

Atto adottato dall'Azienda

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE		<u>91/DG</u> <small>Numero</small>	<u>23 Set. 2019</u> <small>data</small>
Oggetto: Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Demenza e disturbi cognitivi.			
Esercizio _____ Conto _____ Centro di Costo _____ Sottoconto n° _____ Budget: - Assegnato € _____ - Utilizzato € _____ - Presente Atto € _____ - Residuo € _____ Ovvero schema allegato <input type="checkbox"/> Scostamento Budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Il Direttore della UOC Economico Finanziaria e Patrimoniale Data.....	<p style="text-align: center;">Direzione Sanitaria</p> <p style="text-align: center;">Estensore: Patrizia Zorzetto</p> Data <u>19/9/19</u> Firma <u>f.to</u> Responsabile del Procedimento Data _____ Firma _____ Il Direttore Data <u>19/9/2019</u> Firma <u>f.to dr. A. Fortino</u> Proposta n° <u>97</u> del <u>19-09-19</u>		
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO _____ <i>////</i> _____ Data _____ <p style="text-align: center;">IL DIRETTORE SANITARIO Antonio Fortino</p>	PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO _____ _____ Data <u>20/9/19</u> <p style="text-align: center;">IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO f.to Cristiano Camponi</p>		
La presente deliberazione si compone di n° <u>43</u> di cui n° <u>38</u> di pagine di allegati e di una pagina attestante la pubblicazione e l'esecutività, che ne formano parte integrante e sostanziale.			

IL DIRETTORE SANITARIO

VISTI

- il DLgs 30 dicembre 1992, n.502, e successive modifiche ed integrazioni;
- il “Piano nazionale demenze (PND) – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”, approvato con Accordo del 30/10/2014 dalla Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome;
- il DCA n. U00448 del 22/12/2014 con il quale la Regione Lazio ha recepito il citato PND;
- le Linee di indirizzo nazionali sui PDTA per le demenze approvate in data 26/10/2017 dalla citata Conferenza Unificata, quale documento tecnico-scientifico di approfondimento delle tematiche di particolare rilievo, elaborato dal Tavolo di monitoraggio dell’implementazione del PND, operante presso il Ministero della salute;
- la deliberazione n. 509/DG del 6/06/2018 con la quale è stata approvata la Guida alla stesura dei PDTA, procedure, protocolli ed istruzioni operative;
- la deliberazione n. 27/CS del 15/02/2019 con la quale è stato adottato il Piano di Risk Management (PARM) per l’anno 2019;

PREMESSO

che la demenza è una sindrome caratterizzata dalla presenza di un progressivo deficit a carico delle funzioni cognitive – attenzione complessa, abilità esecutive, apprendimento e memoria, linguaggio, abilità percettive, cognizione sociale – che comporta un declino rispetto al livello di funzionamento cognitivo precedentemente raggiunto ed un vario grado di interferenza con lo svolgimento autonomo delle attività di vita quotidiana basali e di tipo strumentale;

ATTESO

che l’O.M.S. ha definito la demenza, nelle sue molteplici forme, “una priorità mondiale di salute pubblica”, ribadendo che tutti i Paesi devono includere le demenze nei propri programmi di salute pubblica;

PRESO ATTO

del Piano Nazionale demenze (PND), recepito dalla Regione Lazio con il DCA n. U00448/2014, e delle successive Linee di indirizzo nazionali che propongono una definizione condivisa, teorica ed operativa, dei PDTA per le demenze, descrivendo gli elementi costitutivi di tali percorsi da utilizzare come guida nella progettazione ed attuazione di PDTA a livello regionale e locale;

RAVVISATA

la necessità da parte di questa Azienda di delineare un PDTA della demenza e disturbi cognitivi al fine di fornire al paziente ed ai familiari risposte assistenziali integrate, garantendo la continuità assistenziale del processo di cura, inteso come percorso orientato all’integrazione ed alla completezza della presa in carico ed in grado di prevenire accessi impropri in Pronto Soccorso e/o ricoveri presso le UU.OO ospedaliere;

PRESO ATTO

- del documento allegato, elaborato da un Gruppo di Lavoro aziendale multidisciplinare, con lo scopo di garantire, sulla base delle citate disposizioni nazionali e regionali in materia, l’erogazione delle cure più appropriate ad un paziente complesso come quello affetto da demenza o disturbi cognitivi e

qualificare il processo assistenziale all'interno dell'ospedale nonché una maggiore integrazione e coordinamento tra livelli di assistenza;

- che eventuali successive modifiche e/o aggiornamenti al suddetto PDTA, qualora non incidano sull'assetto organizzativo dell'Azienda, potranno essere emanati con disposizioni del Direttore Sanitario;

RITENUTO

- di approvare il documento "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale demenza e disturbi cognitivi" che, allegato al presente provvedimento (all. 1), forma parte integrante e sostanziale dello stesso;

- di individuare quale Referente per l'attuazione del citato PDTA la Dott.ssa Anna Rosa Casini, dirigente medico – disciplina Neurologia;

ATTESTATO

che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 della legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;

ATTESTATO

in particolare, che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

PROPONE

per i motivi in narrativa esposti che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di approvare il documento "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale demenza e disturbi cognitivi" che, allegato al presente provvedimento, forma parte integrante e sostanziale dello stesso (all. 1);

- di individuare quale Referente per l'attuazione del citato PDTA la Dott.ssa Anna Rosa Casini, dirigente medico – disciplina Neurologia;

- di pubblicare il documento di cui trattasi sul sito intranet, nella apposita sezione dedicata (Documenti-PDTA/Procedure/Protocolli/Istruzioni Operative), a cura della UOSD Rischio clinico, medicina legale e EBM.

f.to

IL DIRETTORE SANITARIO
Antonio Fortino

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO il D.L.vo 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

IN VIRTU' dei poteri conferiti con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00206 del 2 agosto 2019;

PRESO ATTO che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 della L. 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;

PRESO ATTO altresì che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo attesta, in particolare, che lo stesso è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

VISTO il parere favorevole del Direttore Amministrativo

ritenuto di dover procedere

DELIBERA

di approvare la proposta così come formulata, rendendola disposta.

La U.O.C. Affari Generali e gestione amministrativa ALPI curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

f.to

**Il Direttore Generale
Massimo Annicchiarico**

Struttura proponente
Dipartimento Cardiovascolare – UOC Neurologia e UTN

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
DEMENTIA E DISTURBI COGNITIVI

Redatto (Referente del Gruppo di Lavoro)

Dirigente Medico UOC Neurologia e UTN

D.ssa Anna Rosa Casini

Firma

Verificato

<i>Direttore Dipartimento Cardiovascolare</i>	<i>Direttore Dipartimento Internistico</i>	<i>Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza e Cure Intensive</i>	<i>Responsabile P.O. Dipartimento Medicina</i>	<i>Responsabile P.O. Dipartimento Emergenza Urgenza e Cure Intensive</i>
Dr. Francesco Prati	Dr. Giuseppe Lavra	D.ssa Rosa Maida	D.ssa Emanuella Colelli	Dr. Andrea Traghese
Firma	Firma	Firma	Firma	Firma

Verificato

Risk Manager

Dr. Franco D'Ignazio

Firma

Validato

<i>Direttore Sanitario</i>	<i>Direttore Medico dei Presidi Ospedalieri</i>	<i>Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie</i>
Dr. Antonio Fortino	D.ssa Paola Masala	D.ssa Antonella Leto
Firma	Firma	Firma

Gruppo di Lavoro

Nome e Cognome	Qualifica
Loredana Bove	Direttore ff UOC Neurologia e UTN
Anna Rosa Casini	Dirigente Medico UOC Neurologia e UTN, responsabile CDCD
Lorenzo Palleschi	Direttore ff UOC Geriatria
Maria Silvana Volpe	Dirigente Medico UOC Geriatria
Maria Pia Ruggieri	Direttore UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione
Francesca De Marco	Dirigente Medico UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione
Santina Piazza	Case Manager UOC Geriatria
Silvia Barberi	Case Manager UOS Bed Management, UOC DMPO
Anna Maceratesi	Assistente sociale UOC DMPO, team Bed Manager

INDICE

Premessa	Pag. 3
Scopo	Pag. 5
Campo di applicazione	Pag. 6
Operatori coinvolti	Pag. 6
Terminologia, abbreviazioni e definizioni	Pag. 7
Standard e indicatori	Pag. 8
Risorse necessarie (disponibili)	Pag. 9
Descrizione delle attività	Pag. 9
Schema delle attività	Pag. 17
Raccomandazioni	Pag. 19
Formazione	Pag. 19
Diagramma di flusso	Pag. 20
Matrice delle responsabilità generali	Pag. 22
Bibliografia	Pag. 23
Allegati	Pag. 25

 SISTEMI SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

PREMESSA

La demenza è una sindrome caratterizzata dalla presenza di un progressivo deficit a carico delle funzioni cognitive - attenzione complessa, abilità esecutive, apprendimento e memoria, linguaggio, abilità percettive, cognizione sociale - che comporta un declino rispetto al livello di funzionamento cognitivo precedentemente raggiunto e un vario grado di interferenza con lo svolgimento autonomo delle attività di vita quotidiana basali e di tipo strumentale.

La forma più frequente e conosciuta è la malattia di Alzheimer, ma esistono altre forme di demenza, talora non adeguatamente identificate e la cui gestione è potenzialmente resa ancor più complessa anche dalla mancanza di terapie specifiche, quali la demenza vascolare, la demenza a corpi di Lewy, la demenza frontotemporale, il complesso Parkinson-demenza, la degenerazione corticobasale, la paralisi sopranucleare progressiva, la demenza post-traumatica, le forme ad eziologie multiple...

Il Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di Alzheimer's Disease International del 2016 ha definito la demenza - nelle sue molteplici forme - "una priorità mondiale di salute pubblica" e ha ribadito che tutti i Paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica.

La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa del 7.2% negli ultrasessantacinquenni. Si calcola che nel mondo l'incidenza di demenza sia di 7.7 milioni di casi ogni anno e che ogni 4 secondi venga diagnosticato un nuovo caso di demenza. In Italia circa 1 milione di persone è affetto da demenza, di cui 600.000 da malattia di Alzheimer, e circa 3 milioni di persone sono direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza delle persone che ne sono affette. Considerato che il maggior fattore di rischio per l'insorgenza di demenza è l'età, si stima che nei prossimi anni tale patologia assumerà dimensioni allarmanti, con un numero di casi destinato a triplicarsi nel 2050, rappresentando una delle maggiori sfide per la sanità del 21° secolo.

La demenza è il paradigma della patologia cronica poiché la compromissione delle funzioni cognitive, spesso associata a gravi disturbi della sfera psichico-comportamentale, comporta una progressiva perdita dell'autosufficienza con disabilità permanente e conseguenze drammatiche non solo per il paziente ma per tutto il suo ambiente di vita. Queste persone hanno bisogno, oltre che di trattamenti efficaci e modulati sui diversi livelli di gravità, anche di continuità di assistenza, di strumenti e di strategie per lo sviluppo dell'empowerment, di informazione e sostegno.

Ne deriva l'esigenza di adottare un approccio integrato a tale patologia, secondo le linee di indirizzo del *Chronic Care Model*, che preveda la presa in carico della persona con disturbo cognitivo e demenza e della sua famiglia da parte di una équipe e/o di un centro esperto multidisciplinare, la definizione di percorsi assistenziali che consentano di ottenere il miglioramento dello stato di salute del paziente e contemporaneamente ottimizzare l'utilizzo di risorse umane ed economiche, l'attivazione di una qualificata rete di servizi sanitari e socio-assistenziali per il paziente e il caregiver.

Il "Piano nazionale demenze (PND) - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (GU Serie generale n.9 del 13 gennaio 2015) fornisce indicazioni strategiche per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore, sia relativamente agli aspetti terapeutici specialistici che al sostegno e all'accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura, e annovera tra i suoi obiettivi la "Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata" (Obiettivo 2).

Con DCA n.U00448 del 22-12-2014, pubblicato nella BUR Lazio n.5 del 15 gennaio 2015, la Regione Lazio ha decretato di recepire il PND e di attivarsi per la sua applicazione.

Il Tavolo per il monitoraggio e l'implementazione del PND ha predisposto il documento "Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze" che propone una definizione condivisa, teorica ed operativa, dei PDTA per le demenze e descrive gli elementi costitutivi di tali percorsi, da

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

utilizzare come guida per quanti sono impegnati nella progettazione e attuazione di PDTA a livello regionale e locale. Nel suddetto documento il PDTA si qualifica come un PDTA territorio/ospedale/territorio per rimarcare la necessità di garantire la continuità assistenziale del processo di cura, inteso come percorso orientato all'integrazione e alla completezza della presa in carico.

Tra le finalità di una rete territoriale integrata vi è anche quella di fornire al paziente e ai familiari risposte assistenziali in grado di prevenire accessi impropri in Pronto Soccorso e/o ricoveri presso le UU.OO. ospedaliere.

