

## DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

OGGETTO: Adozione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la presa in carico dei paziente con Demenza PDTA  
 DEMENZE

STRUTTURA PROPONENTE: AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Centro di Costo: \_\_\_\_\_ L'Estensore: ANGELA SBARDELLA Il presente Atto contiene dati sensibili

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento

AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Dott.ssa MARIA FRANCA MULAS

Dr.ssa PATRIZIA CHIERCHINI



L'Atto non comporta impegno di spesa

Parere del Direttore Amministrativo Dr. Francesco Quagliariello

Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Non favorevole

Parere del Direttore Sanitario Dr. Gennaro D'Agostino

Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Non favorevole

Il presente provvedimento si compone di n.59 pagine di cui n.56 pagine di allegati

Il Commissario Straordinario  
**Dr. Giuseppe Quintavalle**

## **IL DIRETTORE DELL'AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA**

**Vista** la deliberazione del Commissario Straordinario n. 1 del 1° gennaio 2016, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla legge regionale n. 17 del 31.12.2015 e dal DCA n. 606 del 30.12.2015;

**Visto** il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00013 del 5 aprile 2023 con il quale è stato nominato Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1, il dott. Giuseppe Quintavalle

**Visto** l'atto di autonomia Aziendale, approvato con Deliberazione n. 1153 del 17/12/2019, recepito con DCA U00020 del 27/01/2020 e pubblicato sul BURL del 30/01/2020 n. 9 con il quale, tra l'altro, è stata istituita L'Area di Direzione Ospedaliera;

**Richiamata** la Deliberazione n. 179 del 27.2.2020 avente ad oggetto "Atto aziendale della ASL ROMA 1 approvato con atto deliberativo n. 1153 del 17.12.2019 – *Presa d'atto dell'esito positivo del procedimento di verifica regionale – Attuazione del nuovo modello organizzativo*" la quale prevede l'attivazione della sopra citata Area di Direzione Ospedaliera e delle UU.OO.CC. nella stessa ricomprese;

**Vista** la Deliberazione n. 347 del 08/07/2022 avente ad oggetto "*Sistema aziendale di deleghe e conseguente individuazione delle competenze nell'adozione degli atti amministrativi*", con la quale, tra l'altro, sono state individuate le competenze nell'adozione degli atti amministrativi e successiva integrazione giusta Deliberazione n. 329 del 15.3.2024 avente ad oggetto "Sistema aziendale di deleghe e conseguente individuazione delle competenze nell'adozione degli atti amministrativi"

**Vista** la Determinazione G15691/2020 "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA nella cronicità"

**Vista** la Determinazione G18206/2022 "Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022 n. 643 "Approvazione del documento Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'art. 1 comma 2 del citato provvedimento"

**Vista** la Determinazione G02706/2023 "Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale G14215 del 19 ottobre 2022"

**Vista** la Determinazione G08955/2023 "Programmazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi specifici di potenziamento dell'offerta di assistenza domiciliare integrata, previsti nel Piano Operativo Regionale di cui alla DGR 182/2023 in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute. Componente 1.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina"

**Vista** la Determinazione Regione Lazio G01705 del 10 febbraio 2023 Approvazione del documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le persone con Demenza nella Regione Lazio

**Richiamata** la Delibera ASL Roma1 n.371 del 22.6.2023 “Protocollo di intesa tra Roma Capitale - Dipartimento politiche sociali e salute e ASL Roma 1,2,3, per l'erogazione integrata degli interventi all'interno dei CDA presenti sul territorio di Roma capitale e servizio di accompagnamento alla dimissione”

**Premesso che** la ASL Roma 1 propone un approccio integrato per affrontare le minacce per la salute secondo il Modello One Health e che il PDTA rappresenta uno strumento per realizzare tale modello in quanto percorso di presa in carico del Paziente globale per ogni bisogno assistenziale del paziente dalla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) alla riabilitazione tramite interventi multiprofessionali e multidisciplinari che interessano diversi ambiti: psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità con il coinvolgimento del territorio e dei MMG in un percorso integrato di cura, sia territoriale sia ospedaliero, orientato alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico

**Ritenuto** che il PDTA si prefigge di garantire:

- la facilità del paziente nell'accesso alle cure;
- un percorso diagnostico fluido ed efficace;
- l'impostazione tempestiva della terapia;
- la presa in carico dello specifico bisogno di salute nel tempo

**Tenuto conto** che la prevalenza delle demenze è in crescente aumento nella popolazione generale tanto che il rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'Alzheimer Disease International (ADI) del 20122 l'ha definita una priorità mondiale per le agende nazionali di salute pubblica

**Attestato** che il presente provvedimento a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

## **PROPONE**

Per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di adottare il “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la presa in carico dei pazienti con Demenza (PDTA DEMENZE) Asl Roma1 e relativi allegati che formano parte integrante del presente atto
- “di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69, nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali e autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alla finalità di pubblicazione”.

