrale da parte del CDCD essendo questa prescrizione "off-label" per i pazienti con demenza e quindi non sottoposta alle stesse modalità di prescrizione e distribuzione previste per le indicazioni psichiatriche.

h) Pianificazione dei trattamenti non farmacologici(riabilitativi) e degli interventi psicosociali (PSI), tra cui:

- *Interventi di stimolazione cognitiva/memory training (individuale o di gruppo);*
- *Interventi di terapia occupazionale secondo lo schema riportato nella DGR 990/2016;*
- *Gruppi psico-educativi e di sostegno rivolti ai familiari o altri caregiver;*
- *Gruppi di sostegno ed auto-aiuto;*
- *Consulenze individuali e famigliari;*
- *Interventi a bassa soglia.*

I trattamenti non farmacologici/riabilitativi attualmente prescrivibili ed ai quali hanno diritto le persone con diagnosi di demenza ed esenzione per malattia di Alzheimer (codice 29) o per demenza non altrimenti specificata (codice 11), così come definiti dai nuovi LEA (DPCM 12/01/2017), sono riportati nell'allegato 5.

³ Circolare n.8 del 21 aprile 2005 - Determinazione n° 8599 del 17/07/2013

- i) Programmazione del controllo successivo al primo accesso
- j) Redazione della relazione per il MMG

Pertanto, il primo accesso del paziente al CDCD deve avere una durata complessiva congrua, indicativamente non inferiore ad un'ora.

La gestione dei disturbi del comportamento

I disturbi del comportamento nelle demenze, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), sono frequenti e richiedono un approccio e competenze specifiche, come indicato nelle raccomandazioni della **Joint Action European ALCOVE** (Alzheimer Cooperation Evaluation in Europe, 2013), in quanto fonte di carico assistenziale e di depressione per i caregiver e di un aumento del tasso di istituzionalizzazione e ospedalizzazione per le persone con demenza. Tale modello prevede una gestione differenziata su 3 livelli:

A) La prevenzione e gestione dei BPSD minori (a bassa intensità)

La prevenzione e la gestione dei BPSD minori (a bassa intensità) possono essere effettuate attraverso il monitoraggio garantito dai MMG, anche con percorsi di assistenza domiciliare, dai controlli programmati presso i CDCD, dalle attività di consulenza dei CDCD presso le CRA, dai progetti di collaborazione con le Associazioni dei familiari e dalla possibilità di inserimento dei pazienti nei centri diurni. Fondamentali sono gli **interventi di addestramento/formazione e sollievo al caregiver (respite care)** al fine di dare la possibilità di sospendere transitoriamente l'assistenza alla persona. L'analisi della letteratura mostra che una buona salute del caregiver può prevenire i BPSD per cui la valutazione ed il monitoraggio dello stress del caregiver sono fondamentali.

La *respite care* include: la frequentazione di centri diurni e le sistemazioni temporanee per le persone con demenza (es. ricoveri di sollievo in CRA), il supporto professionale al familiare/caregiver (psicologo, infermiere, terapeuta).

La corretta gestione di questa fase permette inoltre di prevenire i BPSD più severi.

B) La gestione della "crisi" (urgenza)

La gestione della crisi in urgenza prevede l'attivazione della **consulenza** presso i CDCD (geriatrica o neurologica o psichiatrica a seconda delle professionalità con competenze nella gestione dei BPSD) per la diagnosi ed il trattamento sia farmacologico che non farmacologico (psico-sociale). L'intervento può essere differenziato a seconda che vi sia una richiesta urgente (**U**, entro 24 h), urgente differita (**B**, entro 7 giorni), differita entro 30 giorni (**D**), programmabile (**P**). L'accesso al CDCD dovrà avvenire in tempi ragionevolmente brevi (entro 24 ore- 7 giorni), attraverso il caregiver di riferimento, predisponendo canali preferenziali (agende dedicate, anche

in formato elettronico dove possibile). I disturbi comportamentali che richiedono una valutazione urgente entro 24 ore potranno essere indirizzati al PS del Presidio Ospedaliero di riferimento.

Ai fini della definizione dell'**urgenza** i CDCD dovrebbero garantire un'attività di "triage", telefonica o diretta, allo scopo di rispondere rapidamente ed evitare il ricorso al PS e/o al ricovero ospedaliero o l'accesso al Servizio Psichiatrico territoriale (anche attraverso percorsi di telemedicina) per quanto possibile.

Di norma non è appropriato il Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) per questa tipologia di pazienti (in particolare per le persone con età ≥ 65aa).

C) La gestione e prevenzione dei BPSD post-crisi

Dopo la gestione della crisi, è importante, ai fini dell'ulteriore stabilizzazione del quadro clinico e per il collegamento con la rete dei servizi socio-sanitari, che la persona venga inserita in **unità dedicate** per i BPSD che fanno parte del sistema delle Cure Intermedie. Si può trattare di **unità dedicate nelle CRA (nucleo dedicato demenze per assistenza temporanea – DGR 514/2009)** per i casi a minore complessità clinico/assistenziale, in attesa dell'eventuale realizzazione di **unità dedicate alla gestione dei BPSD per i casi a maggiore complessità assistenziale e/o prognosi riabilitativa** presso altre strutture di cure intermedie. Il modello di tali unità di assistenza o di ricovero (**SCU-B unità speciale per i disturbi comportamentali**) si è dimostrato di notevole aiuto per le persone con BPSD maggiori in molte realtà europee. Il passaggio attraverso queste unità permette in molti casi il rientro al domicilio del paziente e garantisce la possibilità di un supporto a tutto il sistema territoriale nella gestione delle demenze.

In termini di sanità pubblica, gli interventi di prima linea per la prevenzione e la gestione dei BPSD dovrebbero essere gli **interventi psicosociali (PSI)** ed in particolare, il primo livello dovrebbe essere rappresentato da programmi psico-educazionali incentrati sulla informazione e **formazione sui BPSD** rivolti ai familiari/caregiver oltre che agli operatori dei servizi. Con l'ausilio di materiale informativo predisposto a cura dei CDCD si dovranno affrontare i temi della gestione non farmacologica dei BPSD e dei rischi legati all'uso degli antipsicotici, diffondendo tale materiale sia a domicilio che nelle strutture residenziali. Ciò in ragione del fatto che i PSI, oltre ad essere efficaci per i disturbi comportamentali (agitazione, aggressività, irritabilità, disturbi del sonno, depressione e comportamenti ripetitivi diversi dalla psicosi) e più sicuri degli antipsicotici, ritardano l'istituzionalizzazione. La maggior parte degli interventi psicosociali devono essere indirizzati ai pazienti e ai loro caregiver, adattati alle esigenze individuali e regolarmente sottoposti a revisione.

Per la valutazione dei disturbi comportamentali del paziente lo strumento di riferimento è il Neuro-Psychiatry Inventory (NPI).

Per un adeguato supporto è necessario valutare lo stress del caregiver (utilizzo di CBI, Zarit, ecc).

5.3 Fase della Continuità Assistenziale

Attori: CDCD, MMG, Assistente sociale responsabile del caso (AS Rdc)

- **Il CDCD** affida al MMG il follow-up del paziente in caso di diagnosi definitiva, stabilizzazione del quadro, sospensione di piani terapeutici per nota 85, sospensione di piano terapeutico per neurolettico atipico, definizione del progetto assistenziale, garantendogli il supporto nei casi di urgenze legati ai disturbi del comportamento e/o di particolare complessità (come ad es. nelle fasi avanzate/terminali). Garantisce la possibilità di un accesso diretto in situazioni particolari su richiesta del MMG ed è a disposizione dei familiari/caregiver del paziente nel fornire informazioni e supporto e nel garantire un loro accesso alle attività presenti sul territorio (es. Caffè Alzheimer, Meeting Center, gruppi di auto-aiuto ecc.).
- **Il MMG** garantisce il controllo del paziente nel periodo intercorrente agli accessi programmati del CDCD; prende in carico il pz con diagnosi di demenza una volta che il quadro clinico si sia stabilizzato e che sia stato definito il Progetto Assistenziale.
- **L'AS Rdc** (che può essere attivata, a seconda dei casi, direttamente dagli interessati, attraverso il MMG, il CDCD, o il servizio ospedaliero), al fine di garantire un corretto e completo percorso assistenziale valuta i bisogni sociali ed assistenziali delle persone con demenza e dei loro familiari/caregiver, informa, attiva risorse e orienta verso i percorsi più appropriati. Quando necessario, attiva l'UVM e sulla base della valutazione multidimensionale, viene elaborato, in condivisione con il paziente e la famiglia/caregiver, il PAI (progetto assistenziale individualizzato) e/o la revisione dello stesso per garantire il servizio più adeguato alle esigenze. Collabora con il Volontariato ed il Terzo Settore attivando reti sociali formali ed informali, interventi individuali e progetti di sensibilizzazione della comunità.

Obiettivi:

- Assicurare precisi riferimenti al paziente e alla sua famiglia;
- Monitorare la malattia e il trattamento;
- Intervenire prontamente e in modo integrato nella gestione dei problemi clinici intercorrenti.

Strumenti: PAI – Integrazione organizzativa e professionale

Attività: attivazione dei servizi della rete territoriale. La rete territoriale dei servizi e delle opportunità a sostegno della persona con demenza e del suo familiare/caregiver prevede⁴:

- Servizi di bassa soglia, per i bisogni legati sia alla prima fase dell'insorgenza della malattia (ad es. Meeting Center) o fasi intermedie (ad es. Caffè Alzheimer); dove l'accesso e l'attivazione del servizio può essere fatto anche direttamente dal familiare/caregiver su

⁴ Per la descrizione della rete territoriale dei servizi e delle opportunità di sostegno alla persona con demenza vedere allegato 6.

indicazioni del CDCD, dell'AS o dall'Associazione;

- Servizi di Assistenza Domiciliare;
- Servizi della rete socio-sanitaria, tradizionali o specialistici (CRA, CDA, Nucleo o CD dedicati etc) e cure Intermedie (OsCO, ecc);
- Cure Palliative.