Poiché la mission naturale dell'ospedale - Pronto Soccorso(PS)/Dipartimento Emergenza Urgenza e Cure Intensive(DEA)/Unità Operative di degenza (UU.OO.) - è la gestione dell'acuzie in continuità con i servizi di assistenza territoriale, l'ospedale non può essere considerato il setting adeguato per la gestione ordinaria della demenza né il riferimento principale dei pazienti affetti da demenza, eccezion fatta per i casi che richiedono un intervento di emergenza/urgenza. Infatti il ricovero ospedaliero rappresenta occasione di criticità sia per i pazienti che hanno già ricevuto una diagnosi di demenza, poiché può causare un peggioramento del deficit cognitivo e un acuirsi dei sintomi comportamentali e psicologici associati alla demenza (BPSD), sia per i pazienti in fase preclinica, poiché l'ospedalizzazione può divenire causa scatenante dell'esordio della malattia. L'accesso in PS e il ricovero ospedaliero espongono tutti questi pazienti ad un elevatissimo rischio di insorgenza di stato confusionale acuto o delirium, ossia una alterazione del livello di attenzione e consapevolezza che si sviluppa in un tempo relativamente breve e rappresenta un cambiamento rispetto ai livelli di base, con tendenza a fluttuare in gravità nel corso della giornata e che si associa ad almeno un altro deficit cognitivo. Inoltre tutti i pazienti sono suscettibili di sviluppare altre complicanze legate al ricovero quali infezioni nosocomiali, cadute, sindrome da allettamento... Ne conseguono un aumento della durata del ricovero ospedaliero, con incremento dei costi sanitari e del carico assistenziale, e un elevato tasso di ammissione in strutture di post-acuzie o di istituzionalizzazione.

Ciò nonostante, stiamo assistendo ad un radicale cambiamento del profilo dei pazienti che afferiscono all'ospedale, specie di quelli anziani e con disturbi cognitivi o demenza, che sono sempre più complessi non soltanto dal punto di vista clinico ma anche dal punto di vista sociale, economico e relazionale, i quali spesso vengono ricoverati per esigenze cliniche che non possono trovare altrove le risposte sanitarie ma talora anche per esigenze assistenziali non primariamente mediche che non vengono altrimenti soddisfatte.

Considerate le premesse, l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (AOSGA) ha nominato un gruppo di lavoro, multiprofessionale e multidisciplinare, che prevede la cooperazione dei servizi dell'Ospedale maggiormente coinvolti nel trattamento di queste condizioni cliniche, preposto a redigere e implementare un "PDTA demenza e disturbi cognitivi" che si propone di ottimizzare la presa in carico all'interno della struttura sanitaria della persona con demenza e disturbi cognitivi e della sua famiglia.

Lo strumento è specificamente finalizzato a delineare il miglior percorso possibile per il paziente che afferisce al PS e/o viene ricoverato presso il DEA o le altre UU.OO. ospedaliere dell'AOSGA, proponendo i necessari adeguamenti formativi, organizzativi e ambientali. Lo strumento ha valenza aziendale e non si sostituisce né si contrappone ad un eventuale PDTA o PDTAR territorio/ospedale/territorio che dovesse essere nel frattempo realizzato a livello regionale o della ASL di riferimento.

Il percorso in esso delineato non può prescindere da altri servizi della rete, elettivamente deputati alla presa in carico di questa tipologia di pazienti, che sono ampiamente operativi da molti anni presso la UOC Neurologia e UTN e la UOC Geriatria dell'AOSGA (CDCD, Day Hospital, PAC diagnostici) e che dovranno essere opportunamente potenziati anche al fine di contribuire a limitare l'ospedalizzazione non strettamente necessaria e la durata della degenza mediante la programmazione di valutazioni e/o indagini specialistiche in tempi ragionevolmente contenuti.

 SISTEMI SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

SCOPO

Il rationale del presente PDTA è quello di elaborare e proporre un progetto assistenziale per potenziare la presa in carico integrata intra-ospedaliera dei pazienti affetti da disturbi cognitivi o demenza che afferiscono presso l'AOSGA e rendere più agile il rapporto con i servizi territoriali.

L'obiettivo primario è quello di garantire l'erogazione delle cure più appropriate ad un paziente complesso come quello affetto da demenza o disturbi cognitivi il cui stato di salute, come e più che per altri pazienti, è la risultante di un equilibrio tra fattori clinici, psicologici e ambientali, che dovrebbe essere il più possibile preservato, e qualificare il processo assistenziale all'interno dell'ospedale. Vengono proposte linee guida per la pratica clinica che consentano di conseguire il miglioramento dello stato di salute del paziente e razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche, coniugando due assunti fondamentali:

- a) imprescindibilità della continuità assistenziale del processo di cura in accordo al "Chronic Care Model"
 Il paziente è posto al centro dell'intero sistema, fondato secondo un approccio di tipo "proattivo" basato su interazione tra operatori sanitari e sociali e diade paziente-caregiver e sul maggiore integrazione e coordinamento tra i livelli di assistenza.
- b) significato del ricovero ospedaliero
 Il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali in regime di ricovero ordinario ai soggetti che, in presenza di problemi o patologie acute, necessitano di assistenza medico-infermieristica prolungata nel corso della giornata, osservazione medico-infermieristica per 24 ore e immediata accessibilità alle prestazioni stesse.

Presupposto fondamentale è la diffusione - in tutti i setting assistenziali e fra tutte le figure professionali ivi operanti, incluse le associazioni di volontariato - di una "cultura della demenza" e del concetto di complessità e specificità della gestione della persona con demenza e disturbi cognitivi, che attiene non solo la gestione degli aspetti clinici della patologia e delle sue complicanze ma anche le modalità di relazione con il paziente.

La procedura si prefigge di raggiungere i seguenti obiettivi:

1. contenere il numero di ricoveri non necessari

- 1.1. gestendo, laddove possibile, le problematiche mediche e/o sociali presso il Pronto Soccorso e/o Dipartimento di Emergenza Urgenza e Cure Intensive
- 1.2. programmando valutazioni e/o indagini specialistiche in tempi ragionevolmente contenuti presso Day Hospital/Day Service o CDCD
- 1.3. riaffidando il paziente ai servizi territoriali competenti

2. migliorare la qualità dell'assistenza durante la permanenza del paziente in PS e nei reparti di degenza

- 2.1. riportando sempre sulle cartelle cliniche di PS e dei reparti di degenza le informazioni sulla patologia in modo da inquadrare correttamente il paziente
- 2.2. individuando, laddove possibile, il setting di ricovero più idoneo, inteso sia come UOC che tipologia di stanza di degenza e strategia di gestione (Allegato 1)
- 2.3. consentendo la presenza del caregiver accanto al paziente compatibilmente con le esigenze assistenziali

3. assicurare la continuità assistenziale all'interno dell'ospedale attraverso una maggiore integrazione e coordinamento tra livelli di assistenza

- 3.1 favorendo lo scambio di informazioni e il confronto tra i professionisti dei vari servizi
- 3.2 garantendo l'attività di consulenza specialistica in area DEA e presso le UU.OO. di degenza quando la complessità nella gestione dei disturbi cognitivi e/o comportamentali lo richiede

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

4. ridurre la durata della degenza

- 4.1. definendo, laddove possibile, un iter diagnostico-terapeutico prioritario
- 4.2. evitando, se le condizioni cliniche non lo richiedono, la prolungata permanenza a letto del paziente
- 4.3. programmando, quando necessari, accertamenti e controlli clinici in modalità di dimissione protetta

5. definire precocemente i bisogni del paziente e della famiglia alla dimissione

- 5.1. fornendo informazioni mirate al MMG
- 5.2. affidando (o riaffidando) il paziente al CDCD dell'AOSGA (o a quello di riferimento) per una presa in carico globale in integrazione con i servizi territoriali socio-assistenziali
- 5.3. segnalando, quando necessario, il paziente all'assistente sociale per l'attivazione di servizi domiciliari o strutture semiresidenziali o residenziali e/o altri interventi sociali e socio-sanitari

6. individuare delle “buone pratiche” condivise per la gestione clinica e per l'assistenza al paziente con demenza e disturbi cognitivi da adottare anche quando la permanenza di tale paziente all'interno dell'AOSGA sia derivante da altre patologie acute di carattere medico o chirurgico (Allegato 1).

CAMPO DI APPLICAZIONE

La seguente procedura deve essere applicata in tutti i pazienti con demenza o disturbi cognitivi che afferiscono al Pronto Soccorso o vengono ricoverati presso l'AOSGA sia in ricovero ordinario che in Day Hospital/Day Service.

Sono pertanto interessati all'applicazione della procedura il Dipartimento Emergenza Urgenza e Cure Intensive e tutte le UU.OO. ospedaliere dell'AOSGA e tutte le figure professionali ivi operanti incluse le associazioni di volontariato.

OPERATORI COINVOLTI

Medico specialista neurologo con esperienza o percorso formativo nella diagnosi e nella gestione delle demenze
 Medico specialista geriatra con esperienza o percorso formativo nella diagnosi e nella gestione delle demenze
 Medico specialista, internista o urgentista, operante presso il Dipartimento Emergenza Urgenza e Cure Intensive
 Psicologo con competenze neuropsicologiche e nell'ambito degli interventi alle persone affette da demenza e ai loro familiari
 CPS infermiere possibilmente esperto nella gestione di pazienti con demenza e disturbi cognitivi
 CPS infermiere Case Manager referente del PDTA
 CPS infermiere Bed Manager
 Assistente Sociale referente per il reparto in cui è ricoverato il paziente

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

Abbreviazione	Definizione
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADL	Attività basali di vita quotidiana
ADP	Assistenza Domiciliare Programmata
AOSGA	Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata
AREAS	Applicativo aziendale per richiesta prestazioni e archiviazione dati
BPSD	Sintomi comportamentali e psicologici associati alla demenza
CAD	Centro Assistenza Domiciliare
CDCD	Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze
CDR	Clinical Dementia Rating Scale
CFS	Clinical Frailty Scale
CPS	Collaboratore Professionale Sanitario
DAI	Direzione Assistenza Infermieristica
DEA	Dipartimento Emergenza Urgenza e Cure Intensive
DMPO	Direzione Medica Presidi Ospedalieri
DSD	Delirium sovrimposto a demenza
DSM-5	Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione
ECG	Elettrocardiogramma
EGA	Emogasanalisi
GDS	Geriatric Depression Scale
GIPSE	Sistema Informativo di Pronto Soccorso della Regione Lazio
IADL	Attività strumentali di vita quotidiana
ICM	Infermier Case Manager
MMG	Medico di Medicina Generale
MMSE	Mini Mental State Examination
NPI	Neuropsychiatric Inventory
OBI	Osservazione Breve Intensiva
PAI	Piano Assistenziale Individuale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PL	Posto Letto
PND	Piano Nazionale Demenze
PS	Pronto Soccorso
PUA	Punto Unico di Accesso
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SDO	Scheda Dimissione Ospedaliera
SPMSQ	Short Portable Mental Status Questionnaire
SSO	Servizio Sociale Ospedaliero
TC	Tomografia Computerizzata
UU.OO.	Unità Operative
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

STANDARD E INDICATORI

Definizione dell'indicatore	Partecipazione delle figure professionali che intervengono nella gestione di pazienti con disturbi cognitivi e demenza ad eventi formativi correlati al PDTA realizzati presso l'AOSGA
Tipologia di indicatore	Indicatore di esito
Descrizione del numeratore	Numero di partecipanti ad eventi formativi correlati al PDTA
Descrizione del denominatore	Numero di professionisti coinvolti nella gestione di pazienti con disturbi cognitivi e demenza
Fonte dei dati	UOSD Qualità e Formazione
Periodicità del recupero dei dati	Annuale
Responsabile raccolta dati	UOSD Qualità e Formazione
Standard di riferimento dell'indicatore	
Definizione dell'indicatore	Riduzione dei ricoveri ospedalieri mediante invio diretto dei pazienti da area DEA a CDCD
Tipologia di indicatore	Indicatore di esito
Descrizione del numeratore	Numero annuo di pazienti inviati al CDCD dall'area DEA
Descrizione del denominatore	Numero totale annuo di visite effettuate presso il CDCD
Fonte dei dati	CDCD
Periodicità del recupero dei dati	Annuale
Responsabile raccolta dati	CDCD
Standard di riferimento dell'indicatore	
Definizione dell'indicatore	Presenza in carico da parte del CDCD del paziente ricoverato per disturbi cognitivi o demenza al momento della dimissione
Tipologia di indicatore	Indicatore di esito
Descrizione del numeratore	Numero di pazienti inviati al CDCD alla dimissione dalle varie UU.OO. di degenza
Descrizione del denominatore	Numero totale annuo di visite effettuate presso il CDCD
Fonte dei dati	CDCD
Periodicità del recupero dei dati	Annuale
Responsabile raccolta dati	CDCD
Standard di riferimento dell'indicatore	

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

RISORSE NECESSARIE (DISPONIBILI)

Le risorse disponibili includono:

- 1) Gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare per le demenze e i disturbi cognitivi che ha redatto il presente PDTA: il gruppo è costituito da Neurologo, Geriatra, Urgentista, CPS infermiere Case Manager, Assistente Sociale, mentre allo stato attuale non è disponibile nell'organico dell'AOSGA una figura imprescindibile come quella dello Psicologo con competenze neuropsicologiche e nell'ambito degli interventi alle persone con demenza e ai familiari
- 2) UOC Neurologia e UTN: reparto di degenza, Day Service, CDCD
- 3) UOC Geriatria: reparto di degenza, Day Hospital, Ambulatorio/CDCD

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Una persona con disturbi cognitivi o demenza può accedere alla struttura ospedaliera nelle seguenti evenienze:

1. **patologie intercorrenti acute**, di ordine medico o chirurgico, indipendenti dalla malattia di base (nota o non);
2. **elevata comorbidità**: la presenza di demenza complica la gestione delle patologie croniche sottostanti, compromettendo l'abilità dei pazienti di percepire la presenza di un malfunzionamento incipiente, di rilevare la severità della malattia, di riportare accuratamente i sintomi, di seguire con attenzione le prescrizioni mediche...;
3. **complicanze** associate alla patologia di base (cadute, traumi cranici, crisi epilettiche...), o correlate a fasi evolutive della stessa (ritenzione urinaria, disidratazione, disfagia, decubiti...);
4. **insorgenza acuta di un disturbo cognitivo o comportamentale o di uno stato confusionale**.