Il Responsabile  
del procedimento  
Dr.ssa Maria Franca Mulas

FIRMATO  
DIGITALMENTE

Il Direttore di Area  
Area Direzione Ospedaliera  
Dr.ssa Patrizia Chierchini

FIRMATO  
DIGITALMENTE

## IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

In virtù dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii;
- dall'art. 8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii;

nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00013 del 5 aprile 2023;

**Letta** la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente Responsabile dell'Unità in frontespizio indicata;

**Preso atto** che il Direttore della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge n. 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;



**Acquisiti** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio

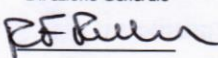
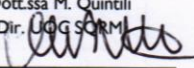
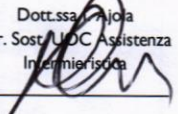
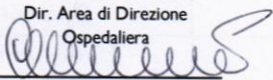
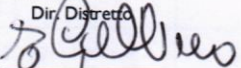
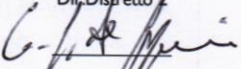
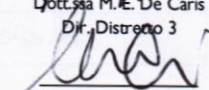
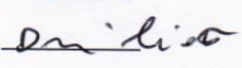
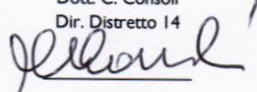
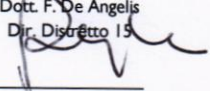

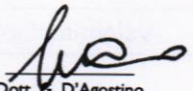
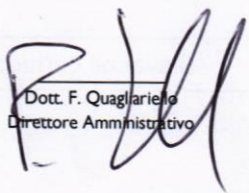
## DELIBERA

- di adottare il "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la presa in carico dei paziente con Demenza (PDTA DEMENZE) Asl Roma1 e relativi allegati che formano parte integrante del presente atto
- "di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69, nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali e autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alla finalità di pubblicazione".

Il Direttore della Struttura proponente provvederà all'attuazione della presente deliberazione curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici/organismi rispettivamente interessati.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dott. Giuseppe Quintavalle  
FIRMATO DIGITALMENTE

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1</p>	<p><b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA 1</b></p>	 <p><b>REGIONE LAZIO</b></p>
---	--	---

DATA	REVISIONE	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
18/12/2024	Rev.0 (Emissione)	<p>Per il GdL Dott.ssa M.F. Mulas Direzione Generale</p> 	<p>Dott.ssa M. Quintili Dir. U.O.G. SORMI</p>  <p>Dott.ssa A. Ajola Dir. Sost. U.O.C. Assistenza Infermieristica</p>  <p>Dott.ssa P. Chierchini Dir. Area di Direzione Ospedaliera</p>  <p>Dott.ssa E. Gullino Dir. Distretto</p>  <p>Dott. C. G. De Gregorio Dir. Distretto 2</p>  <p>Dott.ssa M.E. De Caris Dir. Distretto 3</p>  <p>Dott.ssa D. Biliotti Dir. Distretto 13</p>  <p>Dott. C. Consoli Dir. Distretto 14</p>  <p>Dott. F. De Angelis Dir. Distretto 15</p> 	<p>Dott. G. Quintavalle Commissario Straordinario</p>  <p>Dott. S. D'Agostino Direttore Sanitario Aziendale</p>  <p>Dott. F. Quagliariello Direttore Amministrativo</p> 

## GRUPPO DI LAVORO

<b>Nome e Cognome</b>	<b>Unità di appartenenza</b>
Maria Concetta Altavista	Direttore UOC Neurologia San Filippo Neri- Responsabile del PDTA
Luca Cipriani	Direttore UOC Geriatria Nuovo Regina Margherita- Responsabile del PDTA
Angelamaria Falanga	Neurologa Responsabile CDCD Esperto Santa Maria della Pietà
Andrea Foti	Resp.le CDCD Specialistico -UOC Neurologia San Filippo Neri
Paolo Parente	Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale ASL Roma 1
Claudio Consoli	Direttore Distretto 14
Maria Ester De Caris	Direttore f.f. Distretto 3
Irma Ajola	Direttore f.f. UOC Assistenza infermieristica e ostetrica
Francesca Liturri	Care Manager
Irene Indovina	Assistente Sociale CDCD-SMP
Valentina Ciofani	Psicologa CDCD-SMP
Antonella Gemma	UOC Percorsi per cronicità, disabilità adulti e non autosufficienza, Distretto 13
Giovanna Carluccio	Direzione Generale

## SOMMARIO

PREMESSA .....	3
ABBREVIAZIONI .....	3
PDTA E MODELLO ONE HEALTH .....	5
PREVENZIONE.....	6
PREVENZIONE PRIMARIA .....	6
PREVENZIONE SECONDARIA .....	7
PREVENZIONE TERZIARIA .....	8
IL PDTA-DEMENZE .....	9
1. EPIDEMIOLOGIA .....	9
2. CAMPO E LUOGO DI APPLICAZIONE .....	10
3. FASI DEL PDTA .....	17
3.1 PRIMA FASE: INVIO .....	18
3.2 SECONDA FASE: DIAGNOSI, CLASSIFICAZIONE DI GRAVITA' .....	20
3.3 TERZA FASE: PRESA IN CARICO E TERAPIA .....	22
3.4 TELEMEDICINA E TELEASSISTENZA.....	26
3.5 FLOW-CHART PERCORSI .....	26
4. PROTEZIONE DEL PAZIENTE CON DEMENZA TRAMITE VACCINAZIONE .....	31
5. INDICATORI .....	33
6. FORMAZIONE PERSONALE .....	34
7. AUDIT .....	34
8. INFORMAZIONE ALL'UTENZA .....	34
9. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....	34
10. ALLEGATI .....	35



## PREMESSA

### Le Demenze

Le Demenze rappresentano un insieme di patologie caratterizzate dalla presenza di deficit cognitivi e conseguenti alterazioni funzionali, spesso associati a disturbi comportamentali (Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia-BPSD) progressivamente evolutivi con perdita dell'autonomia (IADL) fino alla perdita dell'autosufficienza (ADL).