Modalità di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari

Per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, così come per i servizi specialistici è necessaria l'attivazione delle UVM. L'UVM viene di norma attivata dall'assistente sociale Responsabile del Caso, che, a seconda dei vari modelli organizzativi territoriali, può afferire ai SAA (Servizio Assistenza Anziani), ai PUASS (punto unico di accesso socio-sanitario), al Comune, all'Azienda USL o all'Asp (Azienda Servizi alla Persona).

L'équipe di valutazione multidimensionale territoriale (**UVM**, in cui è presente lo specialista del CDCD) redige, sulla base dei bisogni rilevati ed in base alle preferenze dell'utente e famiglia, il Progetto Assistenziale Individuale (**P.A.I.**) dove sono elencati i bisogni, gli obiettivi, le azioni necessarie e le attività per il raggiungimento di quegli stessi obiettivi, i tempi di verifica e gli indicatori. La modalità di contatto diretto, finalizzato a favorire una gestione congiunta delle varie problematiche che possono insorgere, sono lasciate all'iniziativa di tutti gli attori. Si consigliano, comunque, l'utilizzo del contatto telefonico diretto e/o della comunicazione e-mail, i cui riferimenti vanno sempre riportati nelle rispettive comunicazioni.

Le Associazioni dei familiari

Come evidenziato dal Progetto Regionale Demenze (DGR 990/2016), al fine di migliorare la qualità di vita degli utenti, consentire una maggiore soddisfazione dei bisogni e ridurre la complessità sociale che la condizione di demenza impone, è opportuno che tutti i punti della rete si relazionino con l'associazionismo familiare e il volontariato (anche ai fini dell'integrazione degli interventi pubblici e privati). Le Associazioni collaborano con i Servizi Sanitari e Sociali nella programmazione e realizzazione di diversi interventi con il ruolo fondamentale di favorire percorsi di inclusione sociale, emersione dallo stigma, supporto informale alla famiglia, informazione e sensibilizzazione della cittadinanza. Le Associazioni possono contribuire alla qualificazione e al potenziamento delle risposte ai bisogni all'interno di indicazioni, procedure e protocolli condivisi coi CDCD e con la rete dei servizi.

5.4 Fase Avanzata e delle Cure Palliative

Per demenza in fase avanzata si intende una condizione di disabilità fisica e cognitiva grave che rappresenta lo stadio terminale della malattia. Essa configura lo *stadio 5 della CDRs* o lo *stadio 6 e 7 della Functional Assessment Staging (FAST)*, nel quale il paziente si presenta completamente dipendente nelle ADL, incontinente e severamente compromesso sul versante cognitivo, tanto da non essere più in grado di comunicare con i familiari e i curanti. La fase terminale della malattia è spesso complicata da disfagia, problemi di alimentazione ed episodi infettivi ricorrenti, tanto che particolare attenzione andrà rivolta alla verifica di un inappropriato utilizzo del SNG (Sondino Naso-Gastrico) o PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea), evitando accanimenti terapeutici. Le complicanze su indicate costituiscono eventi sentinella che, in letteratura descritti come Palliative Prognostic Index (PPI), indicano un aumentato rischio di morte nei 6/12 mesi successivi.

Attori principali:

- professionisti che operano nei CDCD
- professionisti che operano nei Nodi della Rete di Cure Palliative (Nodo domicilio/Unità Cure Palliative Domiciliari, Nodo Hospice, Nodo Ospedale, Unità di Valutazione Palliativa). L'equipe dei nodi delle cure palliative sono costituite dal MMG, Medico palliativista, infermiere, OSS, psicologo e le figure ritenute necessarie a raggiungere gli obiettivi del piano assistenziale personalizzato.

Obiettivo: La Legge 38/2010 stabilisce che le cure palliative sono interventi e prestazioni rivolte alle persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie efficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento della vita; la normativa inoltre estende l'attenzione anche al nucleo familiare del malato. Le cure palliative contribuiscono a controllare la sofferenza durante le diverse traiettorie della malattia, ad attenuare gli effetti del declino funzionale con trattamenti appropriati e personalizzati, a garantire una dignitosa qualità della vita residua e della morte. Si tratta pertanto di accompagnare il paziente e i suoi famigliari garantendo dignità e qualità di vita anche attraverso la condivisione delle decisioni maturate all'interno di una pianificazione condivisa e anticipata delle cure.

Strumenti:

- strumenti di stadiazione (FAST, CDR)
- strumenti prognostici (Palliative Performance Scale, Mortality Risk Index Score, ADEPT - Indice di Mitchel)
- Scale di valutazione del dolore, dei sintomi e della qualità di vita per pazienti non competenti (IPOS, ESAS, PAINAD, QUALID).

Modalità di accesso: è garantito l'accesso e la continuità assistenziale di accesso alle cure palliative (punto di governo dell'accesso alla rete). Il Punto di accesso accoglie la domanda assistenziale di cure palliative pervenuta da MMG (nel caso con il CDCD), dai professionisti delle unità operative ospedaliere, dalle strutture residenziali, dall'ADI e attiva il percorso di valutazione multidimensionale e multiprofessionale al fine di individuare il setting assistenziale più idoneo e affidare il paziente all'equipe di base o specialistica.

Attività. La valutazione del paziente avviene nel setting nel quale si trova il paziente al momento della richiesta (domicilio, CRA, ospedale). La difficoltà di definire la speranza di vita nelle persone con demenza avanzata (stadio 5 della CDRs o stadio 6 e 7 della Functional Assessment Staging - FAST) comporta difficoltà nel definire i criteri di accesso alle cure palliative, pertanto, per evitare i rischi di una dolorosa percezione di abbandono e facilitare il graduale passaggio dalle cure attive alle cure palliative, è fondamentale favorire la condivisione del percorso clinico-assistenziale fra le equipe curanti per raggiungere i maggiori benefici con i minori rischi ed effetti indesiderati.

Individuato il setting assistenziale più idoneo, l'equipe curante definirà il Piano assistenziale individuale (PAI). La complessità e la variabilità dei bisogni del malato, in particolare nella fase di fine vita, prevedono rivalutazioni frequenti e una rimodulazione dell'intensità di cura e del setting assistenziale.

Raccomandazioni

- In coerenza con la DGR 560/15, per il paziente non-autosufficiente, il domicilio, inteso come luogo di residenza (incluse le CRA) diventa, il luogo privilegiato per le cure. Al domicilio le cure sono erogate dall'Unità di cure palliative domiciliari (UCPD) attraverso l'attuazione del PAI.
- In coerenza con la DGR 1423/17 "Attuazione del piano sociale e sanitario 2017-2019, la scheda attuativa d'intervento n. 7 "Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della rete di cure palliative", individua quale ambito di sviluppo, la formazione dei professionisti sanitari e socio-assistenziali che operano all'interno delle strutture residenziali per anziani in modo da incrementare una conoscenza diffusa delle cure palliative.

6. MONITORAGGIO

Sono stati individuati una serie di indicatori che consentiranno di monitorare l'intero PDTA nella sua implementazione. Di seguito ne vengono esplicitati i criteri di costruzione (numeratore, denominatore, popolazione di riferimento, fonte dati, etc).

	Indicatori di I livello	NUM	DEN	Pop.di riferim.	Fase PDTA	Flusso	Tempi verifica
1	Tempi medi di erogazione prima visita	Somma dei tempi di attesa per prima visita	n. prime visite	CDCD	1	ASA, Rilevazion e CDCD	Semestrale
2	% pazienti MCI con valutazione neuropsicologica	Numero pazienti MCI con valutazione neuropsicologica	Numero totale pazienti con diagnosi MCI	CDCD	2	Rilevazion e CDCD	Annuale
3	% pazienti con età < 65 anni e valutazione neuropsicologica	Numero pazienti con età < 65 anni e con valutazione neuropsicologica	Numero pazienti con età < 65 anni transitati	CDCD	2	Rilevazion e CDCD	Annuale
4	% pazienti con colloquio psicologico	Numero pazienti con colloquio psicologico	Numero totale pazienti transitati	CDCD	2	Rilevazion e CDCD	Annuale
5	% pazienti con demenza in terapia farmacologica con neurolettici	Numero pazienti con demenza in terapia farmacologica con codice ATC: N05A	Numero totale pazienti con demenza	CDCD	2	AFT + FED + Rilevazion e CDCD	Annuale
6	% pazienti con demenza in terapia farmacologica con nota 85	Numero pazienti con demenza in terapia farmacologica con codice ATC: N06DA02/ N06DA03/ N06DA04/ N06DX01	Numero totale pazienti con demenza	CDCD	2	AFT + FED + Rilevazion e CDCD	Annuale
7	% nuovi casi con demenza in terapia farmacologica con nota 85	Numero nuovi casi con demenza in terapia farmacologica con codice ATC: N06DA02/ N06DA03/ N06DA04/ N06DX01	Numero totale nuovi casi con demenza	CDCD	2	AFT + FED + Rilevazion e CDCD	Annuale
8	Tasso di ricovero in regime ordinario per acuti per DRG 429 per 100.000 abitanti	Numero di ricoveri ordinari per acuti per DRG 429	Numero totale abitanti	AZIEND A USL DI RESIDE NZA	3	SDO	Annuale
9	Tasso di ricovero in regime ordinario per acuti per BPSD	Numero di ricoveri ordinari per acuti per BPSD (codice ICD9-CM: 290.11-13/290.2/290.3/290.41-43/290.8/290.9/294.11/294.21)	Numero totale abitanti	AZIEND A USL DI RESIDE NZA	3	SDO	Annuale
10	% casi con demenza inviati ad UVM	Numero casi con demenza inviati ad UVM	Numero totale casi con demenza	CDCD	3	RACCOLT A AD HOC	Annuale
11	% pazienti con diagnosi di demenza presi in carico ADI-rete cure palliative	Numero pazienti con demenza presi in carico ADI-rete cure palliative	Numero totale pazienti con demenza	DISTRE TTO	3	ADI + Rilevazion e CDCD	Annuale

Verranno altresì calcolati, in continuità con il monitoraggio effettuato in passato e sulla base della possibilità di raccogliere informazioni aggiuntive, ulteriori indicatori di attività.