Si ribadisce la necessità di applicare gli approcci e le competenze specifiche che la patologia richiede a tutte le suddette tipologie di pazienti con disturbi cognitivi o demenza che afferiscono all'AOSGA, anche se il processo di lavoro descritto nel PDTA è focalizzato principalmente sui pazienti di cui al punto 4.

Un disturbo cognitivo o comportamentale o uno stato confusionale ad insorgenza acuta possono rappresentare:

- a) **l'evoluzione peggiorativa di una demenza già nota**, talora non adeguatamente segnalata all'arrivo in PS, eventualmente precipitata da problematiche cliniche intercorrenti (es delirium sovrimposto a demenza o BPSD) o dalla incapacità a sostenere il carico assistenziale domiciliare;
- b) **la prima manifestazione di una demenza misconosciuta**, eventualmente a insorgenza acuta, a rapida evoluzione o ad esordio atipico, oppure occasionalmente slatentizzata da problematiche cliniche intercorrenti;
- c) **la manifestazione di altra patologia acuta non riferibile a demenza** (tossica, metabolica, carenziale, strutturale...) e che necessita di opportuno inquadramento diagnostico-terapeutico.

Vengono di seguito definiti il processo di lavoro e le relative responsabilità degli operatori sanitari che prendono in carico il paziente con demenza e disturbi cognitivi presso PS, altre strutture del DEA, UU.OO. di degenza, CDCD.

 SISTEMI SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

PRONTO SOCCORSO

In sede di PS debbono essere messi in atto tutti gli interventi possibili volti a:

- 1) intercettare tempestivamente il paziente con disturbi cognitivi e demenza;
- 2) a migliorarne la qualità della permanenza in un ambiente potenzialmente ostile per la sua patologia, individuando, quando necessario, una stanza dedicata o “admission room” e consentendo, il più possibile, la presenza e l'accudimento da parte del caregiver familiare o non;
- 3) abbreviarne la durata della permanenza provvedendo, quando possibile, ad una pronta dimissione a domicilio eventualmente con precise indicazioni come di seguito illustrato o ad un ricovero prioritario nei reparti di degenza, quando indicato.

Le suddette raccomandazioni si riferiscono a tutti i pazienti con disturbi cognitivi o demenza, indipendentemente dalla causa, medica o chirurgico-ortopedica, che ha motivato l'accesso in PS.

Step 1: TRIAGE

Il triage in PS, di competenza dell'infermiere triagista, è un processo decisionale complesso e dinamico, composto da un insieme di azioni consequenziali e valutazioni che - attraverso la attribuzione di un codice colore di priorità clinica - stabilisce i tempi e le modalità di accesso del paziente alla visita medica ed alle cure, quindi l'avvio del percorso diagnostico clinico, previa presa in carico da parte dello specialista più idoneo.

1.a Valutazione sulla porta

Per l'attribuzione del codice colore da parte dell'infermiere triagista, dopo aver valutato lo stato di coscienza, è fondamentale considerare la presenza di uno stato di agitazione psicomotoria e aggressività che possa configurare una situazione potenzialmente pericolosa per il paziente stesso e per le persone circostanti. In questa circostanza è prioritaria la sorveglianza attenta del paziente: l'infermiere triagista può interrompere il triage assegnando il codice di massima priorità ed inviare possibilmente il paziente in un locale idoneo (admission room), adeguatamente sorvegliato, facendo attenzione che non vi siano oggetti usabili come strumenti di aggressione e di violenza e che vi sia adeguata distanza con le altre persone in attesa.

1.b Raccolta dati mirata

L'anamnesi dovrebbe essere raccolta o confermata dal principale caregiver o da una persona che conosce la storia personale del paziente e alla quale verranno richiesti:

- anamnesi positiva per disturbi cognitivi e/o diagnosi di malattia di Alzheimer o di altra demenza;
- precedenti psichiatrici;
- modo e tempo di insorgenza del disturbo cognitivo o comportamentale o dello stato confusionale;
- eventuale sintomatologia associata (cefalea, febbre, etc.);
- traumi recenti;
- presenza di patologie organiche (epatopatie, diabete, ipertensione arteriosa, nefropatie, epilessia...);
- uso di farmaci, droghe e/o alcool.

1.c Rilevazione parametri vitali e breve esame fisico mirato

Appena possibile si deve procedere ad esaminare l'aspetto generale, rivalutare lo stato di coscienza, valutare l'orientamento spazio-temporale, la presenza di deficit neurologici motori, il diametro pupillare, l'eventuale presenza di pallore, sudorazione, cianosi delle estremità, vomito e dispnea e rilevare i parametri vitali.

 SISTEMI SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

1.d Definizione della priorità

Nelle more dell'adozione da parte dell'AOSGA dei codici numerici per la definizione delle priorità, come indicato nel documento elaborato dal Tavolo di Lavoro istituito al Ministero della Salute, si fa ancora riferimento al codice colore.

Codice rosso	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Parametri vitali alterati o tutte le altre situazioni in cui il paziente si trova in immediato pericolo di vita ❖ Agitazione con aggressività ❖ Trattamento Sanitario Obbligatorio ❖ Tentato suicidio ❖ Crisi epilettiche
Codice giallo	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alterazioni deliranti del pensiero ❖ Allucinazioni ❖ Disorientamento temporo-spaziale ❖ Recente trauma cranico ❖ Rischio di suicidio

Per il triage di un paziente con disturbi cognitivi o demenza non è prevista l'attribuzione del codice verde o bianco.

Step 2: VALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN SALA VISITA

2.a Anamnesi

Dopo l'attribuzione del codice colore, se la patologia non è di pertinenza dello psichiatra o dell'ortopedico, il medico urgentista procederà con l'anamnesi, elemento cruciale nel determinare la causa dei sintomi. Come già raccomandato, l'anamnesi andrà raccolta con il caregiver o con la persona più informata, alla quale verrà nuovamente espressamente richiesto se il paziente presenta un'anamnesi positiva per disturbi cognitivi e/o diagnosi di malattia di Alzheimer o di altra demenza. L'anamnesi non dovrà trascurare elementi importanti come recente febbre o sindrome influenzale, disidratazione, traumi e l'anamnesi farmacologica con il dosaggio dei farmaci ed eventuali terapie estemporanee (esempio, recente incremento posologico di farmaci sedativi a domicilio). Soprattutto in presenza di delirium, andrà indagato l'uso di farmaci ad azione sul SNC, in particolare farmaci con potenziale azione anticolinergica, che dovranno essere sospesi o impiegati con estrema cautela (Allegato 2).

L'urgentista si potrà avvalere di uno strumento per la valutazione del delirium e del deficit cognitivo, il 4AT (Allegato 3), altamente sensibile e specifico e di facile somministrazione, il cui l'utilizzo facilita l'inquadramento del paziente e la sua gestione in PS.

2.b Procedure infermieristiche

L'infermiere di PS, una volta effettuata una breve anamnesi infermieristica ed un accurato esame obiettivo, effettuerà la presa in carico del paziente attuando gli interventi infermieristici appropriati e le procedure necessarie, provvedendo alla l'esecuzione del prelievo per gli esami ematochimici, dell'EGA, dell'ECG e alla rilevazione dei parametri vitali.

2.c Esame obiettivo e richiesta esami

Il medico urgentista proseguirà quindi con l'esame obiettivo e con la richiesta degli esami strumentali: Rx torace, TC Cranio (necessaria se non sono già chiare le cause del disturbo cognitivo o comportamentale o dello stato di confusione) ed altre indagini ritenute opportune. Sarà cura del medico urgentista richiedere solo gli esami necessari

 SISTEMI SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

per conseguire un buon orientamento diagnostico e la scelta di un corretto regime terapeutico, evitando esami inutilmente costosi sia in termini economici che di sofferenza e disagio per il paziente e i suoi familiari.

2.d Gestione di sintomi specifici

Va sottolineato che la rapida variazione dello stato cognitivo-comportamentale in un paziente affetto da demenza potrebbe sottintendere la presenza di un dolore cronico, misconosciuto o non trattato adeguatamente a domicilio, al quale eventualmente si sovrappone un dolore acuto da patologie intercorrenti. Poiché il dolore è una delle cause di accesso in PS più frequenti nel paziente affetto da demenza, si ribadisce la necessità di una tempestiva identificazione e di una adeguata gestione del dolore da parte dell'infermiere di PS e dello specialista urgentista, eventualmente con l'ausilio di strumenti specifici per la sua rilevazione ed evitando, quando possibile, la somministrazione di oppioidi in acuto.

Relativamente alla gestione farmacologica dei BPSD - che hanno motivato l'accesso del paziente in PS o che sono insorti durante la permanenza dello stesso in PS - quali deliri e allucinazioni che causano distress per il paziente o condizioni di grave agitazione in cui il comportamento del paziente interferisce con procedure mediche improrogabili o è pericoloso per la propria o altrui incolumità, si suggerisce allo specialista urgentista di fare riferimento a quanto indicato nell'Allegato 4.

Step 3. SNODO DECISIONALE

Dopo la valutazione clinica e gli esami specifici, l'urgentista definisce se l'insorgenza acuta del disturbo cognitivo o comportamentale o dello stato confusionale:

- 1. è riferibile ad uno specifico problema specialistico acuto, distinto dalla demenza (nota o misconosciuta)**
 Il paziente segue l'iter specialistico del caso (urgentista/neurologo/chirurgo/neurochirurgo/ortopedico...) con richiesta di consulenza neurologica in PS solamente se il sospetto è quello di una patologia neurologica acuta. Durante il successivo iter diagnostico-terapeutico nel reparto di ricovero, se la complessità nella gestione dei disturbi cognitivi e/o comportamentali lo richiede, lo specialista che prende in carico il paziente potrà eventualmente richiedere una consulenza neurologica o geriatrica - mediante AREAS - secondo i criteri di attribuzione più avanti specificati.
- 2. non è apparentemente riferibile ad altro problema specialistico acuto**
 Viene richiesta la consulenza del neurologo che, sulla base dei dati anamnestici, clinici, di laboratorio e strumentali, potrà rilevare uno specifico problema specialistico acuto, distinto dalla demenza (nota o misconosciuta), non precedentemente identificato e per il quale il paziente verrà avviato all'iter specialistico del caso oppure formulare uno dei seguenti sospetti diagnostici:

2.1 Esordio di demenza/demenza misconosciuta (con eventuale associazione di delirium e/o BPSD)

Se il disturbo cognitivo o comportamentale è verosimilmente riconducibile ad esordio di demenza o a demenza misconosciuta e sono escluse altre cause che richiedano una immediata ospedalizzazione, in accordo con i familiari o i caregiver, si potrà programmare l'iter diagnostico-terapeutico del caso in Day Hospital/Day Service/CDCD segnalando mediante email i dati dei pazienti alla UOC Neurologia e UTN (cdcdneuro@hsangiiovanni.roma.it) o alla UOC Geriatria (geriatria@hsangiiovanni.roma.it).