La prevalenza delle demenze è in crescente aumento nella popolazione generale tanto che il rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'Alzheimer Disease International (ADI) del 2012<sup>2</sup> l'ha definita una priorità mondiale per le agende nazionali di salute pubblica.

Nel 2000 il Ministero della Salute italiano e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno sviluppato il progetto "Cronos" con l'obiettivo di valutare l'efficacia e la sicurezza del trattamento farmacologico con gli Inibitori dell'Acetilcolinesterasi (AChE) nei pazienti con malattia di Alzheimer. A tal fine si è sviluppata una rete diffusa sul territorio nazionale di più di 500 ambulatori dedicati, le Unità Valutative Alzheimer (UVA), ora definiti Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD).

Nel 2014 il Ministero della Salute ha presentato il "Piano Nazionale Demenze"<sup>3</sup> (PND) che indica 4 obiettivi:

- potenziamento degli interventi e delle misure di politica sanitaria e sociosanitaria;
- creazione di reti integrate per la gestione delle persone affette da demenza;
- implementazione di strategie e interventi per l'appropriatezza e la tempestività delle cure;
- aggiornamento continuo delle figure professionali coinvolte, insieme alla diffusione collettiva delle conoscenze della malattia, al fine di abbatterne lo stigma e creare comunità "dementia friendly".

## ABBREVIAZIONI

AChE = Inibitori dell'AcetilColinEsterasi

ADI = Assistenza Domiciliare Integrata (servizi cure domiciliari)

ADI = Alzheimer Disease International

ADL = Activities of Daily Living

AdS = Amministratore di Sostegno

AFA = Attività Fisica Adattata

AIFA = Agenzia Italiana del Farmaco

ALCOVE = Alzheimer Cooperative Valuation in Europe

AMA = Auto-Mutuo-Aiuto

ASL = Azienda Sanitaria Locale

BPSD = Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia

BURL = Bollettino Ufficiale Regione Lazio

CBD = Corticobasal Dementia

CBI = Caregiver Burden Inventory

CDA = Centro Diurno Alzheimer

CdC = Casa di Comunità

CDCD = Centro Disturbi Cognitivi e Demenze

CDR = Clinical Dementia Rating scale

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 3 di 36
--	--------------	----------------------	--------------



COA = Centrale Operativa Aziendale  
 COT-D = Centrale Operativa Territoriale Distrettuale  
 COT-H = Centrale Operativa Ospedaliera  
 CP = Cure Palliative  
 CSM = Centro Salute Mentale  
 DAT = Disposizioni Anticipate di Trattamento  
 DCA = Decreto Commissario ad Acta  
 DCCG = Disturbi Cognitivi e Comportamentali Gravi  
 DM = Decreto Ministeriale  
 EOD = Early Onset Dementia  
 FTD = FrontoTemporal Dementia  
 GPCog = General Practitioner Assessment of Cognition  
 IADL = Instrumental Activities of Daily Living  
 IfeC = Infermiere di Famiglia e Comunità  
 ISS = Istituto Superiore di Sanità  
 ISTAT = Istituto nazionale di Statistica  
 MCI = Mild Cognitive Impairment  
 MMG = Medico di Medicina Generale  
 MSA = Atrofia MultiSistemica  
 NAD = Nutrizione Artificiale Domiciliare  
 NIA = National Institute on Aging  
 NINDS-AIREN = National Institute of Neurological Disorders and Stroke –  
 Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences  
 NPI = NeuroPsychiatric Inventory  
 NRM = Nuovo Regina Margherita  
 OMS = Organizzazione Mondiale della Sanità  
 PAC = Pacchetto Ambulatoriale Complesso  
 PAI = Progetto Assistenziale Individuale  
 PCA = Atrofia Corticale Posteriore  
 PDTA = Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale  
 PET-FDG = Positron Emission Tomography con FluorDeossiGlucosio  
 PND = Piano Nazionale Demenze  
 PNRR = Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza  
 PRP = Piano Regionale Prevenzione  
 PS = Pronto Soccorso  
 PUA = Punto Unico di Accesso  
 RSA = Residenza Sanitaria Assistenziale  
 SAISA = Servizio Autonomia e Integrazione Sociale Anziani  
 SCD = Subjective Cognitive Decline  
 SFN = San Filippo Neri  
 SIAT = Sistema Informativo Assistenza Territoriale  
 SIATESS = Sistema Informativo Assistenza Territoriale Sociale, Sanitaria e Sociosanitaria  
 SMP = Santa Maria della Pietà  
 SUS = Scheda Unica Segnalazione  
 UCP = Unità Cure Primarie  
 UOC = Unità Operativa Complessa  
 UVA = Unità Valutativa Alzheimer  
 VMD = Valutazione MultiDimensionale

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 4 di 36
--	--------------	----------------------	--------------

PDTA E MODELLO ONE HEALTH

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell’essere umano, della natura e dell’ambiente (One Health). Pertanto, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall’interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi.