	Indicatori di II livello	Fase del percorso	Flusso	Tempi verifica
1	N° CDCD per Distretto (bacino di utenza)	1	Anagrafe Assistiti	Annuale
2	n. prime visite	2	ASA	Annuale
3	n. visite di controllo	2	ASA	Annuale
4	n visite urgenti	2	ASA	Annuale
5	n pazienti con prima visita	2	CDCD	Annuale
6	n pazienti con prima visita e diagnosi MCI	2	CDCD	Annuale
7	n pazienti con prima visita e diagnosi Demenza	2	CDCD	Annuale
8	n pazienti con prima visita e diagnosi di esclusione Demenza	2	CDCD	Annuale
9	n pazienti con prima visita in stadio CDRs \geq 3	2	CDCD	Annuale
10	n pazienti con diagnosi di demenza in CRA residenziale	3	FAR	Annuale
11	n pazienti con diagnosi di demenza in centri diurni	3	FAR	Annuale
12	n casi con demenza inviati a interventi psicosociali	3	CDCD	Annuale
13	n casi con demenza inviati a servizi a bassa soglia	3	CDCD	Annuale
14	n casi con demenza inviati alla rete informale	3	CDCD/ASSOCIAZIONI	Annuale
15	n pazienti con diagnosi di demenza deceduti	4	Anagrafe Assistiti	Annuale

Alcuni degli indicatori sopra indicati saranno calcolati automaticamente attraverso i flussi informativi, mentre altri verranno calcolati dopo raccolta e trasmissione delle informazioni necessarie da parte dei responsabili aziendali e/o territoriali per il progetto demenze (vedi colonna flusso).

Alla rilevazione seguirà una reportistica annuale che riporterà aggregazioni aziendali/distrettuali/di CDCD a seconda della specificità di ciascun indicatore.

7. LISTA DI DISTRIBUZIONE

Il presente percorso e gli aggiornamenti vengono distribuiti in ogni Ausl – AOU – IRCCS - UDP - Asp -Terzo settore - secondo la seguente lista di distribuzione:

Qualifica	Struttura
Direttori generali	Aziende USL - AOU – IRCCS RER
Direttori Sanitari	Aziende USL - AOU – IRCCS RER
Direttori Distretto	Aziende USL
Direttori dipartimenti cure primarie	Aziende USL Rer
Direttori generali	Asp
Direttori attività socio-sanitarie	Aziende USL
Responsabili case della salute	Aziende USL
Responsabili aziendali progetto demenze	Aziende USL e AOU RER
Responsabili CDCD	Aziende USL e AOU RER
Responsabili servizi sociali dei Comuni sede di Distretto	Comuni
Responsabili area Anziani Asp	Asp
Responsabili Uffici di piano	Comuni
Associazioni dei familiari	Sedi di competenza

Loro tramite vengono implementati i percorsi locali e distribuiti a tutto il personale ed interlocutori interessati.

LEGENDA

AD	Assistenza Domiciliare
ADEPT	Advanced Dementia Prognostic Tool
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
Asp	Azienda Servizi alla persona
AS Rdc	Assistente sociale responsabile del caso
AOU	Azienda Ospedaliero Universitaria
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale
CDA	Centro Diurno Anziani
CDCD	Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze
CDRs	Clinical Dementia Rating Scale
CRA	Casa Residenza per Anziani non autosufficienti
CSM	Centro salute mentale
DGR	Delibera di Giunta regionale
DRG	Diagnosis-Related Group
ESAS	Edmonton Symptom Assessment Scale
FAST	Functional Assessment Staging
GpCOG	General practioner Cognitive
IPOS	Intergrated Palliative care Outcome Scale
IRCCS	Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
MCI	Mild cognitive impairment
MMG	Medico di Medicina Generale
MRI	Mortality Risk Index
NPI	Neuropsychiatric Inventory
OsCO	Ospedale di Comunità
PAI	Progetto Assistenziale Individualizzato
PAINED	Pain Assessment In Advanced Dementia
PARE	Post Acuzie Riabilitazione Estensiva
PEG	Gastrostomia Endoscopica Percutanea
PI	Progetto Individuale
PPS	Palliative Performance Scale
PS	Pronto soccorso
PUA	Punto unico di accesso
PUASS	Punto unico di accesso socio-sanitario
QUALID	Quality of Life in Late-Stage Dementia
RER	Regione Emilia-Romagna
SAA	Servizio assistenza anziani
SNG	Sondino Naso-Gastrico
SSR	Servizio Sanitario Regionale
SSR	Servizio sanitario regionale
TSO	Trattamento sanitario obbligatorio
UASS	Unità Attività Socio-Sanitarie
UCPD	Unità di cure palliative domiciliari
UVM	Unità di valutazione Multidimensionale

ALLEGATI

Allegato 1 Lista prestazioni CDCD per il flusso ASA

CODICE NOMENCLATORE REGIONALE (CODICE DM)	CODICE SOLE	ATTIVITA'	DESCRIZIONE da inserire nell'impegnativa	QUESITO DIAGNOSTICO
89.07	1989.001	Prima valutazione disturbi cognitivi	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO Valutazione multidimensionale geriatrica d' équipe	INVIARE AL CDCD
89.01	2062.001	Visita di controllo	Visita geriatrica per controllo	INVIARE AL CDCD
89.13	0865.001	Prima valutazione neurologica per disturbi cognitivi	Visita neurologica	INVIARE AL CDCD
89.7	2155.001	Visita geriatrica	Visita geriatrica	INVIARE AL CDCD
89.01.C	2064.001	Visita di controllo neurologica	Visita neurologica per controllo	INVIARE AL CDCD

Allegato 2 (all. 2 alla determina 18033 del 13 novembre 2017)