Sia in questo che negli snodi precedenti e successivi, se non altrimenti specificato, i pazienti verranno indirizzati al neurologo o al geriatra sulla base di due criteri: età e punteggio alla Clinical Frailty Scale (Allegato5). Verranno presi in carico dal geriatra i pazienti con età ≥ 80 anni o con età ≥ 75 anni ma con punteggio alla Clinical Frailty Scale ≥ 4 , verranno presi in carico dal neurologo tutti i pazienti con età < 75 anni o con età tra 75 e 80 anni ma con punteggio alla Clinical Frailty Scale < 4 .

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

Andranno necessariamente ricoverati, presso la UOC Neurologia e UTN o la UOC Geriatria, tutti i pazienti con esordio dei sintomi inferiore a tre mesi, decorso clinico rapidamente evolutivo, quadro clinico atipico, BPSD non altrimenti gestibili (vedi oltre), elevata comorbilità.

2.2 Delirium da cause secondarie (non neurologiche)

In presenza di un delirium da cause secondarie non riconducibili a patologia neurologica acuta, sia in assenza di demenza che sovrapposto a demenza (DSD), la presa in carico è del medico urgentista che dispone il ricovero in ambiente internistico, preferibilmente geriatrico in caso di paziente ≥ 80 anni.

Per il paziente ricoverato in ambiente internistico, durante il successivo iter diagnostico-terapeutico potrà eventualmente essere richiesta (mediante AREAS) una consulenza neurologica o geriatrica sulla base dei criteri sopra enunciati.

2.3 BPSD isolato

In pazienti con diagnosi di demenza nota e BPSD isolato, dovranno essere considerate le eventuali cause ambientali, mediche o farmacologiche dello scompenso comportamentale. Quando possibile, dovrà essere sempre privilegiata la dimissione a domicilio fornendo a familiari e caregiver precise indicazioni per la gestione dei disturbi comportamentali sia di carattere non farmacologico (modifiche ambientali, ricorso ad altre figure per l'assistenza, accesso ai servizi deputati della rete socio-sanitaria) che farmacologico (rivalutazione della terapia già in atto o prescrizione di terapia specifica). Le terapie prescritte dovranno essere monitorate dal medico curante, dallo specialista o dal CDCD di riferimento e, se il paziente non è seguito da uno specialista o da un CDCD e il familiare ne fa espressa richiesta, potrà essere indirizzato al CDCD di riferimento (Allegato 6) o avviato al CDCD dell'AOSGA come sopra indicato.

In specifiche circostanze, quando non si rilevano cause mediche acute ma una incapacità a sostenere il carico assistenziale domiciliare, già in PS può essere richiesta tramite GIPSE una consulenza del Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) che svolge le funzioni di:

- inquadrare la situazione sociale del paziente e del suo contesto familiare e relazionale di riferimento;
- proporre, in base alla rete di servizi del territorio del paziente e al suo stato, gli interventi più opportuni per la sua presa in carico a livello territoriale, indicando modalità operative personalizzate di protezione per ciascuna situazione critica, ad esempio ammissione a Centro Diurno, ricovero in strutture residenziali o semiresidenziali, ricovero in RSA estensive per disturbi comportamentali (Allegato 7).

Solo in caso di dimostrata inefficacia degli interventi farmacologici e psicosociali già attuati e/o di una situazione di grave disagio di familiari e caregiver può essere proposto il ricovero ospedaliero (e, quando necessario, il successivo trasferimento in altra struttura deputata).

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

Considerata la fragilità della persona affetta da disturbi cognitivi o demenza, si ribadisce la necessità - laddove è stato disposto il ricovero ospedaliero - di limitarne la durata di permanenza in PS provvedendo ad un ricovero prioritario nei reparti di degenza come sopra indicato o, nella momentanea indisponibilità del posto letto, ad un temporaneo ricovero in Holding Area.

Per degenze di durata prevista inferiore alle 36 ore il paziente potrà essere ricoverato presso l'OBI.

Sarà compito del medico urgentista coordinare e garantire il percorso del paziente all'interno dell'ospedale, sia durante la permanenza in PS che nel successivo eventuale ricovero in Holding Area, al fine di raggiungere il setting assistenziale idoneo come già illustrato, attraverso il supporto del Bed Manager se necessario.

 SISTEMI SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

HOLDING AREA

Nel percorso di continuità tra PS e reparto di degenza, i pazienti per i quali non è ancora disponibile il posto letto nel reparto competente dell' AOSGA (o, nei casi previsti, in altro ospedale o struttura di ricovero) sono temporaneamente ricoverati in Holding Area dove vengono:

- esplicitamente riportati nella cartella clinica la diagnosi o il sospetto diagnostico di disturbo cognitivo o demenza;
- garantita l'adesione alle buone pratiche per la gestione clinica e per l'assistenza al paziente con demenza e disturbi cognitivi indicate nell'Allegato 1;
- stabilizzate e monitorate le condizioni dei pazienti in attesa di posto letto;
- proseguite le cure e gli accertamenti iniziati al momento dell'accettazione;
- messi in atto tutti gli interventi che consentano l'accesso al reparto di destinazione nel minor tempo possibile.

E' in questa fase che viene allertato l'infermiere Case Manager (ICM) per la fase iniziale della presa in carico del paziente.

UOC NEUROLOGIA E UTN, UOC GERIATRIA, ALTRE UU.OO. DI DEGENZA

Per tutti i pazienti ricoverati nei reparti di degenza, individuati sulla base del sospetto diagnostico formulato all'ingresso e, laddove indicato, dei criteri aggiuntivi di età e punteggio alla Clinical Frailty Scale, devono essere:

- esplicitamente riportati nella cartella clinica la diagnosi o il sospetto diagnostico di disturbo cognitivo o demenza;
- garantita l'adesione alle buone pratiche per la gestione clinica e per l'assistenza al paziente con demenza e disturbi cognitivi indicate nell'Allegato 1;
- prontamente avviato l'iter diagnostico-terapeutico del caso individuando, laddove possibile, un percorso prioritario;
- tempestivamente formulata, se precedentemente misconosciuta, la diagnosi di disturbo cognitivo o demenza (Disturbo Neurocognitivo Lieve o Maggiore) sulla base dei criteri del DSM-5; la precisazione del tipo di demenza può richiedere un esame neuropsicologico mirato e il ricorso ad indagini liquorali e/o di neuroimaging avanzato in accordo ai criteri diagnostici correnti;
- coinvolta la figura dell'ICM che si fa carico del percorso individuale di cura divenendo il responsabile dell'effettiva continuità dello stesso, coordinando i rapporti con il personale sanitario, i familiari/caregiver, i servizi territoriali, le istituzioni, individuando i bisogni assistenziali, inclusi quelli di carattere sociale, mediante l'utilizzo del Professional Assessment Instrument, uno strumento infermieristico per la pianificazione dell'assistenza attraverso la definizione delle diagnosi infermieristiche e l'attuazione degli interventi più appropriati per il soddisfacimento dei bisogni;
- definiti precocemente eventuali bisogni di carattere socio-assistenziale del paziente e della famiglia. A tal proposito, si ricorda che - in base alla Procedura aziendale D.G.646 del 18.7.2018 - in mancanza di un riferimento familiare e in casi di particolare fragilità sociale il Medico o il Coordinatore o infermiere referente del reparto possono avvalersi della collaborazione del SSO richiedendo la consulenza dell'assistente sociale di riferimento mediante AREAS. Il SSO, coinvolto già nelle prime fasi di accesso al reparto con le funzioni precedentemente illustrate, si prefigge di garantire al paziente e al suo nucleo familiare una informativa adeguata sulle risorse disponibili del territorio di riferimento e - in base alle specifiche situazioni - anche l'attivazione, in accordo con il paziente e/o caregiver/familiare, di servizi domiciliari o strutture semiresidenziali o residenziali e/o altri interventi sociali e socio-sanitari, anche con la collaborazione del volontariato, consultabili nell'Allegato 7;
- messe in atto tutte le procedure che consentano, alla stabilizzazione clinica, una precoce dimissione, privilegiando la modalità domiciliare e programmando e concordando con la famiglia eventuali accertamenti e controlli clinici in modalità di dimissione protetta;
- riportate nella cartella clinica e nella lettera di dimissione informazioni dettagliate sullo stato cognitivo, psichico-comportamentale e funzionale del paziente, eventualmente avvalendosi di una o più scale standardizzate - quando indicato - come quelle elencate nell'allegato 8; per il paziente dimesso a domicilio

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

la lettera di dimissione dovrà prevedere informazioni mirate per il MMG e il consiglio di effettuare entro breve termine almeno una visita di controllo da parte dello stesso MMG;

- fornite, alla dimissione, informazioni per affidare (o riaffidare) - quando necessario - il paziente al CDCD dell'AOSGA (o a quello di riferimento) per una presa in carico globale in integrazione con i servizi territoriali socio-assistenziali. In questo caso, al fine di garantire la continuità della relazione instaurata durante la degenza con il paziente e il familiare/caregiver, l'invio viene fatto al CDCD afferente alla U.O. di ricovero, indipendentemente dai criteri anagrafici e di fragilità precedentemente enunciati;
- facilitato il trasferimento in strutture di post-acuzie o RSA per quei pazienti che necessitano di cure riabilitative o clinico-internistiche o che non sono assistibili a domicilio, come indicato nell'Allegato 7.

CDCD

Come definito nel PND, il Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) effettua la presa in carico delle persone con disturbi cognitivi e/o demenza. Formula la diagnosi, definisce il piano di interventi farmacologici, riabilitativi e psico-sociali ed ottempera alle implicazioni sulla prescrizione dei farmaci previste dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) (ad esempio la nota 85 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale serie generale n. 65 del 1973/2009 e il Comunicato sull'uso degli antipsicotici del 8/5/2009). In collaborazione con il MMG, il CDCD programma il follow-up monitorando l'aderenza alla terapia e gli eventuali effetti collaterali, la progressione di malattia, la comparsa o il peggioramento dei disturbi del comportamento, la rivalutazione dell'appropriatezza del piano terapeutico.

Relativamente al presente PDTA, si puntualizza che il paziente può essere inviato al CDCD della UOC Neurologia e UTN (presidio Santa Maria, Palazzina L, cdcneuro@hsangiiovanni.roma.it) o all'ambulatorio/ CDCD della UOC Geriatria (presidio Addolorata, Piano Terra, geriatria@hsangiiovanni.roma.it) per le seguenti finalità:

1. dall'area DEA - a fini diagnostici - in caso di pazienti che hanno fatto accesso in PS per sospetto disturbo cognitivo o demenza, in cui sono escluse altre cause che richiedano una immediata ospedalizzazione e in accordo con i familiari o i caregiver;
2. dall'area DEA - per il monitoraggio di una terapia prescritta de novo dallo specialista neurologo in PS - in caso di pazienti con diagnosi di demenza nota che hanno fatto accesso in PS per BPSD isolato, che non sono già seguiti da uno specialista o da un CDCD e per i quali i familiari avanzano espressa richiesta di presa in carico;
3. alla dimissione dalle UU.OO. di degenza - per il monitoraggio della evoluzione clinica e dell'appropriatezza della terapia prescritta - in caso di pazienti con disturbo cognitivo o demenza che sono stati ricoverati per problematiche acute o per situazioni di particolare criticità e/o complessità.

IL CASE MANAGER NEL PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI

L'infermiere Case Manager (ICM) prende in carico il caso, cioè si occupa di coordinare i processi garantendo la continuità della cura e favorendo la *compliance* del paziente e del suo nucleo d'appartenenza e concilia le risposte necessarie al soddisfacimento dei bisogni del paziente e dei familiari compatibilmente alle risorse disponibili, facendo da tramite tra i diversi servizi di cura presenti sul territorio. Con l'utente al centro del processo, l'ICM - facendo un lavoro di squadra - collabora a coordinare le risorse provenienti dalla comunità, dal team socio-sanitario della persona e dal sistema che finanzia il percorso salute dell'utente (il Sistema Sanitario Nazionale), nel tentativo di riequilibrare le circostanze che hanno portato alla complessità assistenziale. Per realizzare l'organizzazione delle reti attraverso il case management si tiene conto, oltre al *Chronic Care Model*, del modello di assistenza di Jean Watson applicato alla relazione terapeutica. Gli aspetti chiave della teoria dello *Human Caring* elaborata da Watson sono:

- aver cura della persona in modo umano con un orientamento scientifico verso i processi, i fenomeni e le esperienze di cura
- avere una prospettiva Ontologica

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

- essere in relazione con l'ambiente e in contatto con il tutto.

Tra i vari strumenti di cui si avvale l'ICM, oltre alla Scheda di Presa in Carico del Case Manager, riveste fondamentale rilevanza il Professional Assessment Instrument (allegato 9).

Considerato che l'autonomia decisionale della persona affetta da demenza può variare nelle diverse fasi di malattia e incidere sull'adesione dello stesso al percorso di cura, sul proprio coinvolgimento e sull'*empowerment*, diventa necessario un adeguato approccio con i familiari e/o caregiver di riferimento prestando attenzione ai loro bisogni e alla loro capacità di essere disponibili a prendersi carico di un difficile e spesso sconosciuto percorso. Il cambiamento comportamentale del proprio assistito e le difficoltà nel gestire la malattia possono provocare disturbi sia della sfera emotiva che di quella fisica e compromettere la qualità della vita del caregiver: di qui l'importanza di rilevarne il carico assistenziale anche con l'utilizzo di idonei strumenti quali il Caregiver Burden Inventory.