Uno degli aspetti centrali del modello della One Health è la prevenzione. Prevenire la diffusione di malattie richiede sforzi congiunti tra professionisti della salute umana, veterinaria e ambientale. Ciò implica la promozione di stili di vita sani, la tutela della salute degli animali e la salvaguardia dell’ambiente. La promozione della salute e la prevenzione interessano tutte le fasce di età, sin dai primi anni di vita attraverso politiche sanitarie che mirino alla tutela delle categorie più fragili.

In applicazione al D. Legge n. 36 del 30/04/2022, convertito con Legge n°79 del 29/06/2022, è stato istituito (art.27) il “Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS)”, basato sulla “applicazione dell’approccio integrato «one-health» nella sua evoluzione «planetary health»”, che “concorre al perseguimento degli obiettivi di prevenzione primaria correlati in particolare alla promozione della salute, alla prevenzione e al controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici”, di cui fanno parte i Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL, le Regioni, gli Istituti Zooprofilattici e l’Istituto Superiore di Sanità la Asl Roma1 su indicazione della Regione Lazio, con Deliberazione regionale 2 maggio 2024, n. 310 “Approvazione dell’Atto di Indirizzo per l’adozione dell’Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie”, ha istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per un approccio ONE HEALTH finalizzato alla tutela della salute umana. Il modello ONE HEALTH viene inserito in ogni percorso di presa in carico allo scopo di creare un nuovo modello di assistenza ospedale territoriale in ottica One Health. Il “Gruppo di Lavoro permanente ONE HEALTH”, multidisciplinare è stato istituito, presso il Dipartimento di Prevenzione ed in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia.

Il PDTA rientra in questo modello in quanto percorso di presa in carico globale per ogni bisogno assistenziale del paziente, dalla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) alla riabilitazione tramite interventi multiprofessionali e multidisciplinari che interessano diversi ambiti: psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità, con il coinvolgimento del territorio e dei MMG in un percorso integrato di cura, sia territoriale sia ospedaliero, orientato alla continuità, all’integrazione e alla completezza della presa in carico. In sintesi si tratta di adottare un nuovo assetto organizzativo e funzionale per la prevenzione collettiva e la sanità pubblica, basato su:

- il rafforzamento delle strutture e dei servizi che si occupano di salute (umana e animale) e di ambiente, che devono sviluppare forme di coordinamento operativo e strategie integrate di intervento;
- una formazione adeguata e specifica degli operatori coinvolti in queste attività;
- la ricerca applicata, anche in collaborazione con l’Università, mirata ad interventi integrati salute-ambiente-clima.

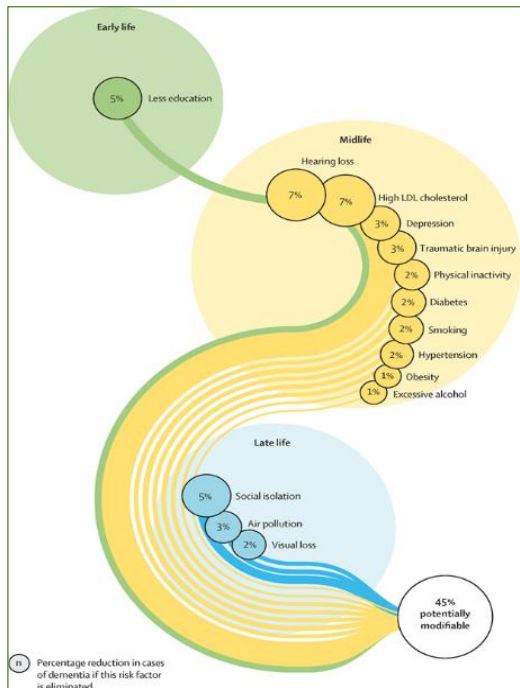
Operativamente è necessario ideare ed adottare, quindi, percorsi ben definiti e sistemi di comunicazione in grado di garantire il coordinamento e l’interazione efficace fra strutture diverse interne ed esterne alla ASL. L’integrazione del PDTA con il modello One Health offre un quadro più completo e sostenibile per affrontare le sfide sanitarie contemporanee, migliorando la salute globale in modo sinergico.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 5 di 36
--	--------------	----------------------	--------------

PREVENZIONE

PREVENZIONE PRIMARIA

La prevenzione primaria consiste nella diffusione di informazioni derivate dalle evidenze scientifiche con l'obiettivo di stimolare nella popolazione generale l'adozione di comportamenti e interventi in grado di evitare o ridurre all'origine l'insorgenza di patologie. Nelle Demenze la prevenzione primaria riguarda la promozione di corretti stili di vita, nonché l'individuazione, la gestione e l'attuazione di azioni atte a contrastare i **fattori di rischio modificabili**.



Il report 2024 della *Lancet standing Commission on Dementia Prevention, Intervention, and Care*<sup>27</sup> identifica 14 fattori di rischio per le demenze: basso livello di scolarità, ipertensione, problemi di udito, elevato HDL-colesterolo, fumo, obesità, depressione, inattività fisica, diabete, isolamento sociale, consumo eccessivo di alcol, traumi cerebrali, inquinamento atmosferico, deficit visivi.

Il Report evidenzia come questi 14 fattori di rischio siano responsabili del 45% dei casi di demenza, che potrebbero quindi essere evitati o la cui comparsa potrebbe essere ritardata.