Centri autorizzati Regione Emilia-Romagna

Nota AIFA n° 85: Donepezil, Galantamina, Rivastigmina, Memantina		
CENTRI PER LE DEMENZE / PER LE I DISTURBI COGNITIVI DELL'ADULTO		
AZIENDA		
Azienda USL di PIACENZA	DISTRETTO URBANO	presso Ospedale Civile, via delle Valli 5 - 29100 Piacenza
	DISTRETTO LEVANTE	presso Ambulatorio, via Libertà, 6 - 29016 Cortemaggiore (Pc) presso Istituto P. Verani, viale Vittoria, 8 - 29017 Fiorenzuola D'Arda (Pc) Presso Casa della Salute di Podenzano presso Poliambulatori Via De Amicis 1/A, angolo Via Europa, Bettola (Pc)
	DISTRETTO DI PONENTE	presso Presidio Ospedaliero, via Garibaldi 1 - Bobbio (Pc) presso Poliambulatori, via 2 Giugno - Castel San Giovanni (Pc)
Azienda USL di PARMA	DISTRETTO DI PARMA	presso Centro Servizi Anziani Sidoli, via G. Del Campo, 12 - 43123 Parma
	DISTRETTO SUD-EST	presso Polo socio-sanitario, via Roma, 42/1 - 43013 Langhirano (Pr)
	DISTRETTO DI FIDENZA	presso Centro via Don Tincati, 2 - 43036 Fidenza loc. Vaio (Pr) presso Poliambulatori, piazza Martiri della Libertà, 24 - 43017 S. Secondo Parmense (Pr) presso Fondazione Pallavicini, Centro Diurno Intercomunale, via XXV Aprile, 6/8 - 43011 Busseto (Pr)
	DISTRETTO VALLI TARO E CENO	presso Poliambulatori, via Benefattori, 12 - 43043 Borgotaro (Pr) presso Polo Sanitario, via Solferino, 37 - 43045 Fornovo (Pr)
Azienda USL di REGGIO EMILIA	DISTRETTO DI REGGIO EMILIA	presso Arcispedale S. Maria Nuova, Neurologia, viale Risorgimento, 80 - Reggio Emilia presso RSA Giovanni XXIII, via Papa Giovanni XXIII, 16 - Albinea (Re)
	DISTRETTO DI CASTELNUOVO NE' MONTI	presso Ospedale S. Anna, via Roma 2 - 42035 Castelnovo né Monti (Re)
	DISTRETTO DI MONTECCHIO	presso Ospedale "E. Franchini", via Emilia, 16 - 42027 Montecchio (Re)
	DISTRETTO DI SCANDIANO	presso Ospedale "C. Magati", via Martiri Libertà, 6 - 42019 Scandiano (Re)
	DISTRETTO DI GUASTALLA	presso Ospedale Guastalla, via Donatori di Sangue, 1 - 42016 Guastalla (Re)
Azienda USL di MODENA	DISTRETTO DI CORREGGIO	presso Poliambulatori, via Circondaria, 26 - 42015 Correggio (Re)
	Arcispedale S. Maria Nuova	presso Arcispedale S. Maria Nuova, Neurologia, viale Risorgimento, 80 - Reggio Emilia
	DISTRETTO DI MODENA	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - ex-Ospedale Estense, V.le V. Veneto, 9 - Modena Sede di Villa Igea - via Stradella 73 - Saliceta San Giuliano - Modena
	DISTRETTO DI CARPI	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - U.O. Neurologia Ospedale Carpi via G. Molinari, 2 - 41012 Carpi (Mo) Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - Distretto di Carpi - Piazzale Donatori di sangue, 3 - Carpi (Mo)
	DISTRETTO DI MIRANDOLA	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - presso Distretto - via L. Smerieri 1/A (piano terra - ingresso 6) - Mirandola (Mo)
	DISTRETTO DI SASSUOLO	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - Poliambulatori - Via F.lli Cairoli 19 - 41049 Sassuolo
	DISTRETTO DI PAVULLO NEL FRIGNANO	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - U.O. di Geriatria - Ospedale di Pavullo - via S.G.B. Cottolengo - Pavullo nel Frignano (Mo)
	DISTRETTO DI VIGNOLA	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - via Libertà, 799 - Vignola (Mo)
	DISTRETTO DI CASTELFRANCO EMILIA	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - presso Casa della Salute Castelfranco - Via Costa, 8 - 41013 - Castelfranco Emilia (MO)
	AOU Modena	OCSAE Neurologia (Presso Ambulatorio Disturbi Cognitivi) Geriatria (Presso Ambulatorio Disturbi Cognitivi)
	DISTRETTO RENO, LAVINO E SAMOGGIA	presso Poliambulatori, via Cimarosa 5/2 - Casalecchio di Reno (Bo)
	DISTRETTO SAN LAZZARO DI SAVENA	presso Poliambulatori, via Repubblica - San Lazzaro di Savena (Bo)
	DISTRETTO DELL'APPENNINO BOLOGNESE	presso Ospedale, via O. Zagnoni, 5 - Porretta Terme (Bo)
Azienda USL di BOLOGNA	DISTRETTO PIANURA EST	presso Polo Sanitario "Anacleto Bonora", via Asia, 61 - San Pietro in Casale (Bo)
	DISTRETTO PIANURA EST	presso Poliambulatorio via Marconi, 16 - Castenaso (Bo)
	DISTRETTO PIANURA OVEST	presso Polo Sanitario Via della Libertà, 171 - sede provvisoria presso Casa della salute viale della Pace s.n.c. - Crevalcore (Bo)
	DISTRETTO DI BOLOGNA	presso poliambulatorio di via G. Byron 30, Bologna
	DISTRETTO CITTA' DI BOLOGNA	presso poliambulatorio di via G. Byron 30, Bologna
	IRCCS	presso Ospedale Bellaria, UOC Clinica Neurologica (IRCCS ISNB), via Altura, 3 - 40139 Bologna
Azienda Ospedaliero-Universitaria di		presso Ospedale Bellaria, UOC Neurologia OB (IRCCS ISNB), via Altura, 3 - 40139 Bologna
Azienda USL di IMOLA	DISTRETTO	presso Ospedale Sant'Orsola-Malpighi, Centro delegato Demenze Disturbi comportamentali - pad.Albertoni - Geriatria Lunardelli (delegato ausl) presso Poliambulatori, Via Amendola, 8 - Imola (Bo)
Azienda USL di FERRARA	DISTRETTO CENTRO-NORD	Salute Anziani c/o Casa Salute Copparo (Fe) - UO Anziani e Disabili adulti Dott. Pirani presso Casa Protetta G. B. Plattis, via Vicini, 15 - Cento (Fe) UO Anziani e Disabili adulti e U.O. Lungodegenza Cento
	DISTRETTO OVEST	Salute Anziani (UO Anziani e Disabili adulti) e Geriatri U.O. Lungodegenza CENTO presso Ospedale di Bondeno, via Dazio, 113 - Bondeno (Fe)
	DISTRETTO SUD-EST	Salute Anziani (UO Anziani e Disabili adulti) presso ex Ospedale Carlo Eppi - via De Amicis, 22 - Portomaggiore (Fe) Salute Anziani e Geriatri U.O. Lungodegenza CENTO presso Presidio Ospedaliero Est, Ospedale dei Denti, via valle Oppio - Lagusanto (Fe)
Azienda Ospedaliero-Universitaria di FERRARA		presso Arcispedale S. Anna, Unità operative di Geriatria, Neurologia, Medicina interna - via A. Moro 8 - Cona - Ferrara
AUSL Romagna Amb. Terr. Ravenna	DISTRETTO DI FAENZA	presso Presidio Ospedaliero Faenza, Servizio Geriatrico, viale Stradone, Faenza (Ra)
	DISTRETTO DI RAVENNA	presso Presidio Ospedaliero di Ravenna, Ambulatorio Geriatrico, via Fiume Abbandonato, 134 - Ravenna Presso Ambulatorio Disturbi Cognitivi, via Ospedale - Cervia (Ra)
	DISTRETTO DI LUGO	presso Presidio Ospedaliero di Lugo, Ambulatorio Geriatrico, viale Masi, 4 - Lugo (Ra)
AUSL Romagna Amb. Terr. Forlì	DISTRETTO DI FORLÌ	presso Ospedale Pierantoni Unità operativa di Geriatria e Neurologia, via Forlanini, 34 - Forlì
AUSL Romagna Amb. Terr. Cesena	DISTRETTO DI CESENA VALLE DEL SAVIO	presso Ospedale Bufalini - Unità operativa di Neurologia, viale Ghirotti, 286, Cesena presso Ospedale Bufalini - Unità operativa di Geriatria via Ghirotti 286, Cesena
	DISTRETTO DI SAVIGNANO SUL RUBICONE	presso Ambulatorio Corso Perticari 119 - Savignano sul Rubicone (Fc)
AUSL Romagna Amb. Terr. Rimini	Ospedale Rimini	CEDEM Centro della memoria, Consultorio/Centro Esperto Demenze - Dipartimento Cure Primarie Rimini e Riccione

pagina 45 di 124