MAPPA DELLE FUNZIONI DELL'ICM NELLA GESTIONE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CON DISTURBI COGNITIVI E DEMENZA

<u>FUNZIONI TECNICHE ASSISTENZIALI</u>
L'ICM partecipa alla progettazione del percorso del paziente insieme all'equipe
L'ICM valuta, organizza e pianifica il percorso assistenziale del paziente già condiviso dall'equipe assistenziale
L'ICM analizza le situazioni del paziente e del percorso
L'ICM applica e fa applicare la CLINICAL PATHWAY/CARE MAP già condivisa nell'ambito dell'equipe assistenziale
L'ICM trasmette le informazioni al paziente e al caregiver utilizzando il <i>COLLOQUIO DI COUNSELLING</i>
<u>FUNZIONI TECNICHE GESTIONALI SPECIFICHE</u>
L'ICM utilizza in modo appropriato le risorse a disposizione
L'ICM predispone insieme all'equipe la Clinical Pathway/Care Map
L'ICM raccoglie le informazioni sul paziente e sul grado di sostegno della famiglia/caregiver
L'ICM individua i bisogni del caregiver

 SISTEMI SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

SCHEMA DELLE ATTIVITA'

FAS E	ATTIVITA'	COME	QUANDO	MOTIVO	RESPONSABILE
TRIAGE	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione sulla porta Raccolta dati mirata Rilevazione parametri vitali e breve esame fisico mirato Definizione delle priorità 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valutazione stato coscienza e sintomi potenzialmente pericolosi ✓ Colloquio con paziente e familiare/caregiver ✓ Esame generale e ricerca di specifici segni obiettivi ✓ Attribuzione codice colore 	Dopo l'arrivo in PS	<ul style="list-style-type: none"> Riconoscere la presenza di un disturbo cognitivo o di demenza Stabilire tempi e modalità di accesso alla visita medica 	CPSI triagista
	<ul style="list-style-type: none"> Anamnesi Esame obiettivo Richiesta di esami strumentali 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colloquio con paziente e familiare o caregiver ✓ Somministrazione della scala 4AT ✓ Visita medica generale e neurologica ✓ Richiesta esami su GIPSE 	Dopo il triage	<ul style="list-style-type: none"> Formulare un sospetto diagnostico iniziale ed escludere cause secondarie del disturbo cognitivo/comportamentale o del delirium 	Medico internista o urgentista del PS
	<ul style="list-style-type: none"> Rilievo dei parametri vitali Prelievo ematico, EGA e ECG Breve anamnesi infermieristica ed esame obiettivo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rilevazioni a letto (barella) del paziente ✓ Richiesta di esami ematici su GIPSE 	Dopo il triage	<ul style="list-style-type: none"> Escludere cause secondarie 	CPSI del PS
	<ul style="list-style-type: none"> Coinvolgimento eventuale di specialista del caso 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Richiesta di consulenza specialistica su GIPSE 	Dopo la esecuzione indagini di laboratorio e strumentali e riesame del paziente	<ul style="list-style-type: none"> Specifico problema specialistico acuto distinto dalla demenza Avvio a iter specialistico 	Medico internista o urgentista del PS
SALA VISITA	<ul style="list-style-type: none"> Coinvolgimento del neurologo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Richiesta di consulenza specialistica neurologica su GIPSE 	Dopo la esecuzione indagini di laboratorio e strumentali e riesame del paziente	<ul style="list-style-type: none"> Non apparente evidenza di altro problema acuto specialistico 	Medico internista o urgentista del PS

 SISTEMI SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

SALA VISITA	<ul style="list-style-type: none"> • Consulenza neurologica 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valutazione dei dati clinici e strumentali disponibili ed esame obiettivo neurologico ✓ Scala di fragilità (CFS) 	Dopo la richiesta di consulenza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Precisione del sospetto diagnostico ▪ Definizione della più idonea assegnazione del paziente in accordo PDTA e col medico del PS 	Specialista neurologo, con il supporto del bed manager per quanto di competenza
HOLDING AREA	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilizzazione e monitoraggio del paziente in attesa di assegnarlo al reparto di destinazione 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Competenza specialistica ✓ Età e punteggio alla CFS ✓ Coinvolgimento ICM per presa in carico del paziente ✓ Disponibilità PL 	Dopo le consulenze specialistiche in PS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Momentanea indisponibilità PL nel reparto di destinazione ▪ Individuazione adeguato setting assistenziale 	Medico internista o urgentista della Holding Area, con il supporto del bed manager per quanto di competenza Infermiere Case Manager
UOC NEUROLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione acuzie quando necessita assistenza medico/infermieristica in reparto neurologico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Attivazione iter diagnostico/terapeutico individuando, se possibile, un percorso prioritario 	Alla disponibilità di PL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demenza all'esordio o misconosciuta ▪ BPSD isolato ▪ età <75 anni o 75-80 anni e CFS <4 	Specialista neurologo, con il supporto del case manager
UOC GERIATRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione acuzie quando necessita assistenza medico/infermieristica in reparto geriatrico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Attivazione iter diagnostico/terapeutico individuando, se possibile, un percorso prioritario 	Alla disponibilità di PL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Come sopra, ma età ≥80 anni o ≥75 anni e CFS ≥4 ▪ Delirium da cause secondarie ed età ≥80 anni 	Specialista Geriatra, con il supporto del case manager
UOC MEDICINA *	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione acuzie quando necessita assistenza medico/infermieristica in regime di ricovero 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Attivazione iter diagnostico/terapeutico individuando, se possibile, un percorso prioritario 	Alla disponibilità di PL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Delirium da cause secondarie ed età <80 anni 	Specialista Internista, con il supporto del case manager per quanto di competenza
UU.OO. MEDICHE E	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione acuzie quando necessita assistenza medico/infermieristica in specifico reparto di ricovero 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Attivazione iter diagnostico/terapeutico individuando, se possibile, un percorso prioritario 	Alla disponibilità di PL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appropriata gestione di tutte le altre condizioni di acuzie distinte da quelle sopraelencate 	Medici specialisti in organico alle UU.OO., con il supporto del case manager

Analisi proattiva dei processi – Metodo Kipling

*Lo specialista che prende in carico il paziente, durante il ricovero, può richiedere tramite AREAS una consulenza neurologica o geriatrica sulla base dei criteri di età e fragilità indicati nel PDTA.

 SISTEMI SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

RACCOMANDAZIONI

1. In tutte le fasi del percorso ospedaliero, dall'accesso in PS al ricovero in UO di degenza, è necessario per i medici e gli infermieri - in particolare in caso di persone ≥ 65 anni - sospettare e riconoscere la presenza di un disturbo cognitivo o di una demenza, basandosi sulla osservazione e/o sulla narrazione della persona e sulle informazioni anamnestiche riferite da familiari e caregiver.
2. E' necessario mettere in atto interventi per prevenire l'ospedalizzazione di pazienti con disturbi cognitivi o demenza e garantirne le cure nel proprio ambiente di vita ma, in presenza di patologie acute che richiedono le tecnologie e le cure ospedaliere, queste debbono essere garantite al pari degli altri pazienti.
3. E' necessario che i pazienti con disturbo cognitivo o demenza vengano avviati a setting e percorsi assistenziali ospedalieri appropriati, processo che richiede - tra l'altro - la pronta disponibilità e fruibilità delle informazioni sul paziente in ogni fase e - laddove opportuno - il supporto dell'équipe multiprofessionale e multidisciplinare dedicata.
4. Affinchè il medico possa prendere decisioni rispettose dei valori del paziente, che in alcuni casi può aver perso la capacità di accettare o rifiutare un trattamento o di fornire il consenso informato a un trattamento sanitario, è necessario coinvolgere i familiari nella relazione di cura e, specificamente, verificare se sia stato indicato un fiduciario (Legge 22 dicembre 2017, n. 219) o un amministratore di sostegno (Legge 9 gennaio 2004, n. 6).
5. E' necessario da parte da tutte le figure professionali, inclusi gli operatori delle associazioni di volontariato, adottare una condotta basata sul rispetto e sulla tutela della dignità della persona con disturbi cognitivi o demenza e promuovere una cultura che contrasta lo stigma e l'isolamento sociale della persona malata e dei suoi familiari.
6. E' necessario da parte da tutte le figure professionali, per quanto di competenza, promuovere stili di vita salutari e adoperarsi per un maggior controllo delle patologie che possono arrecare un danno al sistema nervoso centrale, ad esempio quelle cardiovascolari, poiché tali interventi hanno un dimostrato tangibile effetto in termini di prevenzione dei disturbi cognitivi e della demenza.

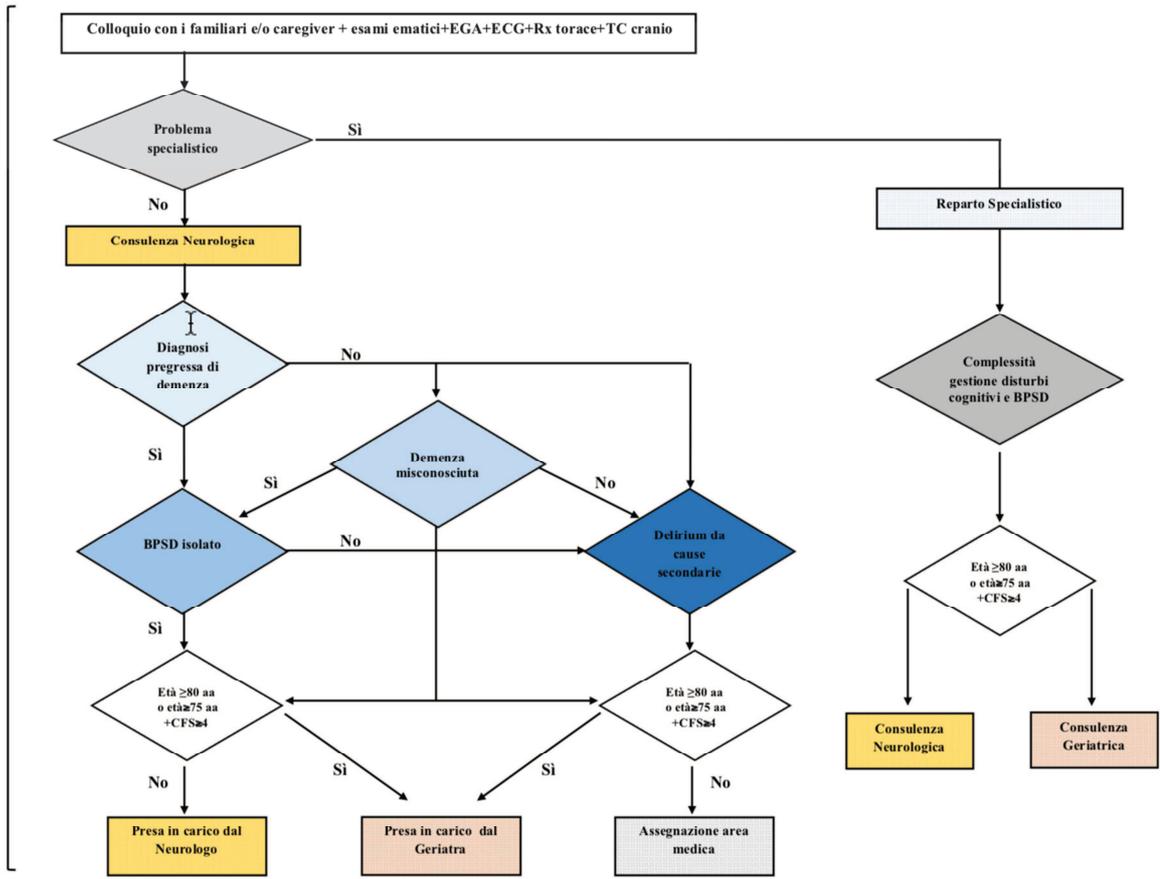
FORMAZIONE

Un supporto indispensabile per la corretta applicazione del PDTA è rappresentato dalla promozione di iniziative di formazione/aggiornamento sulla qualificazione dei processi assistenziali interni all'ospedale relativi ai pazienti con disturbi cognitivi e demenza. Tali iniziative dovranno essere rivolte a tutte le figure professionali che operano all'interno dell'AOSGA e inserite nell'ambito della formazione continua ECM aziendale.