Pertanto le principali azioni di prevenzione sono volte a individuare i fattori di rischio modificabili per la demenza e l'adozione delle adeguate strategie di controllo.

- Tabagismo: astensione dal fumo ed eventuale invio al Centro Antifumo aziendale.

- Eccessivo consumo di alcool: riduzione del consumo di alcool ed eventuale invio ai Servizi per le dipendenze.

- Obesità: calo ponderale ed eventuale invio al servizio di

- dietologia.
- Sedentarietà: promozione dell'esercizio fisico o dell'Attività Fisica Adattata (AFA).
  - Isolamento sociale: aumento dei contatti sociali e di attività di gruppo (palestra, centri anziani, gruppi di cammino, corsi di studio per anziani).
  - Ipertensione, diabete mellito tipo 2, ipercolesterolemia: accertamenti strumentali e laboratoristici periodici ed eventuale impostazione di terapie e/o invio allo specialista di riferimento.
  - Depressione: invio al CSM di riferimento.
  - Problemi di udito: indicazione a possibile protesizzazione.
  - Deficit visus: valutazione periodica acuità visiva per eventuale correzione.

PREVENZIONE PRIMARIA	
ATTORE	ATTIVITA'
MMG	Promozione di corretti stili di vita. Individuazione, gestione ed attuazione di azioni atte a contrastare i fattori di rischio modificabili.
CDCD	Nei pazienti con SCD: promozione di corretti stili di vita, individuazione, gestione ed attuazione di azioni atte a contrastare i fattori di rischio modificabili. Programmazione regolare di attività di promozione della salute fisica e mentale.
CSM	Monitoraggio periodico dei fattori di rischio dei loro pazienti.
ADI/COT-D	Promozione di corretti stili di vita. Individuazione, gestione e attuazione di azioni atte a contrastare i fattori di rischio modificabili.
RSA	Promozione di corretti stili di vita nei pazienti ricoverati. Individuazione, gestione e attuazione di azioni atte a contrastare i fattori di rischio modificabili.

### PREVENZIONE SECONDARIA

L'obiettivo generale di questa fase è l'adozione di comportamenti e strategie con l'intento di prevenire il peggioramento del deficit cognitivo in persone con MCI/Demenza iniziale. A tal fine tutti gli Operatori dei servizi presenti in questo PDTA sono coinvolti nell'individuazione precoce di persone con disturbi cognitivi o episodi di delirium per l'invio al CDCD.

PREVENZIONE SECONDARIA	
ATTORE	ATTIVITA'
MMG	Promozione di corretti stili di vita. Individuazione, gestione ed attuazione di azioni atte a contrastare i fattori di rischio modificabili. Valutazione delle possibili interazioni farmacologiche. Invio al CDCD dei pazienti con sospetto deterioramento cognitivo.
CDCD	I CDCD promuovono attività di stimolazione e riabilitazione cognitiva individuale o di gruppo in persone con MCI/Demenza iniziale. Organizzano periodicamente attività di educazione e informazione rivolti alla cittadinanza ed ai familiari/caregiver.
CSM	Case-finding con rilevazione periodica delle funzioni cognitive nei pazienti in carico.
ADI	Promozione di corretti stili di vita. Individuazione, gestione ed attuazione di azioni atte a contrastare i fattori di rischio modificabili. Individuazione tempestiva di alterazioni cognitive e/o comportamentali nei pazienti in Carico ed invio ai CDCD per una valutazione.
CDA	Monitoraggio dei cambiamenti dello status cognitivo e comportamentale dei loro utenti. Attività di stimolazione e riabilitazione cognitiva a favore dei pazienti che frequentano.
RSA	Promozione di corretti stili di vita. Individuazione, gestione ed attuazione di azioni atte a contrastare i fattori di rischio modificabili. Individuazione tempestiva di alterazioni cognitive e/o comportamentali nei pazienti ricoverati.

## PREVENZIONE TERZIARIA

L'insorgenza dei BPSD rappresenta l'elemento chiave di questa fase in cui i servizi e le figure coinvolte devono porre il fuoco sulle strategie di prevenzione e di gestione, tramite la diffusione di informazioni e attività di sostegno nei confronti dei familiari/caregiver. Inoltre, la prevenzione terziaria mira a mantenere le capacità cognitive residue, attraverso training specifici e consulenze sull'adattamento fisico e relazionale dell'ambiente di vita dei pazienti.