Nota AIFA n° 85: Donepezil, Galantamina, Rivastigmina, Memantina		
CENTRI PER LE DEMENZE / PER LE I DISTURBI COGNITIVI DELL'ADULTO		
AZIENDA		
Azienda USL di PIACENZA	DISTRETTO URBANO	presso Ospedale Civile, via delle Valli 5 - 29100 Piacenza presso Ambulatorio, via Libertà, 6 - 29016 Cortemaggiore (Pc)
	DISTRETTO LEVANTE	presso Istituto P. Verani, viale Vittoria, 8 - 29017 Fiorenzuola D'Arda (Pc) Presso Casa della Salute di Podenzano presso Poliambulatori Via De Amicis 1/A, angolo Via Europa, Bettola (Pc)
	DISTRETTO DI PONENTE	presso Presidio Ospedaliero, via Garibaldi 1 - Bobbio (Pc) presso Poliambulatori, via 2 Giugno - Castel San Giovanni (Pc)
Azienda USL di PARMA	DISTRETTO DI PARMA	presso Centro Servizi Anziani Sidoli, via G. Del Campo, 12 - 43123 Parma
	DISTRETTO SUD-EST	presso Polo socio-sanitario, via Roma, 42/1 - 43013 Langhirano (Pr) presso Centro via Don Tincati, 2 - 43036 Fidenza loc. Vaio (Pr)
	DISTRETTO DI FIDENZA	presso Poliambulatori, piazza Martiri della Libertà, 24 - 43017 S. Secondo Parmense (Pr) presso Fondazione Pallavicini, Centro Diurno Intercomunale, via XXV Aprile, 6/8 - 43011 Busseto (Pr)
	DISTRETTO VALLI TARO E CENO	presso Poliambulatori, via Benefattori, 12 - 43043 Borgotaro (Pr) presso Polo Sanitario, via Solferino, 37 - 43045 Fornovo (Pr)
Azienda USL di REGGIO EMILIA	DISTRETTO DI REGGIO EMILIA	presso Arcispedale S. Maria Nuova, Neurologia, viale Risorgimento, 80 - Reggio Emilia presso RSA Giovanni XXIII, via Papa Giovanni XXIII, 16 - Albinea (Re)
	DISTRETTO DI CASTELNUOVO NE' MONTI	presso Ospedale S. Anna, via Roma 2 - 42035 Castelnuevo né Monti (Re)
	DISTRETTO DI MONTECCHIO	presso Ospedale "E. Franchini", via Emilia, 16 - 42027 Montecchio (Re)
	DISTRETTO DI SCANDIANO	presso Ospedale "C. Magati", via Martiri Libertà, 6 - 42019 Scandiano (Re)
	DISTRETTO DI GUASTALLA	presso Ospedale Guastalla, via Donatori di Sangue, 1 - 42016 Guastalla (Re)
Azienda USL di MODENA	DISTRETTO DI CORREGGIO	presso Poliambulatori, via Circondaria, 26 - 42015 Correggio (Re)
	Arcispedale S. Maria Nuova	presso Arcispedale S. Maria Nuova, Neurologia, viale Risorgimento, 80 - Reggio Emilia
	DISTRETTO DI MODENA	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - ex-Ospedale Estense, V.le V. Veneto, 9 - Modena Sede di Villa Igea - via Stradella 73 - Saliceta San Giuliano- Modena
	DISTRETTO DI CARPI	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze 2° livello U.O. Neurologia Ospedale Carpi via G. Molinari, 2 - 41012 Carpi (Mo) Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - Distretto di Carpi - Piazzale Donatori di sangue, 3 - Carpi (Mo)
	DISTRETTO DI MIRANDOLA	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - presso Distretto - via L. Smerieri 1/A (piano terra - ingresso 6) - Mirandola (Mo)
	DISTRETTO DI SASSUOLO	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - Poliambulatori - Via F.lli Cairoli 19 - 41049 Sassuolo
	DISTRETTO DI PAVULLO NEL FRIGNANO	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - U.O. di Geriatria - Ospedale di Pavullo - via S.G.B. Cottolengo - Pavullo nel Frignano (Mo)
	DISTRETTO DI VIGNOLA	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - via Libertà, 799 - Vignola (Mo)
	DISTRETTO DI CASTELFRANCO EMILIA	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - presso Casa della Salute Castelfranco - Via Costa, 8 - 41013 - Castelfranco Emilia (MO)
	AOU Modena	OCSAE Neurologia (Presso Ambulatorio Disturbi Cognitivi) Geriatria (Presso Ambulatorio Disturbi Cognitivi)
	DISTRETTO RENO, LAVINO E SAMOGGIA	presso Poliambulatori, via Cimarosa 5/2 - Casalecchio di Reno (Bo)
	DISTRETTO SAN LAZZARO DI SAVENA	presso Poliambulatori, via Repubblica - San Lazzaro di Savena (Bo)
	DISTRETTO DELL'APPENNINO BOLOGNESE	presso Ospedale, via O. Zagnoni, 5 - Porretta Terme (Bo)
		pagina 45 di 124
Azienda USL di BOLOGNA	DISTRETTO PIANURA EST	presso Polo Sanitario "Anacleto Bonora", via Asia, 61 - San Pietro in Casale (Bo)
	DISTRETTO PIANURA EST	presso Poliambulatorio via Marconi, 16 - Castenaso (Bo)
	DISTRETTO PIANURA OVEST	presso Polo Sanitario Via della Libertà, 171 - sede provvisoria presso Casa della salute viale della Pace s.n.c. - Crevalcore (Bo)
	DISTRETTO DI BOLOGNA	presso poliambulatorio di via G. Byron 30, Bologna
	DISTRETTO CITTA' DI BOLOGNA	presso poliambulatorio di via G. Byron 30, Bologna
	IRCCS	presso Ospedale Bellaria, UOC Clinica Neurologica (IRCCS ISNB), via Altura, 3 - 40139 Bologna
Azienda Ospedaliero-Universitaria di	IRCCS	presso Ospedale Bellaria, UOC Neurologia OB (IRCCS ISNB), via Altura, 3 - 40139 Bologna
Azienda Ospedaliero-Universitaria di		presso Ospedale Sant'Orsola-Malpighi, Centro delegato Demenze Disturbi comportamentali - pad. Albertoni - Geriatria Lunardelli (delegato ausl)
Azienda USL di IMOLA	DISTRETTO	presso Poliambulatori, Via Amendola, 8 - Imola (Bo)
Azienda USL di FERRARA	DISTRETTO CENTRO-NORD	Salute Anziani c/o Casa Salute Copparo (Fe) - UO Anziani e Disabili adulti
	DISTRETTO OVEST	Dott. Pirani presso Casa Protetta G. B. Plattis, via Vicini, 15 - Cento (Fe) UO Anziani e Disabili adulti e U.O. Lungodegenza Cento Salute Anziani (UO Anziani e Disabili adulti) e Geriatri U.O. Lungodegenza CENTO presso Ospedale di Bondeno, via Dazio, 113 - Bondeno (Fe)
	DISTRETTO SUD-EST	Salute Anziani (UO Anziani e Disabili adulti) presso ex Ospedale Carlo Eppi - via De Amicis, 22 - Portomaggiore (Fe) Salute Anziani e Geriatri U.O. Lungodegenza UO CIA presso Presidio Ospedaliero est. Ospedale dei Betta' via vate Uppio - Lagorai (Fe)
Azienda Ospedaliero-Universitaria di FERRARA		presso Arcispedale S. Anna, Unità operative di Geriatria, Neurologia, Medicina interna - via A. Moro 8 - Cona - Ferrara
AUSL Romagna Amb. Terr. Ravenna	DISTRETTO DI FAENZA	presso Presidio Ospedaliero Faenza, Servizio Geriatrico, viale Stradone, Faenza (Ra)
	DISTRETTO DI RAVENNA	presso Presidio Ospedaliero di Ravenna, Ambulatorio Geriatrico, via Fiume Abbandonato, 134 - Ravenna Presso Ambulatorio Disturbi Cognitivi, via Ospedale - Cervia (Ra)
	DISTRETTO DI LUGO	presso Presidio Ospedaliero di Lugo, Ambulatorio Geriatrico, viale Masi, 4 - Lugo (Ra)
AUSL Romagna Amb. Terr. Forlì	DISTRETTO DI FORLÌ	presso Ospedale Pierantoni Unità operativa di Geriatria e Neurologia, via Forlanini, 34 - Forlì
AUSL Romagna Amb. Terr. Cesena	DISTRETTO DI CESENA VALLE DEL SAVIO	presso Ospedale Bufalini - Unità operativa di Neurologia, viale Ghirotti, 286, Cesena presso Ospedale Bufalini - Unità operativa di Geriatria via Ghirotti 286, Cesena presso Ambulatorio via Gadda, 120 - Cesena
	DISTRETTO DI SAVIGNANO SUL RUBICONE	presso Ambulatorio Corso Perticari 119 - Savignano sul Rubicone (Fc)
AUSL Romagna Amb. Terr. Rimini	Ospedale Rimini	CEDEM Centro della memoria, Consultorio/Centro Esperto Demenze - Dipartimento Cure Primarie Rimini e Riccione