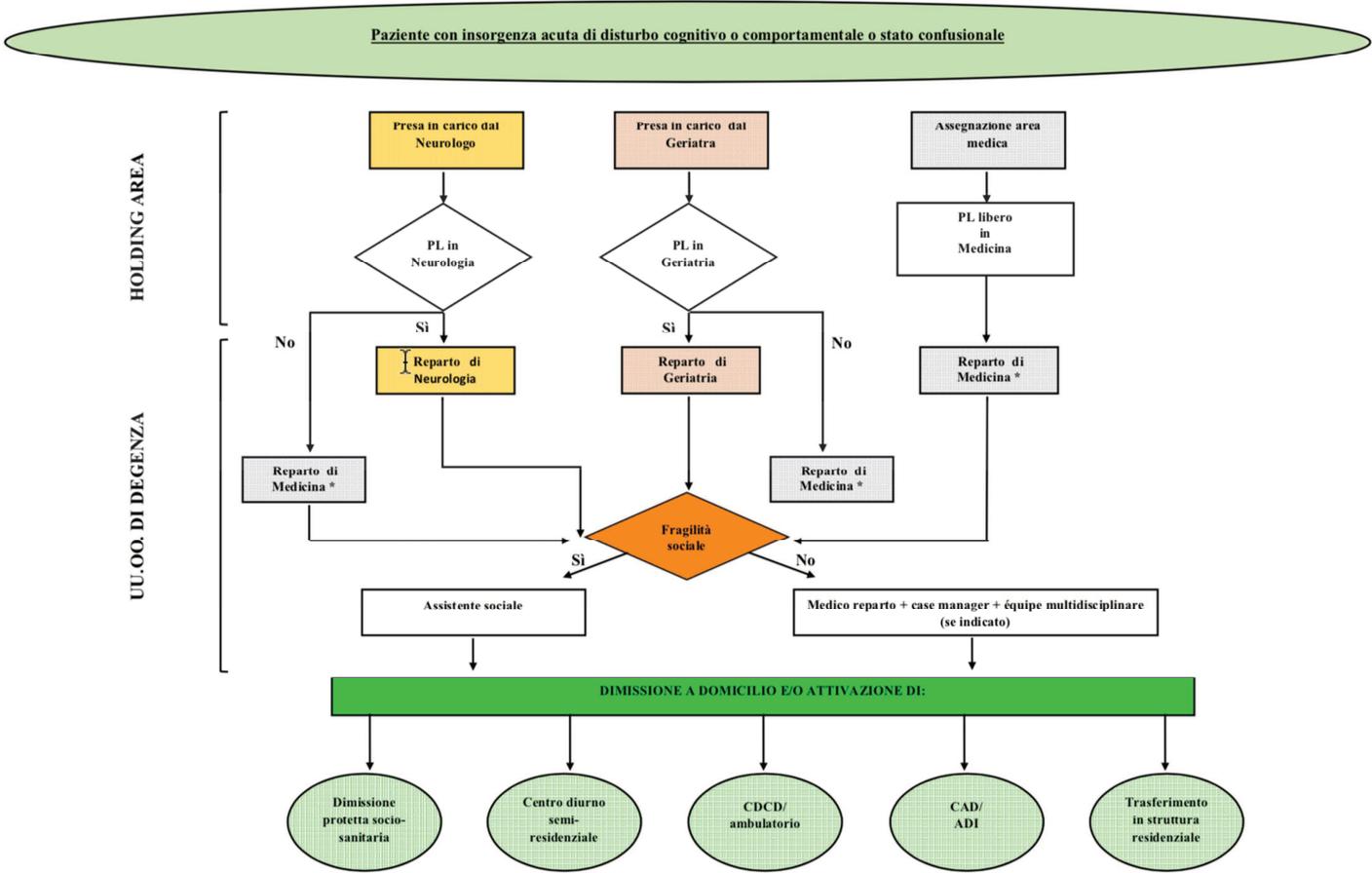
**DIAGRAMMA DI FLUSSO
 (PARTE I)**

Paziente con insorgenza acuta di disturbo cognitivo o comportamentale o stato confusionale

PRONTO SOCCORSO



**DIAGRAMMA DI FLUSSO
(PARTE II)**



*Si può richiedere tramite AREAS una consulenza neurologica o geriatrica sulla base dei criteri di età e fragilità

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

MATRICE DI RESPONSABILITA

L'adozione della presente procedura, nelle varie fasi operative, deve avvenire in maniera sistematica da parte di tutto personale coinvolto nel rispetto delle specifiche competenze e con le seguenti matrici di responsabilità:

FIGURE PROFESSIONALI  ATTIVITA'	DIRETTORE SANTARIO	DMPO	UOSD RISCHIO CLINICO	DAI	DIRETTORI UU.OO.	COORDINATORI DELL'ASSISTENZA	REFERENTE GDL	GRUPPO DI LAVORO	UOSD FORMAZIONE
<i>Elaborazione del documento</i>	A	A	I	A	I	I		R	
<i>Corretta applicazione del PDTA</i>					R	R			
<i>Formazione del personale</i>			I					R	R¹
<i>Monitoraggio degli indicatori e Verifica applicazione PDTA</i>							R	R	
<i>Eventuale revisione del PDTA</i>							R	R	
<i>Diffusione del PDTA</i>					R	R			
<i>Archiviazione del documento</i>							R		
<i>Pubblicazione del documento su intranet aziendale</i>			R						

R = Responsabile dell'azione, C = Collaboratore, A = Approvazione, I = Informato

¹La UOSD Formazione, didattica e ricerca curerà l'organizzazione dei corsi aziendali

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

BIBLIOGRAFIA

1. ALCOVE Project (2013). The European Joint Action on Dementia. Synthesis Report 2013. Alzheimer COoperative Valuation in Europe (ALCOVE), 2013.
2. American Psychiatric Association (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.
3. Banchieri G, Cavasino S, Lucchetti R, et al. Percorso Demenza (2016) Le raccomandazioni SIQuAS sull'integrazione tra sanità e sociale come chiave di lettura. Franco Angeli.
4. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. (2003). The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. Hospital Quarterly, 7, 73-82.
5. Bellelli G, Morandi A, Davis DH, et al. (2014). Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. Age Ageing, 43:496-502.
6. Bianchetti A, Scala V. (2003). Etica delle demenze. Dementia Update, 16:29-36.
7. Bo M, Bonetto M, Bottignole G, et al. (2016). Length of stay in the emergency department and occurrence of delirium in older medical patients. J Am Geriatr Soc. 64(5):1114-9. doi: 10.1111/jgs.14103.
8. Caltagirone C, Bianchetti A, Di Luca M, et al. Italian Association of Psychogeriatrics (2005). Guidelines for the treatment of Alzheimer's disease from the Italian Association of Psychogeriatrics. Drugs Aging, 22 Suppl. 1:1-26.
9. Case Management Society of America: Standards of Practice for Case Management (2010).
10. Chiari P, Santullo A (2010). L'infermiere case manager dalla teoria alla prassi. McGraw-Hill editore.
11. Cotroneo AM (2014). La persona affetta da demenza in Pronto Soccorso. 14° congresso nazionale AIP, Firenze.
12. DCARegione Lazio 22 dicembre 2014, n. U00448. Recepimento dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata Stato Regioni - Rep. Atti n. 135/CU del 30 ottobre 2014 "Piano Nazionale Demenze - strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze". Riorganizzazione delle Unità Valutative Alzheimer (U.V.A.) regionali in Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)-Centri diagnostico specialistici e Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)-Centri territoriali esperti.
13. Hsieh SJ, Madahar P, Hope AA, et al. (2015). Clinical deterioration in older adults with delirium during early hospitalisation: a prospective cohort study. BMJ Open 2015;5:e007496. doi:10.1136/bmjopen-2014-007496.
14. Hunt LJ, Ritchie CS, Cataldo Jk, et al. (2018). Pain and emergency department use in the last month of life among older adults with dementia. J Pain Symptom Manage, 56(6):871-877.
15. Kathol RG, Perez R, Cohen JS (2014). Manuale di Case Management Integrato. Casa Editrice Ambrosiana.
16. Legge 9 gennaio 2004, n. 6. "Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I°, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizioni e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali". G.U. Serie generale n.14, del 19 gennaio 2004.
17. Legge 22 dicembre 2017, n.219. "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". G.U. Serie generale n.12, del 16 gennaio 2018.
18. Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze. Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze (5/07/2017).
19. Mappa online dei servizi. Osservatorio demenze dell'Istituto Superiore di Sanità. Disponibile a: <https://demenze.iss.it/mappaservizi>.
20. Musicco M et al. for the Dementia Study Group of the Italian Neurological Society (2004). Italian Neurological Society Guidelines for the diagnosis of dementia: I revision. Neurol Sci, 25: 154-182.
21. NHS Digital. Recorded dementia diagnoses, November 2017. Disponibile a: <https://digital.nhs.uk/dataand-information/publications/statistical/recorded-dementia-diagnoses/november-2017>.
22. NICE (2010). Delirium: Diagnosis, Prevention and Management. (Clinical Guideline 103). National Institute for Health and Clinical Excellence. Available at: www.nice.org.uk/CG103.
23. Piano Nazionale Demenze (2015) - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze. G.U. Serie generale n.9, del 13 gennaio 2015.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA</p>	<p>PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri</p>	<p>DATA 29/07/2019</p> <hr/> <p>REV 00</p>
---	--	--

24. Regione Lombardia, ATS Brescia. Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale Decadimento Cognitivo/Demenza. 3° edizione dicembre 2016 (precedenti 2011 – 2013).
25. Russ TC, Parra MA, Lim AE, et al. (2015). Prediction of general hospital admission in people with dementia: cohort study. *Br J Psychiatry*, 206 (2):153-9. doi: 10.1192/bjp.bp.113.137166. Epub 2014 Nov 13.
26. Reus JV, Fochtmann LJ, Eyler AE et al. (2016). The American Psychiatric Association practice guideline on the use of antipsychotics to treat agitation or psychosis in patients with dementia. *American J. of Psychiatry* 173:5, 543-546.
27. Rotter T, Kinsman L, James E, et al. (2012). The effects of clinical pathways on professional practice, patient outcomes, length of stay, and hospital costs: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eval Health Prof.*, 35(1):3-27. doi: 10.1177/0163278711407313. Epub 2011 May 24.
28. WHO. Global Plan of Action on the Public Health Response to Dementia 2017-2025. Global Strategy 70th World Health Assembly, 29 May 2017.
29. World Health Organization (2019). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines.
30. UNECE (2015). “Dignity and non-discrimination for persons with dementia”, UNECE policy brief on ageing. No 16. www.unece.org/population/ageing/policybriefs/html.
31. Winblad B, Amouye IP, Andrieu S et al. (2016). Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for european science and society. *Lancet Neurology*, 15(5):455-532.
32. World Alzheimer Report 2016. Improving healthcare for people living with dementia: Coverage, quality and costs now and in the future. Published by Alzheimer's Disease International (ADI), London. September 2016 <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2016>.
33. World Alzheimer Report 2018 : the state of the art of dementia research: new frontiers. ADI (Alzheimer's Disease International). <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf>.
34. Zieschang T, Dutzi I, Muller E, et al. (2010). Improving care for patients with dementia hospitalized for acute somatic illness in a specialized care unit: a feasibility study. *Int Psychogeriatr*. 22(1):139-46. doi: 10.1017/S1041610209990494. Epub 2009 Jul 15.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

ALLEGATO 1.

Buone pratiche per la gestione clinica e per l'assistenza al paziente con demenza e disturbi cognitivi

1.a Adattare l'ambiente per rendere più familiare il contesto ospedaliero

- Ricoverare, quando possibile, il paziente in camere singole
- Far sì che non vi sia più di una persona agitata in ciascuna stanza di degenza
- Evitare spostamenti di stanza
- Utilizzare una appropriata illuminazione nelle ore diurne e luci soffuse nelle ore notturne
- Limitare i rumori molesti
- Dotare la stanza di orologi e calendari
- Consentire la presenza di oggetti personali o provenienti dall'ambiente domestico
- Prevedere percorsi specifici e spazi protetti dove il paziente possa muoversi liberamente

1.b Favorire la comunicazione con il paziente

- Ascoltare quello che il paziente dice o tenta di dire e cercare di identificare i suoi bisogni anche con l'osservazione della mimica, della gestualità e del comportamento
- Ricercare costantemente un contatto visivo con il paziente
- Adottare un linguaggio semplice e diretto
- Chiamare il paziente con il suo nome
- Rassicurare il paziente e ricordargli frequentemente che giorno è e dove si trova
- Spiegare sempre cosa si sta facendo, dando istruzioni chiare, brevi e assertive
- Ridurre il più possibile l'avvicendamento delle persone di assistenza
- Superare eventuali barriere linguistiche e culturali con l'aiuto di interpreti e mediatori culturali
- Prevedere il coinvolgimento di familiari o caregiver al fine di favorire il riorientamento del paziente e prevenire comportamenti potenzialmente lesivi

 SISTEMI SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

1.c Adeguare le cure e le pratiche cliniche agli specifici bisogni del paziente

- Valutare la presenza di disturbi della deglutizione
- Favorire l'assunzione di cibo e bevande
- Correggere i deficit sensoriali promuovendo l'uso di occhiali e protesi acustiche quando richiesti
- Sollecitare il paziente alla mobilitazione precoce con adeguata assistenza
- Iniziare precocemente, quando necessario, trattamenti di fisioterapia
- Favorire, quando possibile, l'autonomia nelle attività basali della cura della persona
- Regolarizzare la funzione intestinale
- Limitare l'uso di cateteri vescicali
- Promuovere un sufficiente sonno notturno e mantenere la vigilanza favorendo attività diurne
- Indagare sempre la eventuale presenza di condizioni di discomfort o di dolore e trattarle nella maniera più consona
- Evitare il ricorso alla contenzione fisica che va messa in atto solo se strettamente richiesta e sempre in conformità alle linee guida aziendali
- Rafforzare le misure di sorveglianza del paziente e dell'ambiente
- Rivalutare l'appropriatezza di farmaci psicoattivi (Allegato 2) evitando la brusca sospensione di quelli che possono generare dipendenza o sindrome da sospensione
- Somministrare con la dovuta cautela farmaci antipsicotici e benzodiazepine (Allegato 4)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

ALLEGATO 2.