PREVENZIONE TERZIARIA	
ATTORE	ATTIVITA'
MMG	Informazioni ai familiari, valutazione e interventi sulle cause internistiche dei BPSD, (dolore, costipazione, disidratazione, interazioni ed effetti collaterali dei farmaci, cambiamenti ambientali).
CDCD	Pone attenzione sulle possibili cause internistiche dei BPSD, come dolore, costipazione, disidratazione, interazioni farmacologiche (antidolorifici, diuretici, cortisonici, ansiolitici) nonché sull'uso appropriato degli psicofarmaci, in collaborazione con il MMG. Fornisce consulenza ai familiari sulle attività quotidiane volte a mantenere una routine di vita utile e gratificante per il paziente e al contempo rallentarne la perdita funzionale. Fondamentali le indicazioni ai familiari/caregiver di strategie di prevenzione dei BPSD tramite training psicoeducazionali. Contenimento dello stress dei caregiver attraverso valutazioni periodiche del carico assistenziale (Caregiver Burden Inventory-CBI – All.1) e, nel caso, propone incontri individuali ovvero in gruppi strutturati di counseling e sostegno psicologico.
Ospedale	Attivazione di percorsi di accoglienza protetta in PS e nei reparti dei pazienti con Demenza per la prevenzione dei BPSD permettendo, quando possibile, la presenza di un familiare/caregiver. Rilevazione di delirium/alterazioni cognitive nei pazienti ricoverati per segnalazione ai TOH ed invio al CDCD.
ADI	Valutazione farmacologica, individuazione e interventi sulle possibili cause internistiche e ambientali dei BPSD. Indicazioni su attività volte a prevenire l'allettamento.
CDA	Monitoraggio dei cambiamenti dello status cognitivo e comportamentale dei pazienti che frequentano il CDA. Interventi di stimolazione delle funzioni cognitive residue. Indicazioni sulla prevenzione e contenimento non farmacologico dei BPSD.
RSA	Valutazione farmacologica, individuazione e interventi sulle cause internistiche e ambientali dei BPSD. Svolgimento di attività di stimolazione cognitiva e funzionale al fine di preservare le capacità residue e prevenire l'allettamento.
CSM	In collaborazione con il CDCD si occupa della prevenzione e gestione dei BPSD.
CP	Si occupa dell'accompagnamento del paziente al fine vita, garantendone la dignità; gestisce il dolore e previene la sindrome da immobilizzazione. Valuta la modulazione dell'idratazione e della nutrizione in relazione alla prognosi e alle DAT.

## Il PDTA-Demenze

I Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) sono strumenti a disposizione degli erogatori sanitari volti a garantire la standardizzazione delle modalità di accoglienza, diagnosi e terapia dei pazienti affetti da patologie croniche potenzialmente evolutive e invalidanti e nel contempo di garantire la presa in carico dei bisogni di salute dei pazienti durante tutta la durata della malattia.

L'esperienza dell'ASL Roma 1 in tema di PDTA testimonia ad oggi l'efficacia di tale strumento al fine di garantire:

- la facilità del paziente nell'accesso alle cure;
- un percorso diagnostico fluido ed efficace;
- l'impostazione tempestiva della terapia;
- la presa in carico dello specifico bisogno di salute nel tempo.

Allo stesso tempo, l'applicazione dei PDTA valorizza tutte le figure professionali e le strutture presenti nella ASL utili e appropriate per gli specifici bisogni di salute e benessere della categoria di pazienti a cui il PDTA è rivolto.

La Regione Lazio con la Determinazione G01097 del 4 febbraio 2022 ha costituito un gruppo di lavoro regionale che ha elaborato un documento pubblicato sul BURL del 14.2.2023 (Det. Regionale G01705)<sup>4</sup>: "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le persone con Demenza della Regione Lazio". Tale documento, contenente le linee di indirizzo regionale, *"dovrà essere declinato dalle singole Aziende Sanitarie Locali (ASL) entro sei mesi dall'emanazione della suddetta determinazione, attraverso l'implementazione di specifici PDTA aziendali, che prevedano la messa in rete dei Servizi delle Cure Primarie, dei Servizi ospedalieri e territoriali, al fine di garantire la continuità assistenziale alle persone con demenza in tutte le fasi di malattia"*.

Il PDTA regionale prende quindi avvio dall'esigenza di assicurare una reale e concreta continuità assistenziale nelle diverse fasi di malattia, allo scopo di ottenere la maggiore equità, uniformità ed appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie e assistenziali nel territorio regionale.

Com'è noto, le demenze sono un gruppo di malattie che impongono un notevole carico assistenziale ed una riduzione della qualità di vita non solo dei pazienti ma anche dei familiari; pertanto gli interventi assistenziali previsti nel PDTA devono essere diretti non solo alle persone affette da demenza ma anche ai familiari/caregiver.

Attraverso l'applicazione del PDTA ci si prefigge di:

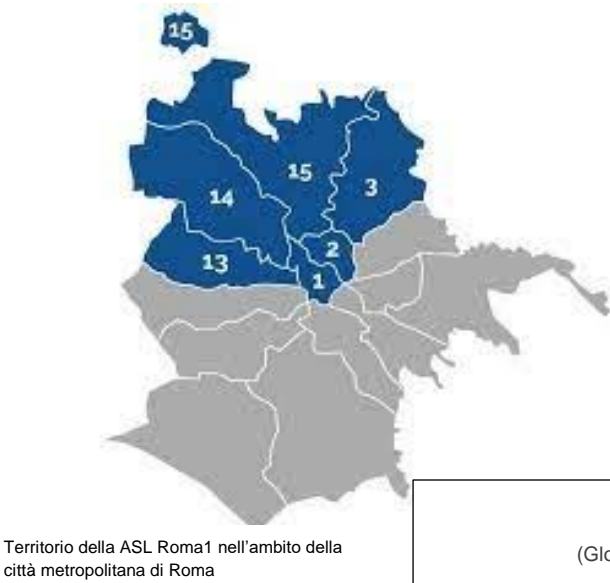
- promuovere la diagnosi tempestiva della malattia;
- fornire alla persona malata e ai suoi familiari punti di riferimento sicuri e qualificati;
- creare una rete tra servizi per ricomporre la frammentazione degli interventi affinché gli attori lavorino in sinergia;
- favorire la massima condivisione delle conoscenze.