Allegato 3 CDCD in Emilia-Romagna

Centri per i disturbi cognitivi e demenze							
COD_USL	AUSL	ID STRUT	DENOMINAZIONE STRUTTURA EROGATA	INDIRIZZO	COMUNE	DENOMINAZIONE STRUTTURA FISICA	INDIRIZZO STRUTTURA FISICA
101	PC	280	CDCD DI BETTOLA	VIA DE AMICIS 1/A	BETTOLA	CASA DELLA SALUTE BETTOLA	VIA DE AMICIS 1/A
101	PC	3	CDCD DI BOBBIO	VIALE GARIBALDI 1	BOBBIO	OSCO BOBBIO (EX OSPEDALE)	VIALE GARIBALDI 1
101	PC	2	CDCD DI CASTEL SANGIOVANNI	VIALE 2 GIUGNO	CASTEL SAN GIOVANNI	OSPEDALE CASTEL SAN GIOVANNI	VIALE 2 GIUGNO
101	PC	5	CDCD DI CORTEMAGGIORE	VIA LIBERTÀ 6	CORTEMAGGIORE	CASA DELLA SALUTE CORTEMAGGIORE	VIA LIBERTÀ 6
101	PC	6	CDCD DI FIORENZUOLA D'ARDA	VIA ROMA 35	FIORENZUOLA	OSPEDALE FIORENZUOLA D'ARDA	VIA ROMA 29
101	PC	222	CDCD DI PIACENZA	STRADA DELLE VALLI 5	PIACENZA	DSM PIACENZA BREVE DEGENZA	STRADA DELLE VALLI 5
101	PC	42007	CDCD DI PODENZANO	VIA DANTE ALIGHIERI 18	PODENZANO	CASA DELLA SALUTE DI PODENZANO	VIA DANTE ALIGHIERI 18
102	PR	1069	CDCD DI BEDONIA	PIAZZA CADUTI PATRIA 1	BEDONIA	CASA DELLA SALUTE BEDONIA	PIAZZA CADUTI PATRIA 1
102	PR	10	CDCD DI BORGOTARO	VIA BENEFATTORI 12	BORGOTARO	OSPEDALE "S.MARIA" BORGO VAL DI TARO E AMBULATORI DISTR	VIA BENEFATTORI 12
102	PR	1046	CDCD DI BUSSETO	VIA PAGANINI 13	BUSSETO	CASA DELLA SALUTE CLAUDIO CAROSINO (BUSSETO)	VIA PAGANINI 13
102	PR	8	CDCD DI FIDENZA	VIA DON TINCATI 2	FIDENZA	OSPEDALE FIDENZA E AMBULATORI DISTRETTO	VIA DON TINCATI 5
102	PR	21785	CDCD DI FONTANELLATO	VIA XXIV MAGGIO 15	FONTANELLATO	CASA DELLA SALUTE DI FONTANELLATO (PR)	VIA XXIV MAGGIO 15
102	PR	1071	CDCD DI FORNOVO	VIA SOLFERINO 37	FORNOVO	POLIAMBULATORIO FORNOVO	VIA SOLFERINO 37
102	PR	1041	CDCD DI LANGHIRANO	VIA ROMA 42	LANGHIRANO	CASA DELLA SALUTE LANGHIRANO	VIA ROMA 42/1
102	PR	1119	CDCD DI PARMA	VIA VERONA 36/A	PARMA	POLO SANITARIO WILMA PRETI	VIA VERONA 36/A
102	PR	41867	CDCD DI SAN SECONDO	PIAZZA MARTIRI DELLA LIBERTÀ 24	SAN SECONDO	CASA DELLA SALUTE 'SAN SECONDO'	PIAZZA MARTIRI DELLA LIBERTÀ 24
103	RE	1243	CDCD REGGIO EMILIA	VIA GIOVANNI XXIII 16	ALBINEA	RSA GIOVANNI XXIII	VIA GIOVANNI XXIII 16
103	RE	27648	CDCD CASTELNOVO NE' MONTI	VIA ROMA 2	CASTELNOVO NE' MONTI	STRUTTURA POLIFUNZIONALE AUSL	VIA ROMA 5
103	RE	13	CDCD CORREGGIO	VIA MANDRIOLO SUPERIORE 11	CORREGGIO	OSPEDALE "S. SEBASTIANO" CORREGGIO	VIA MANDRIOLO SUPERIORE 11
103	RE	12	CDCD GUSTALLA	VIALE DONATORI DEL SANGUE 1	GUASTALLA	OSPEDALE CIVILE GUASTALLA	VIALE DONATORI DEL SANGUE 1
103	RE	42011	CDCD MONTECCHIO	VIA SARAGAT 11	MONTECCHIO	CASA DELLA SALUTE, SANITÀ PUBBLICA E DI COMUNITÀ "LORENZ	VIA SARAGAT 11
103	RE	14	CDCD SCANDIANO	VIA MARTIRI DELLA LIBERTÀ 6	SCANDIANO	OSPEDALE "G. MAGATI" SCANDIANO	VIA MARTIRI DELLA LIBERTÀ 6
104	MO	16	CDCD 20 LIVELLO C/O U.O. NEUROLOGIA OSP	VIA G. MOLINARI, 2	CARPI	OSPEDALE BERNARDINO RAMAZZINI CARPI	VIA G. MOLINARI, 2
104	MO	1532	CDCD CARPI	PIAZZALE DONATORI DI SANGUE, 3	CARPI	POLIAMBULATORIO DISTRETTO N.1 - CARPI	PIAZZALE DONATORI DI SANGUE, 3
104	MO	19	CDCD CASTELFRANCO EMILIA	PIAZZALE GRAZIA DELEDDA	CASTELFRANCO	CASA DELLA SALUTE "REGINA MARGHERITA" CASTELFRANCO EM	PIAZZALE GRAZIA DELEDDA
104	MO	1597	CDCD MIRANDOLA	VIA SMERIERI, 1/A	MIRANDOLA	POLO SANITARIO DI MIRANDOLA	VIA SMERIERI, 3
104	MO	1551	CDCD MODENA	VIALE VITTORIO VENETO, 9	MODENA	POLIAMBULATORIO DISTRETTUALE ESTENSE (DISTRETTO N.3)	VIALE VITTORIO VENETO, 9
104	MO	22	CDCD PAVULLO	VIA SUORE DI S. G. B. COTTOLENGO	PAVULLO	OSPEDALE DI PAVULLO NEL FRIGNANO - DISTRETTO 5	VIA SUORE DI S. G. B. COTTOLENGO 5
104	MO	1565	CDCD SASSUOLO	VIA FRATELLI CAIROLI 19	SASSUOLO	POLIAMBULATORIO AUSL DI MODENA SEDE DISTRETTUALE SASSU	VIALE F. LLI CAIROLI 19
104	MO	49693	CDCD VIGNOLA	VIA LIBERTÀ 799	VIGNOLA	CDCD VIGNOLA	VIA LIBERTÀ 799
105	BO	36	CDCD BOLOGNA BELLARIA	VIA ALTURA 3	BOLOGNA	OSPEDALE BELLARIA	VIA ALTURA 3
105	BO	1875	CDCD BOLOGNA	VIA BYRON 30	BOLOGNA	POLIAMBULATORIO BYRON	VIA BYRON 30
105	BO	25	CDCD ALTO RENO TERME (PORRETTA)	VIA ORESTE ZAGNONI 5	ALTO RENO TERME (PORR	OSPEDALE "A. COSTA" PORRETTA TERME	VIA ORESTE ZAGNONI N. 3-5
105	BO	42387	CDCD CASALECCHIO	PIAZZALE RITA LEVI MONTALCINI, 5	CASALECCHIO	CASA DELLA SALUTE DI CASALECCHIO DI RENO	PIAZZALE RITA LEVI MONTALCINI 5-7-9
105	BO	2006	CDCD CASTENASO	VIA MARCONI 16	CASTENASO	AMB. E SERVIZI - CASTENASO	VIA MARCONI 16
105	BO	1955	CDCD CREVALCORE	VIALE LIBERTÀ 171	CREVALCORE	CASA DELLA SALUTE BARBERINI	VIA LIBERTÀ 171
105	BO	1963	CDCD SAN LAZZARO	VIA REPUBBLICA 11	SAN LAZZARO	CASA DELLA SALUTE DI SAN LAZZARO DI SAVENA	VIA DELLA REPUBBLICA 11
105	BO	1926	CDCD SAN PIETRO IN CASALE	VIA ASIA 61	SAN PIETRO IN CASALE	CASA DELLA SALUTE SAN PIETRO IN CASALE-GALLIERA (BO)	VIA ASIA 61
105	BO	26	CDCD VERGATO	VIA DELL'OSPEDALE 1	VERGATO	CASA DELLA SALUTE E OSPEDALE VERGATO (BO)	VIA DELL'OSPEDALE 1
105	BO	1906	CDCD CASTIGLIONE DEI PEPOLI	VIA SENSI 12	CASTIGLIONE DEI PEPOLI	POLIAMBULATORIO CASTIGLIONE DEI PEPOLI	VIA SENSI 12
106	IM	2078	CENTRO DISTRETTUALE PER I DISTURBI COGNITIVI	VIALE AMENDOLA, 8	IMOLA	POLO SANITARIO TERRITORIALE "OSPEDALE VECCHIO"	VIALE AMENDOLA, 8
109	FE	38	CDCD BONDENO	VIA DAZIO 113	BONDENO	CASA DELLA SALUTE BONDENO (FE)	VIA DAZIO 113
109	FE	17322	CDCD CENTO	VIA VICINI 5	CENTO	FONDAZIONE CASA PROTETTA G. B. PLATTIS ONLUS	VIA VICINI 5
109	FE	4846	CDCD COPPARO	VIA ROMA, 18	COPPARO	CASA DELLA SALUTE "TERRE E FIUMI" COPPARO (FE)	VIA ROMA, 18
109	FE	8036	CDCD LAGOSANTO	VIA VALLE OPPIO 2	LAGOSANTO	OSPEDALE DEL DELTA	VIA VALLE OPPIO 2
109	FE	40	CDCD PORTOMAGGIORE	VIA EDMONDO DE AMICIS 22	PORTOMAGGIORE	CASA DELLA SALUTE PORTOMAGGIORE E OSTELLATO (FE)	VIA EDMONDO DE AMICIS 22
114	RA	499	CDCD CERVIA	VIA OSPEDALE 17	CERVIA	CASA DELLA SALUTE SAN GIORGIO DI CERVIA	VIA OSPEDALE 17
114	CE	52	CDCD CESENA	VIALE GHIROTTI, 286	CESENA	OSPEDALE "M. BUFALINI" CESENA	VIALE GHIROTTI, 286
114	CE	3049	CDCD CESENA	VIA GADDA, 120	CESENA	CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE	VIA GADDA, 120
114	RA	47	CDCD FAENZA	VIALE STRADONE, 9	FAENZA	PRESIDIO OSPEDALIERO DI FAENZA "OSPEDALE DEGLI INFERMI "	VIALE STRADONE, 9
114	FO	48	CDCD FORLÌ	VIA FORLANINI 34	FORLÌ	OSPEDALE G. B. MORGAGNI - P. L. PIERANTONI	VIA FORLANINI 34
114	RA	46	CDCD LUGO	VIALE DANTE, 10/8	LUGO	PRESIDIO OSPEDALIERO DI LUGO	VIALE DANTE, 10/8
114	RA	403	CDCD RAVENNA	VIA FIUME ABBANDONATO 134	RAVENNA	CENTRO DI MEDICINA E PREVENZIONE	VIA FIUME ABBANDONATO 134
114	RN	18276	CDCD RICCIONE	VIALE TOSCANA 62	RICCIONE	RESIDENZA FELICE PULLE'	VIALE TOSCANA 62/-
114	RN	56	CDCD RIMINI	VIA PUBLIO NASONE OVIDIO 13	RIMINI	OSPEDALE "INFERMI" RIMINI	VIALE SETTEBRINI 2
114	CE	793	CDCD SAVIGNANO SUL RUBICONE	CORSO GIULIO PERTICARI 119	SAVIGNANO SUL RUBICO	CASA DELLA SALUTE RUBICONE (SAVIGNANO)	CORSO GIULIO PERTICARI 119
904	MO	35	CDCD OCSAE - NEUROLOGIA	VIA GIARDINI 1355	MODENA	NUOVO OSPEDALE CIVILE S. AGOSTINO - ESTENSE	VIA GIARDINI 1355
904	MO	35	CDCD OCSAE - GERIATRIA	VIA GIARDINI 1355	MODENA	NUOVO OSPEDALE CIVILE S. AGOSTINO - ESTENSE	VIA GIARDINI 1355
908	BO Aosl	147	CDCD S. ORSOLA MALPIGHI BOLOGNA	VIA GIUSEPPE MASSARENTI 9	BOLOGNA	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA POLICLINIC	VIA GIUSEPPE MASSARENTI 9
909	FE	22165	CDCD AOU Ferrara (UO Neurologia, Geriatria)	VIA ALDO MORO 8	FERRARA	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA	VIA ALDO MORO 8

CDCD = Centro per i disturbi cognitivi e Demenze – CDC = Centro per i disturbi cognitivi

Allegato 4 Elenco Strumenti Qualitativi e Quantitativi per la Valutazione Cognitiva, Affettiva e Funzionale

Valutazione cognitiva

- Mini Mental state Examination (taratura Magni,1996-CRONOS)
- Digit span (taratura Carlesimo et al, 2013)
- Test di Corsi (taratura Carlesimo et al, 2013)
- 15 parole di Rey (versione in MDB)
- Fig.complessa di Rey-Osterreith- recall (Caffarra et al. 2002)
- Memoria di Prosa (taratura Carlesimo et al, 2002)
- Trail Making Test (taratura Giovagnoli et al, 1996)
- Test delle Matrici Attentive (taratura Della Sala et al.,1992)
- Test di Stroop (taratura Caffarra et al, 2002)
- Denominazione visiva (Versione Sartori et al, 1988, 1992)
- Fluenza verbale fonemica (taratura Costa et al, 2013)
- Fluenza verbale semantica (taratura Costa et al, 2013)
- Fig.complessa di Rey-Osterreith-copia (Caffarra et al. 2002)
- Frontal Assessment Battery (taratura Appollonio et. al, 2005)
- Matrici Progressive Colorate di Raven (PM-47)Versione in MDB
- Test dell'Orologio (Vers. Freedman, taratura Caffarra et al, 2011)
- Weigl's Sorting Test (taratura Laiacona et al, 2000)
- Test di Copia con e Senza Elementi di Programmazione:CD (versione in MDB)
- Copia di disegni Spinnler e Tognoni (taratura Spinnler e Tognoni,1987)

Valutazione Funzionale

- ADL (Kats,1970)
- IADL(Lawton M.P. e Brody E.M., Gerontologist, 9:179-186, 1969)
-

Valutazione psico-affettiva e comportamentale

- GDS (Yesavage,1983)
- BDI (Beck, 1967)
- Cornell Depression Scale (Alexopoulos GS, Abrams RC, Young BC, Shamoian CA: Cornell scale for depression in dementia. Biol Psychiatr 1988;23:271-284)
- NPI (Cummings J.L, et al.1994)
-

Valutazione caregiver

- Zarit (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980)
- QoL-AD (Logsdon et al.1996)

Tali strumenti sono utilizzabili in modo flessibile da parte del professionista psicologo ed integrabili con altri validati per eventuali approfondimenti coerenti con la tipologia del caso clinico in valutazione.

STRUMENTI QUALITATIVI E QUANTITATIVI PER LA VALUTAZIONE POST TRATTAMENTO/FOLLOW UP

E' necessario avvalersi, per le rivalutazioni neuropsicologiche periodiche di post trattamento o follow up di una batteria testistica all'interno della quale siano presenti una selezione degli strumenti utilizzati in fase di approfondimento diagnostico che lo psicologo selezionerà in funzione degli obiettivi del trattamento, delle caratteristiche cliniche del caso.