Farmaci potenzialmente in grado di causare o peggiorare uno stato confusionale acuto

Agenti centrali	Ansiolitici/ipnoinduttori Es: benzodiazepine
	Antiepilettici Es: barbiturici
	Anti-Parkinson Es: dopaminergici, anticolinergici
Analgesici	Oppioidi Es: morfina, meperidina*
	FANS*
Anti-istaminici	Farmaci di prima generazione Es: idrossizina
Farmaci gastrointestinali	Antispastici
	H2 antagonisti*
Agenti anti-nausea	Scopolamina
	Dimenidrato
Antibiotici	Fluoro-chinolonic*
Antidepressivi, stabilizzanti dell'umore	Triciclici Es: nortriptilina
	Litio*
Antipsicotici	Fenotiazine Es: clorpromazina
Farmaci cardiologici	Digitale*
	Anti-aritmici
Anti-ipertensivi	Beta-bloccanti
	Metildopa
Altri farmaci	Miorilassanti
	Corticosteroidi
	Es: prednisolone

*E' richiesto un adeguamento posologico in pazienti con insufficienza renale

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

ALLEGATO 3.

4-AT Test di valutazione per il delirium e il declino cognitivo

Cerchiare la risposta corretta

[1] VIGILANZA

Valuta lo stato di vigilanza del paziente (dal sopore, caratterizzato ad esempio da difficoltà a risvegliarsi o addormenti durante l'esecuzione del test, all'agitazione /iperattività). Osservare il paziente. Se dorme, provare a risvegliarlo, richiamandolo, o con un leggero tocco sulla spalla. Chiedere al paziente di ripetere il proprio nome e l'indirizzo della propria abitazione.

Normale (completamente vigile, non agitato durante tutta la valutazione)	0
Moderata sonnolenza per <10 secondi dopo il risveglio, poi normale	0
Chiaramente anomala (iperattivo, agitato o marcatamente soporoso)	4

[2] AMT4

Età, data di nascita, luogo (nome dell'ospedale e dell'edificio), anno corrente.

Nessun errore	0
1 errore	1
>2 errori/ instabile	2

[3] ATTENZIONE

*Chiedere al paziente: "per favore, mi dica i mesi dell'anno in ordine contrario, partendo da dicembre"
Per aiutare la comprensione della domanda, è consentito inizialmente questo suggerimento: "qual è il mese prima di dicembre?"*

Mesi dell'anno a ritroso	E' in grado di ripetere senza errori ≥7 mesi	0
	Inizia ma riporta < 7 mesi/ rifiuta di iniziare	1
	Test non effettuabile (paziente indisposto, assonnato o disattento)	2

[4] CAMBIAMENTO ACUTO O DECORSO FLUTTUANTE

Dimostrazione di un evidente cambiamento o di un decorso fluttuante relativamente all'attenzione, alla comprensione o altre funzioni cognitive - comportamentali (ad esempio ossessioni e/o allucinazioni) con esordio nelle ultime 2 settimane e ancora presenti nelle ultime 24 ore

No	0
Si	4

≥4: possibile delirium +/- deficit cognitivo
 1-3: possibile deficit cognitivo
 0: delirium o deficit cognitivo severo improbabile (ma il delirium potrebbe essere possibile se l'item [4] è incompleto)

Punteggio 4AT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

NOTE PER L'USO DEL 4AT

Versione 1.2. Informazioni e download al sito: www.the4AT.co

Il 4AT è uno strumento di screening ideato per un assessment rapido del delirium e del deficit cognitivo.

Un punteggio >4, ancorché non diagnostico, suggerisce la presenza di delirium: una valutazione più dettagliata dello stato mentale è richiesta per ottenere la diagnosi.

Un punteggio compreso tra 1 e 3 suggerisce deficit cognitivo e impone una valutazione più dettagliata dello stato cognitivo e un colloquio aggiuntivo con il caregiver per indagare lo stato mentale.

Un punteggio pari a 0 non esclude in modo categorico la presenza di delirium o deficit cognitivo: una valutazione più dettagliata può essere richiesta in relazione al contest clinico.

Gli items 1-3 sono valutati solamente sulla base dell'osservazione *del paziente all'atto della valutazione*.

L'item 4 richiede informazioni da una o più sorgenti (ad es. infermieri, altri membri dello staff, medico di famiglia, caregiver, documentazione sanitaria, etc).

L'esaminatore deve tenere in conto di eventuali barriere della comunicazione (ipoacusia, afasia, difficoltà linguistiche) nella somministrazione del test e nell'interpretazione dei risultati.

Vigilanza: un alterato stato di allerta è molto suggestivo per la presenza di delirium in setting ospedaliero. Se il paziente mostra variazioni notevoli dell'arousal (vigilanza) durante l'esecuzione del test, il punteggio è 4.

Cambiamento acuto o decorso fluttuante: una fluttuazione dello stato cognitivo può avvenire anche in assenza di delirium nei pazienti affetti da demenza, ma una fluttuazione marcata generalmente indica delirium.

Per elicitare la presenza di allucinazioni o sintomi psicotici porre al paziente domande tipo "E' preoccupato/a di qualcosa in questo momento?"; "Si sente spaventato/a da qualcosa o qualcuno?"; "Ha sentito/visto qualcosa di strano qui?" Generalmente i sintomi psicotici in ambiente ospedaliero riflettono più frequentemente delirium che non una patologia psichiatrica funzionale (come la schizofrenia).

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

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

ALLEGATO 4.

Il trattamento farmacologico dei sintomi psicotici nel paziente anziano

L'intervento non farmacologico rappresenta la prima linea sia nella prevenzione che nel trattamento dei BPSD.

Il trattamento farmacologico deve essere riservato solo alla gestione di sintomi psicotici, quali deliri e allucinazioni, che causano distress al paziente o alle condizioni di grave agitazione, quando il comportamento del paziente interferisce con procedure mediche improrogabili o è pericoloso per la propria o altrui incolumità. In ogni caso, deve essere preso in considerazione solo dopo il fallimento dell'intervento non farmacologico.

L'intervento farmacologico per os deve essere considerato la prima opzione da tentare, laddove le condizioni cliniche lo consentano, e – comunque – è controindicata la somministrazione di antipsicotici per via ev.

Tra gli antipsicotici tipici (o di prima generazione), l'aloiperidolo è quello più comunemente utilizzato per la sua alta affinità per i recettori dopaminergici, la minore attività anticolinergica, la rapidità di azione e la possibilità di più vie di somministrazione. Rispetto all'aloiperidolo, gli antipsicotici atipici (o di seconda generazione) sono associati ad un tempo di risposta più breve e una minore incidenza di effetti extrapiramidali

Non vi sono evidenze sull'efficacia degli antipsicotici nel loro insieme nel trattamento del delirium sovrapposto a demenza e l'uso dovrebbe essere evitato nei pazienti con parkinsonismo o demenza a corpi di Lewy.

In tutti i pazienti, particolarmente in quelli anziani, l'utilizzo di farmaci antipsicotici di prima e seconda generazione è gravato da una lunga serie di possibili effetti collaterali.

Principali effetti collaterali degli antipsicotici nel paziente anziano
▪ Sedazione
▪ Confusione
▪ Deterioramento cognitivo
▪ Allungamento del Q-T e aritmie ventricolari
▪ Crisi epilettiche
▪ Ictus
▪ Morte improvvisa
▪ Parkinsonismo
▪ Acatisia*
▪ Sindrome maligna da neurolettici*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

*Nel paziente in terapia con antipsicotici prestare sempre attenzione alla presenza di una possibile sindrome maligna da neurolettici o di acatisia che può essere confusa con le manifestazioni di uno stato confuso-agitato.

Nell'anziano le benzodiazepine costituiscono un fattore di rischio per il delirium e possono causare eccitamento paradossale.

Va evitata l'associazione con antipsicotici, rispetto ai quali presentano una maggiore rapidità di azione e un'azione più sedativa.

Il lorazepam è preferibile per il basso rischio di accumulo, la mancanza di metaboliti attivi e la possibilità di predirne la biodisponibilità quando somministrato intramuscolo.

Non vi è alcuna evidenza sulla efficacia delle benzodiazepine nel trattamento routinario del delirium nell'anziano il cui utilizzo dovrebbe essere limitato alle seguenti condizioni:

- ✓ astinenza da alcool o sostanze sedative
- ✓ delirium in corso di crisi epilettiche
- ✓ sindrome maligna da neurolettici

Il trattamento farmacologico dei sintomi psicotici nel paziente anziano

Farmaco	Dosaggio consigliato
Aloperidolo	0.5-1 mg PO o IM; ripetibile ogni 4 ore (PO) o dopo 60 minuti (IM)
Risperidone	0.5-1mg PO ripetibile dopo 2-4 ore evitare di superare i 2-3 mg/die
Olanzapina	2.5-5 mg/die PO formulazione orodispersibile
Quetiapina	25-50 mg PO, BID
Lorazepam	0.5-1 mg PO o EV; ripetibile ogni 4 ore

(PO= via orale; IM= via intramuscolare; EV= via endovenosa)

Dopo un intervento farmacologico è necessario un monitoraggio clinico del paziente, scegliendo i parametri e la frequenza in considerazione del farmaco utilizzato, delle condizioni del paziente e della via di somministrazione utilizzata:

- ogni paziente sedato dovrebbe essere tenuto sotto stretto contatto visivo;
- nelle situazioni di sedazione profonda si consiglia di monitorare pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria, saturazione O₂ e temperatura corporea ogni 30 minuti nelle prime 6 ore;
- nel caso di pazienti contenuti monitorare idratazione, diuresi, polso e pressione arteriosa ogni due ore.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

ALLEGATO 5.

CLINICAL FRAILTY SCALE – SCALA CLINICA PER LA FRAGILITA’

Questa scala clinica per valutare la fragilità del paziente deve essere utilizzata dal Medico di Medicina Generale e richiede il suo giudizio clinico. Il MMG deve inserire il paziente nella categoria che lo descrive meglio. Le diverse categorie sono ben illustrate nelle corrispondenti brevi descrizioni. La maggior parte degli aspetti da considerare sono ben noti ai MMG (ad esempio: se il paziente ha patologie attive, se esse sono ben controllate, o se il paziente presenta sintomi di malattia). Alcuni aspetti potrebbero richiedere domande aggiuntive da rivolgere al paziente (per esempio se lui/lei necessita di aiuto per attività strumentali della vita quotidiana di livello superiore (IADL) quali la gestione delle finanze, dei trasporti, l’effettuare lavori domestici pesanti, la gestione dei farmaci; se lui/lei ha bisogno di aiuto con tutte le attività all’aperto e con la cura della casa; o se lui/lei necessita di un aiuto anche per le attività di base come lavarsi o vestirsi).