### 1. EPIDEMIOLOGIA

La Determinazione Regionale "Approvazione del PDTA per le persone con Demenza della Regione Lazio"<sup>4</sup> riporta una stima epidemiologica di 1.100.000 persone affette da demenza in Italia; contemporaneamente bisogna considerare i bisogni di circa 3 milioni di familiari che vivono con loro. *"A queste vanno sommate circa 900.000 persone con un deficit cognitivo isolato (Mild Cognitive Impairment-MCI)". "Il costo totale stimato per l'assistenza alle persone con demenza e MCI è di circa 12 miliardi di euro l'anno. Tali stime, sono destinate ad aumentare, in funzione dell'andamento demografico e dei cambiamenti sociali della popolazione residente in Italia che evidenziano un progressivo invecchiamento della popolazione, con un aumento della percentuale di persone con età superiore a 65 anni dal 23% nel 2020 al 34% nel 2050"* (fonte dati ISTAT: previsioni demografiche 2005-2050).<sup>5</sup>

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 9 di 36
--	--------------	----------------------	--------------

Secondo i dati riportati, nel territorio della ASL Roma 1 abbiamo la seguente stima di persone affette da MCI e da malattie demenziali (fig1), in varie fasi di gravità (fig2):



MCI (COSMIC, 2015) <sup>6</sup>	16.110
Early Onset Dementia-EOD (<64 aa) (Chiari et al, 2021) <sup>7</sup>	398
Dementia (>65aa) (ISS, 2018) <sup>8</sup>	20.068
<b>EOD + &gt;65 aa</b>	<b>20.466</b>

Fig1: stima persone con MCI e con Demenza nel territorio ASL Roma1

Dati da Determina Regione Lazio G01705 2023

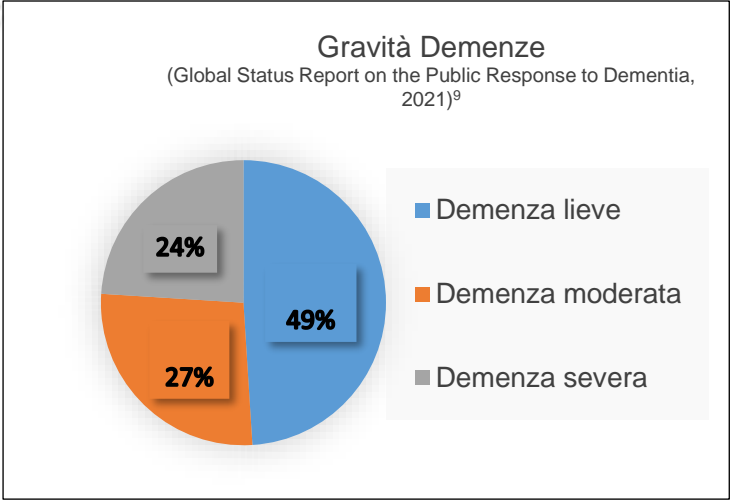


Fig.2: gravità dei pazienti con

La demenza mostra una prevalenza crescente al ridursi del titolo di studio, indipendentemente dalla fascia d’età e dal genere, sebbene tra gli uomini il trend risulti meno evidente nella fascia più anziana. Questo dato, oltre a convalidare il valore della “riserva cognitiva”, direttamente proporzionale alla scolarità, indica l’esistenza di disuguaglianze legate a caratteristiche di tipo socioeconomico, con le persone appartenenti a gruppi svantaggiati che risultano maggiormente colpite dalla malattia. Questa evidenza richiama la necessità di implementare strategie di prevenzione primaria e di diagnosi precoce mirate in particolare a questi sottogruppi di popolazione (PRP 2021-2025 Regione Lazio, dic 2021)<sup>11</sup>.

2. CAMPO E LUOGO DI APPLICAZIONE

I Centri e le Strutture coinvolte nel presente PDTA sono:

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 10 di 36
--	--------------	----------------------	---------------



## 1. Medicina Generale (MMG)

Nel territorio della ASL Roma 1 sono presenti 845 MMG che hanno i loro studi localizzati prevalentemente nel territorio urbano della ASL. Gli studi dei MMG sono così distribuiti nei 6 Distretti:

Distretto 1	195
Distretto 2	138
Distretto 3	194
Distretto 13	95
Distretto 14	135
Distretto 15	88
	845

## 2. Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) Esperti e Specialistici:

Il CDCD Specialistico/diagnostico si avvale delle competenze professionali di:

- Specialisti Neurologi/Geriatri
- Psicologi competenti nella valutazione dei deficit cognitivi (esame neuropsicologico) e nel "training cognitivo".

Il CDCD Esperto/territoriale si avvale di:

- Specialisti Neurologi/Geriatri
- Psicologi competenti nella valutazione dei deficit cognitivi (esame neuropsicologico) e nel "training cognitivo"
- Psicologi competenti nel supporto psicologico e psicoeducazionale dei pazienti e dei familiari
- Fisioterapisti e Logopedisti per i programmi di riabilitazione cognitiva
- Assistenti sociali per fornire informazioni e supporti per l'accesso e l'utilizzo delle risorse assistenziali disponibili.