Nella ridefinizione ed aggiornamento dei LEA (DPCM 12/01/2017) sono state ridefinite le prestazioni di tipo riabilitativo erogabili dal SSR (pubblicate sulla G.U. n° 15 del 18.03.2017) :

93.11.D RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle “funzioni della voce e dell’eloquio” secondo ICF dell’OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall’esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute

93.11.E RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del caregiver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo fino a 10 sedute

93.89.2 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute

93.89.3 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute

- I Servizi a Bassa Soglia

I servizi a Bassa Soglia costituiscono un'opportunità di tipo supportivo a favore delle persone con demenza e dei loro caregiver per favorire il mantenimento al domicilio, prevenire l'isolamento, accompagnare e/o rallentare l'ingresso nella rete convenzionale dei servizi a più elevata intensità. Due sono le tipologie:

Cafè Alzheimer

Si tratta di uno spazio informale dove vengono forniti contemporaneamente momenti di incontro, svago, formazione, riattivazione, attività rivolte sia ai familiari che alle persone con demenza. E' un luogo dove le persone possono incontrarsi, svolgere attività specifiche e socializzare, mentre i familiari ricevono informazioni da professionisti per affrontare meglio la malattia in un ambiente rilassato e confortevole, stando in contatto con altre persone che si trovano in condizioni simili.

Meeting Center

Si tratta di uno spazio che si configura come una tipologia di approccio integrato volto a fornire, mediante l'attività di professionisti esperti, supporto, sostegno ed attività orientate al mantenimento funzionale sia alla persona con demenza, in fase lieve, che ai suoi familiari. All'interno dei Meeting Center trovano posto diverse tipologie di interventi appropriati e personalizzati in funzione degli interessi e delle attitudini dei partecipanti: ginnastica dolce, stimolazione cognitiva, laboratori musicali, di espressione artistico-emozionale, o di attività occupazionali ecologiche.

- I Servizi di Assistenza Domiciliare

I servizi sociali territoriali garantiscono, in collaborazione con le Aziende Sanitarie, interventi sociali e/o sanitari per il mantenimento della persona con demenza al domicilio ed il supporto alla famiglia. Tre sono le tipologie:

Assistenza domiciliare sociale:

Ha l'obiettivo di promuovere o mantenere le condizioni di vita indipendente presso il luogo di vita abituale, sostenendo l'autonomia e la libertà di scelta delle persone e ridurre quindi il ricorso a strutture e cure residenziali. Il servizio prevede lo svolgimento delle prestazioni di carattere socio-assistenziale relative ai seguenti ambiti:

- Cura personale;
- Supporto sociale nella vita quotidiana, nel mantenimento della propria indipendenza e nelle proprie relazioni;
- Supporto nella gestione pratica della vita quotidiana.

Assistenza domiciliare integrata (ADI):

E' un insieme coordinato di attività sanitarie, all'occorrenza integrate con interventi di natura socio-assistenziale, diretti a curare, riabilitare ed assistere la persona al domicilio, con integrazione al bisogno, di altre Unità Operative. L'ADI consta di 3 livelli (bassa, media, alta intensità assistenziale).

Centri per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD)

Il CAAD fornisce consulenza, sostegno e orientamento per superare gli ostacoli e le barriere architettoniche presenti nell'abitazione. Suggerisce la riorganizzazione degli spazi interni, studiando e proponendo idonee soluzioni per facilitare le azioni della vita quotidiana.

Per l'assistenza protesica e gli ausili è in fase di approvazione un percorso ad hoc, cui si rimanda. Nel PAI

dovranno comunque essere indicate (o suggerite) anche tali opportunità.

- I Servizi Residenziali e Semiresidenziali

Due sono le tipologie:

La Casa Residenza per Anziani non autosufficienti (CRA)

E' una struttura socio-sanitaria residenziale che accoglie, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti con bisogni assistenziali di diversa intensità (disturbi comportamentali, elevati bisogni sanitari correlati ad elevati bisogni assistenziali, disabilità severe e moderate). I CDCD in integrazione con i servizi sociali territoriali e la UASS Distrettuale, possono proporre un inserimento temporaneo in CRA, previa UVM complessa, finalizzato sia al sollievo per la famiglia sia ad una puntualizzazione delle cure erogate. Il CDCD partecipa alla stesura del PAI in accordo con il medico di struttura e il personale infermieristico, fornisce un servizio di consulenza quando richiesto e definisce un percorso di dimissione personalizzata e progettata con la rete dei servizi e i famigliari, assicurando e garantendo una continuità assistenziale sul territorio.

Il Centro Diurno per anziani non-autosufficienti

E' una struttura socio-sanitaria a carattere diurno destinata ad anziani con diverso grado di non autosufficienza, allo scopo di fornire un sostegno ed un aiuto all'anziano e contrastare l'isolamento e fornire supporto alla famiglia.

- Le cure intermedie

Le cure intermedie, si caratterizzano come un insieme di servizi socio-sanitari multiprofessionali collocati tra il domicilio e l'ospedale, con l'obiettivo essenziale di intercettare quei pazienti anziani fragili che potrebbero essere curati e assistiti sul territorio, evitando un ricovero ospedaliero che rischierebbe di non apportare significativi benefici in termini di qualità di vita e prognosi.

Ospedali di comunità - OsCo

I letti di cure intermedie possono rappresentare un'opportunità per gestire persone con demenza e disturbi comportamentali, non di gravità tale da richiedere un ricovero in Nucleo dedicato alle demenze, e che necessitano di un monitoraggio assistenziale e terapeutico difficilmente proponibile al domicilio. La terapia farmacologica sarà gestita in collaborazione e integrazione con il CDCD di competenza territoriale che fornirà un supporto di tipo specialistico. La valutazione in merito alla dimissione (rientro a domicilio con potenziamento della rete assistenziale, inserimento nella graduatoria distrettuale per eventuale ingresso definitivo in CRA, trasferimento diretto in struttura protetta) si effettuerà in integrazione con i servizi sociali territoriali attraverso lo strumento della UVM.

Ricoveri temporanei in CRA

I CDCD in integrazione con i servizi sociali territoriali possono proporre un inserimento temporaneo in CRA, previa UVM, finalizzato sia al sollievo per la famiglia sia ad una puntualizzazione delle cure se necessaria. Il CDCD partecipa alla stesura del PAI in accordo con il medico di struttura e il personale infermieristico, fornisce un servizio di consulenza quando richiesto e definisce un percorso di dimissione personalizzata e progettata con la rete dei servizi e i famigliari, assicurando e garantendo una continuità assistenziale sul territorio.

Nuclei e Centri diurni dedicati (specialistici)

Per quanto concerne i servizi dedicati, l'UVM individua il luogo idoneo e definisce il periodo di cura sulla base degli obiettivi personalizzati e condivisi con la famiglia. Si tratta quindi di *ricoveri (o frequenza) a tempo determinato (temporaneo)* finalizzati a raggiungere gli obiettivi del PAI mirati alla riduzione e stabilizzazione dei disturbi comportamentali, al mantenimento e/o al recupero delle capacità conservate, al mantenimento e/o al recupero della socialità, alla razionalizzazione dell'intervento farmacologico e alla gestione della comorbidità. Durante il ricovero (o frequenza del CD) è necessario sviluppare modalità di approccio riabilitativo e individuare strategie per contenere e prevenire i disturbi del comportamento e accompagnare il caregiver nell'acquisizione di strategie mirate alla gestione dei disturbi comportamentali. Il periodo di permanenza dipende quindi anche dai tempi della famiglia o della struttura per prepararsi all'accoglienza nonché dall'individuazione di un altro punto della rete adeguato per il paziente. Il CDCD mantiene stretti contatti con il punto della rete che ha in carico il paziente e con l'Assistente Sociale responsabile del caso qualora si rendesse necessario ridefinire il progetto di cura. Al termine del periodo di accoglienza, per consentire un'adeguata rotazione sui posti del nucleo dedicato, la persona in dimissione può rientrare al proprio domicilio o, qualora fosse precedentemente ospite di un'altra struttura del territorio, rientrare in quella struttura dove mantiene la priorità di rientro sul primo posto libero, fatta salva, nell'attesa del posto, l'accettazione dei familiari e/o dell'ospite stesso, di un posto in una delle altre strutture del territorio.

- Assistenti familiari (badanti)

Tale risorsa costituisce senza dubbio uno strumento, nell'ambito dell'assistenza privata, a sostegno della domiciliarità permettendo alla persona di poter restare al proprio domicilio anche fino alle fasi terminali della malattia. La scelta è opportuno che venga orientata anche attraverso gli specifici servizi dei Comuni (o Unioni dei Comuni o Distretti) istituiti a livello locale e favorendo la regolarizzazione e la qualificazione del lavoro di cura. Si ricorda che in alcune condizioni e per determinate fasce ISEE è previsto un contributo aggiuntivo di 160€ mensili dell'assegno di cura (contributo economico a sostegno della domiciliarità, che viene erogato se in possesso di specifici requisiti) per la regolarizzazione delle assistenti familiari.

BIBLIOGRAFIA

Abraham I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, Gudmundsson A, Soiza R, O'Mahony D, Guaita A, Cherubini A. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*. 2017 Mar 16;7(3)

ALCOVE Project (2013). The European Joint Action on Dementia. Synthesis Report 2013. Alzheimer COoperative Valuation in Europe (ALCOVE), 2013

Alfonso, T., E.S. Krishnamoorthy and K. Gomez (2010). Caregiving for dementia: global perspectives and transcultural issues. In: Krishnamoorthy, E.S., M.J. Prince and J.L. Cummings, (eds.) *Dementia: a global approach*. Cambridge: Cambridge University Press

Alzheimer's Disease International. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Alzheimer's Disease International (ADI), London, August 2015.

Alzheimer Europe (2013). The ethical issues linked to the perceptions and portrayal of dementia and people with dementia. Alzheimer Europe

APA Work Group on Alzheimer's Disease and other Dementias. American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. Second edition. *Am J Psychiatry* 2007;164:5-56.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

Bianchetti A, Ferrannini L, Vampini C, Zanetti O, Trabucchi M. Piano Nazionale Demenze. Nuovi scenari di cura. *Psicogeriatra Supplemento-Anno XI(2)*, 2016: 5-14.