	1 – MOLTO IN FORMA		6 – MODERATAMENTE FRAGILE
<p>Persona forte, attiva, energica e motivata. Pratica regolare esercizio fisico e appartiene alla categoria di persone più in forma fra la propria fascia d’età.</p>		<p>Queste persone hanno bisogno di assistenza in tutte le attività esterne alla casa e nella gestione delle finanze. Spesso hanno difficoltà a salire le scale, hanno bisogno di aiuto per lavarsi e possono avere bisogno di aiuto per vestirsi.</p>	
	2 – IN FORMA		7 – SEVERAMENTE FRAGILE
<p>Persone che non hanno sintomi della malattia attivi, ma che sono meno in forma rispetto alle persone della categoria 1. Praticano spesso sport o sono a volte molto attive, a seconda della stagione.</p>		<p>Completamente dipendenti per la cura personale, per qualunque tipo di causa (fisica o cognitiva). Tuttavia, sembrano stabili e non ad alto rischio di morte (entro ~ 6 mesi).</p>	
	3 – SE LA CAVA BENE		8 – MOLTO SEVERAMENTE FRAGILE
<p>Persone, i cui problemi medici sono ben monitorati, ma non sono però regolarmente attive al di fuori della normale deambulazione quotidiana esterna.</p>		<p>Queste persone si avvicinano al decesso e sono completamente dipendenti dagli altri. Se si ammalassero di qualsiasi malattia, molto probabilmente non riuscirebbero a riprendersi.</p>	
	4 – VULNERABILE		9 - MALATO TERMINALE
<p>Anche se non dipendenti dall’aiuto degli altri nella vita quotidiana, queste persone sono spesso limitate nelle loro attività a causa di sintomi di malattia. Spesso lamentano di sentirsi "rallentati" e / o stanchi durante il giorno.</p>		<p>Queste persone hanno un’aspettativa di vita <6 mesi e si avvicinano alla fine della vita, anche se la loro condizione non è così marcatamente visibile.</p>	
	5 – LIEVEMENTE FRAGILE	<p>Libera traduzione della Clinical Frailty Scale.</p> <p>I 7 stadi della versione originale inglese sono stati sviluppati da K. Rockwood e coll., testati psicometricamente (Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495) e applicati come parte dello studio canadese sulla salute e l’invecchiamento (CSHA) e ulteriormente sviluppati (Geriatric Medicine Research, Dalhousie University. Clinical Frailty Scale. 2007-9. http://geriatricresearch.medicine.dal.ca/clinical_frailty_scale.htm).</p>	
<p>Persone spesso evidentemente rallentate nei movimenti e nelle attività più impegnative della vita quotidiana (es. gestione delle finanze, locomozione, lavori domestici pesanti, gestione dei farmaci) e hanno bisogno di aiuto. Sono in genere sempre più limitate nello shopping, nella deambulazione autonoma, nella preparazione</p>			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

	dei pasti e nei lavori domestici.	
--	-----------------------------------	--

ALLEGATO 6.

Elenco CDCD della Regione Lazio

Per tutte le informazioni riguardanti la ubicazione e l'accesso ai CDCD di Roma e del Lazio è possibile consultare la mappa online dei servizi per le demenze sul sito Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità al link <https://demenze.iss.it/>

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA</p>	<p>PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri</p>	DATA 29/07/2019
		REV 00

ALLEGATO 7.

Interventi e interlocutori territoriali competenti nel settore delle demenze

DIMISSIONE PROTETTA

La Dimissione Protetta è un servizio di assistenza domiciliare della durata massima di 60 giorni, rivolto alle persone ultrasessantacinquenni in fase di dimissione da un ricovero, per garantire un rientro protetto nel proprio domicilio e la continuità delle cure necessarie, quando la famiglia non è in grado di garantirle

A seguito della richiesta di attivazione, fatta dal SSO, una équipe composta da personale del CAD della ASL di appartenenza e da un assistente sociale del relativo Municipio effettua la valutazione e avvia gli interventi concordati.

ASSISTENZA DOMICILIARE

L'assistenza domiciliare è un percorso assistenziale a domicilio preposto a rispondere ai bisogni di salute delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, esaminati tramite specifici strumenti e scale di valutazione multiprofessionali e multidimensionali, propedeutiche per la presa in carico della persona - sia nelle sue necessità sanitarie che in quelle sociali - attraverso la definizione di un PAI (Piano Assistenziale Individuale).

Prevede un programma di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi di tipo occasionale, a ciclo programmato (ADP) o integrato (ADI) finalizzati a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita della persona assistita.

La richiesta di cure domiciliari viene effettuata mediante il modello unico regionale, previsto dal DCA 413/12 e reperibile sulla procedura aziendale "Piano di Dimissioni", che va inoltrato alla Centrale operativa Assistenza Domiciliare (CARE) per i residenti nella ASL Roma 2 o al CAD di riferimento (in base al territorio di residenza) che assegna il caso all'Unità Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) per la presa in carico secondo la residenza del paziente.

Per le dimissioni protette, in data 4 luglio 2019 è stato stipulato un protocollo di intesa con il Municipio 1 con delibera numero 585/CS.

CENTRO DIURNO ALZHEIMER

Il Centro Diurno Alzheimer è un servizio socio-sanitario integrato rivolto a persone affette da malattia di Alzheimer ed altre demenze.

Il familiare della persona con malattia di Alzheimer si rivolge al P.U.A. (Punto Unico di Accesso) o al Segretariato Sociale del Municipio di residenza che accoglie la domanda di inserimento al Centro diurno e la invia all'assistente sociale referente.

Per tutte le informazioni riguardanti la ubicazione e l'accesso ai Centri Diurni Alzheimer di Roma e del Lazio è possibile consultare la mappa online dei servizi per le demenze sul sito Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità al link <https://demenze.iss.it/>

PUA

Il PUA è un servizio istituito e presente in ogni territorio di residenza che nasce dalla collaborazione tra i Distretti Sanitari e i Municipi con un modello di lavoro che favorisce l'integrazione tra servizi del Municipio e della ASL.

E' disponibile per i cittadini che hanno necessità di ricevere un orientamento o informazioni sulle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie del territorio e sulle modalità per accedere ad esse.

Avvia la presa in carico di situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi che necessitano della valutazione multidimensionale e della presa in carico integrata sociosanitaria.

 SISTEMI SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

TERAPIA POST-ACUZIE (RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA)

La prestazione di “post-acuzie” si caratterizza per la necessità di erogare un complesso di cure con finalità riabilitative (“riabilitazione”) o clinico-internistiche (“lungodegenza post-acuzie”), aventi un obiettivo definito e raggiungibile in un arco temporale relativamente prevedibile e comunque limitato.

La richiesta di trasferimento viene effettuata dai medici del reparto di degenza mediante compilazione dell’apposito “modulo unico per la richiesta di trasferimento”.

STRUTTURE RESIDENZIALI (RSA)

Le strutture residenziali forniscono un complesso integrato di interventi, a prevalente carattere assistenziale piuttosto che terapeutico, erogati a soggetti con patologie croniche, non autosufficienti e non assistibili a domicilio, all’interno di idonei “nuclei” accreditati per la specifica funzione. La prestazione è connotata da aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell’assistenza, anche in ragione della prolungata durata della degenza.

I percorsi che portano alle prestazioni residenziali possono prevedere la provenienza dell’utente dall’ospedale per acuti, da una struttura di post-acuzie o dal domicilio.

L’accesso alle strutture avviene a seguito della richiesta, da parte del SSO, di una valutazione multidimensionale effettuata dalla UVM del territorio di residenza del paziente che redige un PAI.

RSA ESTENSIVE PER DISTURBI COGNITIVO COMPORTAMENTALI GRAVI

Prestazioni rivolte a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria, con carattere di temporaneità e durata strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno di cure.

La *respite care* può rendersi necessaria per sostenere i caregiver dando loro la possibilità di sospendere transitoriamente l’assistenza alla persona, in condizioni di *burden* molto elevato.

L’accesso avviene previa preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM e redazione del PAI

Le strutture deputate sono:

- Casa di Cura Villa Grazia (Roma)
- Italian Hospital Group (Guidonia)
- Istituto San Giovanni Di Dio Fatebenefratelli (Genzano di Roma)
- RSA Cori (provincia di Latina)
- RSA Santa Rufina (provincia di Rieti)

RETE DELLE CURE PALLIATIVE E FINE VITA (INCLUSO L’HOSPICE)

L’attivazione della rete delle cure palliative deve essere garantita ad ogni persona con demenza, in qualunque momento si renda necessario, nei diversi setting assistenziali.

PRINCIPALI ASSOCIAZIONI DEI FAMILIARI

Svolgono iniziative di ascolto e sostegno alle persone e ai loro familiari, organizzano convegni e corsi sulla patologia e sulla sua prevenzione, formano personale specializzato per l’assistenza, promuovono modelli specifici di assistenza, supportano i familiari nell’iter burocratico per il riconoscimento dei diritti sociali e nei rapporti con le istituzioni.

ALZHEIMER UNITI ROMA ONLUS

Viale Prospero Colonna 46 - 00149 Roma (RM) - telefono: 06-69426665

ASSOCIAZIONE ALZHEIMER ROMA ONLUS

Via Monte Santo 54 -00195 Roma (RM) - telefono: 06-37500354

SOS ALZHEIMER ONLUS

Viale Bruno Rizzieri 120 - 00173 Roma (RM) - telefono: 06-7291017

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

ALLEGATO 8.

Strumenti per la valutazione del paziente con disturbi cognitivi e demenza e del suo caregiver

Valutazione cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Mini Mini Mental State Examination (MMSE) [Folstein, 1975] • Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) [Pfeiffer, 1975]
Valutazione funzionale	<ul style="list-style-type: none"> • Activities of Daily Living (ADL) [Kats, 1970] • Instrumental Activities of Daily Living (IADL) [Lawton & Brody, 1969]
Valutazione psico-affettiva e comportamentale	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatric Depression Scale (GDS) [Yesavage, 1983] • Neuropsychiatric Inventory (NPI) [Cummings, 1994]
Quantificazione gravità della demenza	<ul style="list-style-type: none"> • Clinical Dementia Rating Scale (CDR) [Morris, 1993]
Valutazione del carico del caregiver	<ul style="list-style-type: none"> • Caregiver Burden Inventory (CBI) [Novak & Guest, 1989]

Tali strumenti sono utilizzabili in modo flessibile ed integrabili con altri strumenti validati per eventuali approfondimenti coerenti con la tipologia del singolo caso clinico.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

ALLEGATO 9.

PROFESSIONAL ASSESSMENT INSTRUMENT DEL PAZIENTE AFFETTO DA DISTURBI COGNITIVI O DEMENZA

Di seguito sono elencati le principali diagnosi ed interventi infermieristici che possono riguardare il paziente affetto da demenza

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

DIAGNOSI	DEFINIZIONI
D017 Disturbo del modello di sonno	Riduzione della durata del sonno, che provoca disagio o interferenza con le attività di vita desiderate
D026 Memoria alterata	Incapacità di ricordare informazioni o abilità comportamentali (l'alterazione della memoria può essere attribuita a cause fisiopatologiche o situazionali che possono essere temporanee o permanenti)
D028 Confusione cronica	Prolungato e progressivo deterioramento irreversibile delle facoltà intellettive e della personalità, caratterizzato dalla ridotta capacità di interpretare correttamente gli stimoli ambientali e dalla ridotta capacità di funzionamento dei processi di pensiero, che si manifesta con disturbi della memoria, dell'orientamento e del comportamento
D029 Confusione acuta	Improvvisa comparsa di cambiamenti e disturbi transitori dell'attenzione, della sfera cognitiva, dell'attività psicomotoria, del livello di coscienza e/o del ciclo sonno-veglia
D030 Ansia	Vago senso di disagio, la cui fonte è spesso non specifica o sconosciuta alla persona.
D031 Paura	Sensazione di timore, correlata ad una fonte identificabile, che viene percepita come una minaccia o un pericolo per il sé
D040 Adattamento (coping) inefficace della persona	Alterazione dei comportamenti adattivi e della capacità di risolvere i problemi in rapporto al soddisfacimento delle esigenze e dei ruoli della vita. (I metodi per trattare le situazioni stressanti della vita sono insufficienti a controllare l'ansia, la paura o la collera)
D041 Non adesione	Mancato rispetto di una raccomandazione terapeutica, nonostante la decisione informata e l'intenzione espressa di conseguire obiettivi terapeutici.
D027 Difficoltà di interazione sociale	Stato in cui la partecipazione della persona agli scambi sociali è insufficiente/eccessiva per quantità o inefficace per qualità

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	PDTA DEMENZA E DISTURBI COGNITIVI UOC Neurologia e UTN UOC Geriatria UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione UOC Direzione Medica Presidi Ospedalieri	DATA 29/07/2019
		REV 00

INTERVENTI

I.03.00 Misurazione /monitoraggio Neurologico e Cognitivo
I.20:00 Incolumità della persona – Riduzioni dei rischi
I.22.00 Accoglienza /informazione
I.24.00 Educazione sanitaria e apprendimento
I.29.00 Orientamento all'utilizzo del sistema sanitario
I.27.00 Adattamento (coping) della persona
I.23.00 Continuità assistenziale
I.25.00 Comunicazione: orientamento e sostegno

DELIBERAZIONE

N. 91/DG DEL 23 Set. 2019Si attesta che la deliberazione: è stata
pubblicata sull'Albo Pretorio on-line in data23 Set. 2019

- è stata inviata al Collegio Sindacale in data:

23 Set. 2019

- data di esecutività:

23 Set. 2019

Deliberazione originale
Composta di n. 43 fogli
Esecutiva il 23 Set. 2019

f.to

Il Direttore UOC Affari Generali
e gestione amministrativa ALPI
(Dr.ssa Angela Antonietta Giuzio)