Bianchetti A. Presentazione del Documento "Il trattamento farmacologico dei sintomi psicologici e comportamentali in corso di demenza: aspetti clinici medico-giuridici" *Psicogeriatra* 2014;3:71-72

Boccardi et al. Diagnosis disclosure and advance care planning in Alzheimer disease: opinions of a sample of Italian citizens. *Aging Clin Exp Res*. 2014 Aug;26(4):427-34.

Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n° 197 del 4.07.2016 : DGR del 27 GIUGNO 2016, N. 990 Aggiornamento del progetto regionale demenze (DGR 2581/99) e recepimento del "Piano Nazionale Demenze".

Brodsky H, Pond D, Kemp NM, et al. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:530-534

Brooker D, La Fontaine J, Evan, S, Bray J & Saad K (2014). Public health guidance to facilitate timely diagnosis of dementia: Alzheimer's COoperative Valuation in Europe Recommendations, *Int. J Geriatr. Psychiat.*, 29: 682-693.

Chee JN, Rapoport MJ, Molnar F, et al. Update on the Risk of Motor Vehicle Collision or Driving Impairment with Dementia: A Collaborative International Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017;25:1376-1390.

C.B. Cordell et al. Alzheimer's Association recommendations for operationalizing the detection of cognitive impairment

during the Medicare Annual Wellness Visit in a primary care setting. / *Alzheimer's & Dementia*-(2013) 1–10

De Coninck L, Bekkering GE, Bouckaert L, Declercq A, Graff MJL, Aertgeerts B. Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2017 Aug;65(8):1863-1869. doi: 10.1111/jgs.14889. Epub 2017 Apr 3.

Dröes, R. M., Meiland, F. J. M., Evans, S., Brooker, D., Farina, E., Szcześniak, Chattat, R. (2017). Comparison of the adaptive implementation and evaluation of the Meeting Centers Support Program for people with dementia and their family carers in Europe; study protocol of the MEETINGDEM project. *BMC geriatrics*, 17(1), 79.

Dubois B, Padovani A, Scheltens P Rossi A, Dell'Agnello G Timely Diagnosis for Alzheimer's Disease: A Literature Review on Benefits and Challenges. *J Alzheimers Dis*. 2016;49(3):617-31.

A.Fabbo, O.Capelli*, M.L. De Luca**, L.P. De Vreese et al. A model of integrated care for people with dementia in Primary Care Integrated Journal of Integrated Care, WCIC Conf Suppl. vol.14, 8 December 2014; URL: <http://www.ijic.org> 10-1-116641.

Graff MJL, Van Melick M, Thijssen M, Verstraten P, Zajec J. Curare la demenza a domicilio. Indicazioni di terapia occupazionale per anziani e caregivers. Edizione italiana a cura di Andrea Fabbo. Franco Angeli, Milano. 2016.

Laura Gitlin and Nancy Hodgson, 'Living with Dementia: Impact on Individuals, Caregivers, Communities and Societies', 2015, www.coursera.org.

Gove D, Small NA, Downs MG and Vernooij-Dassen M (2017) General practitioners' perceptions of the stigma of dementia and the role of reciprocity. *Dementia*. 16 (7): 948-964.

Krolak-Salmon, P. , Roubaud, C. , Finne-Soveri, H. , Riolacci-Dhoyen, N. , Richard, G. , Rouch, I. , Leperre-Desplanques, A. and Dauphinot, V. (2016), Evaluation of a mobile team dedicated to behavioural disorders as recommended by the Alzheimer Cooperative Valuation in Europe joint action: observational cohort study. *Eur J Neurol*, 23: 979-988.

The Lancet Commission Gill Livingston et al. Dementia prevention, intervention, and care , The Lancet Published online July 20, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

Livingston G, Barber J, Rapaport P, et al. Long-term clinical and cost-effectiveness of psychological intervention for family carers of people with dementia: a single-blind, randomised, controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 539–48.

Mangiaracina, F., Chattat, R., Farina, E., Saibene, F. L., Gamberini, G., Brooker, D., ... & Rymaszewska, J. (2016). Not re-inventing the wheel: the adaptive implementation of the meeting centres support programme in four European countries. *Aging & Mental Health*, 1-9.

Melchiorre, M.G and others (2013). Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PLoS One*. vol. 8, no. 1, p. e54856.

Susan L Mitchell, MD, MPH Section Editors:R Sean Morrison, MD, Kristine Yaffe, MD Deputy Care of patients with advanced dementia Editor:Janet L Wilterdink, UpToDate <https://www.uptodate.com/contents/care-of-patients-with-advanced-dementia>

North West Coast Strategic Clinical Network Palliative Care Guidelines in Dementia 2nd Edition Version 3.9 – March

2018 <https://www.england.nhs.uk/north/wp-content/uploads/sites/5/2018/06/palliative-care-guidelines-in-dementia.pdf>

Piers Ruth , Albers Gwenda, Gilissen, Joni, De Lepeleire, Jan Steyaert, Van Mechelen Wouter, Steeman Els, Dillen, Let, Vanden Bergh Paul, Van den Block Lieve, Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals , BMC Palliative Care, 2018, 17-88.

Steinberg M, Shao H, Zandi P, et al. Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23:170

Stephanie L. Harrison,,Monica Cations,Tiffany Jessop,Sarah N. Hilmer, Mouna Sawan, Henry Brodaty Approaches to Deprescribing Psychotropic Medications for Changed Behaviours in Long-Term Care Residents Living with Dementia Drugs & Aging pp 1–12 December 2018

Linee di Indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze Piano Nazionale Demenze CU Rep.130/2017

Livingston G, Barber J, Rapaport P, et al. Long-term clinical and cost-effectiveness of psychological intervention for family carers of people with dementia: a single-blind, randomised, controlled trial. Lancet Psychiatry 2014; 1: 539–48.

Lucca U, Tettamanti M, Tiraboschi P, et al. Prevalence of dementia in the oldest old: The Monzino 80-plus population based study. Alzheimers Dement 2015;11:258-70.

Mazurek, J., Szcześniak, D., Urbańska, K., Dröes, R.M. & Rymaszewska, J. (2017). Met and unmet care needs of the elderly with dementia living at home: Personal and informal carers' perspectives. Dementia.

Olazaran, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Pena-Casanova, J., Del Ser, T., et al. (2010). Non pharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. Dement Geriatr Cogn Disord, 30(2), 161-178.

Orgeta V, Leung P, Yates L, et al. Individual cognitive stimulation therapy for dementia: a clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. Health Technol Assess 2015; 19: 1–108.

Pirani A, Brodaty H, Martini E, et al. 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. Int Psychogeriatr. 2010;22:82–90.

Anneli Pitkänen, Hanna-Mari Alanen, Olli Kampman , Esa Leinonen Outcome of neuropsychiatric symptoms and daily functioning of patients with dementia treated on an acute psychogeriatric ward Nordic Journal of Psychiatry pages 1-5, 2018

Podavitte F. La vita dell'ammalato e della sua famiglia a casa.I servizi di supporto. Gli approfondimenti di NNA "Ledemenze.La cura e le Cure",a cura di Antonio Guaita e Marco Trabucchi -Maggioli Editore 2016

Reilly S, Miranda-Castillo C, Sandhu S, Hoe J, Challis D, Orrell M. Case management approaches to home support for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jan 5;1:CD008345

Russell I, Sackley C, Graff M, O'Keeffe A, Crellin N, Orrell M Community occupational therapy for people with dementia and family carers (COTiD-UK) versus treatment as usual (Valuing Active Life in Dementia [VALID] programme): study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2016 Feb 3;17:65. doi: 10.1186/s13063-015-1150-y.

SNLG Regioni-15 Sindrome demenza: diagnosi e trattamento. Linee guida consiglio sanitario regionale Regione

Toscana, 2011 (rev, 2015) <http://www.salute.toscana.it/sst/consiglio-sanitario-regionale.shtml>

Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 248–54.

Spijker A, Wollersheim H, Teerenstra S, Graff M, Adang E, Verhey F, Vernooij-Dassen M. Systematic care for caregivers of patients with dementia: a multicenter, cluster-randomized, controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011 Jun;19(6):521-31.

Teri L, McKenzie G, Logsdon RG, McCurry SM, Bollin S, Mead J, et al. Translation of Two Evidence-Based Programs for Training Families to Improve Care of Persons With Dementia. *The Gerontologist*, 2012 Jan 12.

UNECE Policy Brief on Ageing Dignity and non-discrimination for person with dementia, N° 16, August 2015

Caroline Van Cauwenberghe, Christine Van Broeckhoven, KristelSlegers .The genetic landscape of Alzheimer disease:clinical implications and perspectives.*GeneticsinMedicine* (2016) 18, 421–430.

Van Mierlo LD, Van der Roest HG, Meiland FJ, Droes RM. Personalized dementia care: proven effectiveness of psychosocial interventions in subgroups.*Ageing Research Reviews* 2010, 9 (2):163-83.

Victor I. Reus, Laura J. Fochtmann, A. Evan Eyler, Donald M. Hilty, Marcela Horvitz-Lennon, Michael D. Jibson, Oscar L. Lopez, Jane Mahoney, Jagoda Pasic, Zaldy S. Tan, Cheryl D. Wills, Richard Rhoads, and Joel Yager The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia *American Journal of Psychiatry* 2016 173:5, 543-546

Winblad B, Amouye IP, Andrieu S, Ballard C ,Brayne C ,Brodaty H e tal Defeating Alzheimer's disease and other dementias:a priority forEuropean science and society.*Lancet Neurol*.2016 Apr;15(5):455-532.

World Alzheimer Report 2016 : Improving healthcare for people living with dementia: Coverage, quality and costs now and in the future, ADI (Alzheimer's Disease International), September 2016 <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2016>

World Alzheimer Report 2018 : the state of the art of dementia research: new frontiers, ADI (Alzheimer's Disease International), September 2018 <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf>

Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M. Cognitive stimulatoin to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2: CD005562

Sitografia:

- Osservatorio Demenze Istituto Superiore di Sanità (ISS): www.ISS.it/demenze
- Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG): www.SNLG-ISS.it
- Agency For Healthcare Research and Quality (AHRQ): www.ahrq.gov
- Guidelines International Network (GIN): www.g-i-n.net
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): www.nice.org.uk
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): www.sign.ac.uk