Secondo il "Piano Nazionale Demenze"<sup>3</sup> del 2014, recepito dalla regione Lazio con DCA 488/2014<sup>12</sup> le ex "Unità Valutative Alzheimer (UVA)" acquisiscono la denominazione di: "Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD", distinti in due tipologie: CDCD Specialistici e CDCD Esperti. I primi, solitamente collocati in strutture ospedaliere ed universitarie, hanno la finalità di formulare la diagnosi e impostare la terapia; i CDCD specialistici sono in grado solitamente di fornire prestazioni diagnostiche particolarmente sofisticate (neuroimaging morfologico e funzionale, prelievo e analisi del liquor, indagini genetiche, eccetera). I CDCD Esperti, chiamati anch'essi a formulare diagnosi e terapie, si differenziano per la funzione di "presa in carico" dei pazienti al fine di garantire continuità assistenziale sia alle persone affette da demenza che alle loro famiglie lungo il percorso e nelle varie fasi di malattia. E' inoltre previsto nel PND *"che i CDCD specialistici diano accoglienza alle richieste di prestazioni strumentali/laboratoristiche da parte dei CDCD esperti; nel contempo i CDCD esperti danno prioritariamente accoglienza alle necessità assistenziali per i pazienti segnalati dai CDCD specialistici"*.

Sedi e CDCD della ASL Roma 1

Nel territorio della ASL Roma 1 vi sono 11 CDCD, 8 CDCD presenti nel territorio della ASL e 3 CDCD direttamente gestiti dalla ASL.

Tabella 1: CDCD nel territorio della Asl Roma 1 (Determinazione 10 febbraio 2023, n. G01705 REGIONE LAZIO)

Azienda	Indirizzo
Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I Dipartimento di Neurologia e Psichiatria	viale dell'Università 30
Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I Clinica della Memoria- Dipartimento di Neurologia e Psichiatria	viale dell'Università 30
Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I Dipartimento di scienze e Biotecnologie Medico Chirurgiche-UOC di neurologia	viale dell'Università 30
Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I-UOC Geriatria	viale del Policlinico 155
Policlinico A. Gemelli	L.go Agostino Gemelli 8
Ospedale S. Pietro – FBF	via Cassia 600
AOU S. Andrea	via di Grottarossa 1035-1039
AO S. Giovanni Addolorata	via Santo Stefano Rotondo 5/a
Ospedale Isola Tiberina - Gemelli Isola	piazza Fatebenefratelli 2

Tabella 2: CDCD della Asl Roma 1

Denominazione	Tipologia	Responsabile	Indirizzo	Telefono	Giorni e orari	Email
CDCD NRM UOC Geriatria	Esperto	Dott. Luca Cipriani	via E. Morosini 30	06 60104573	Dal lun al ven: 08.00-16.00	geriatria@aslroma1.it
Polo Geriatrico (Spoke)			via Monte Rocchetta 14	06 60106370	Dal lun al ven: 08:00-16:00	geriatria@aslroma1.it
CDCD SMP	Esperto	Dott. Angelamaria Falanga	p.zza Santa Maria della Pietà 5	06 60106675	dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle 16.30	cdcd14@aslroma1.it
CDCD SFN UOC Neurologia	Specialistico	Dott. Andrea Foti	via G. Martinotti	06 60103799 06 60103042	Risponde dal lun. al giov. 08-18, e il ven. 08-14.	cdcd.sfn@aslroma1.it
			Casa della Salute Trionfale via Fra' Albenzio	06 60105419	Merc e Giov. 11-13	

### 3. Centrali Operative

In accordo con quanto previsto dal PNRR e dal DM 77/2022<sup>13</sup> e dalle successive Deliberazioni di Giunta regionale, la ASL Roma 1 ha costituito per la gestione ed il governo delle fasi di passaggio tra setting assistenziali (transitional care), tre tipologie interconnesse di “nodi” qualificati (Centrali Operative):

- Centrale Operativa Aziendale (COA o Centrale Operativa Territoriale Aziendale, COT-A)
- Team Operativo Ospedaliero (TOH)
- Centrali Distrettuali (Centrali Operative Territoriali Distrettuali, COT-D).

Le COT o COT-D svolgono funzioni di coordinamento e di raccordo tra servizi e professionisti che operano nei diversi setting assistenziali favorendo la realizzazione della presa in carico della persona da parte dei servizi utili e appropriati allo specifico paziente nello specifico momento.

È presente una COT-D per ognuno dei 6 Distretti della ASL Roma 1.

Distretto	Ruolo	Nominativo	mail	Sede
1	Referente medico	Rossella Di Rita	centrale.distretto1@aslroma1.it	Lungotevere della Vittoria, 3
	Ref infermiere	Maria Grazia Martelli		
2	Referente medico	Camillo Giulio De Gregorio	centrale.distretto2@aslroma1.it	Circ.ne Nomentana, 498
	Ref infermiere	Teresa Ierardi		
3	Referente medico	Livia Salvatori	centrale.distretto3@aslroma1.it	Via Monte Rocchetta, 3
	Ref infermiere	Maria Antonetti Giuliani		
13	Referente medico	Donatella Biliotti	centrale.distretto13@aslroma1.it	Via Boccea, 271
	Ref infermiere	Annamaria Longano		
14	Referente medico	Mattia Macino	centrale.distretto14@aslroma1.it	Santa Maria della Pietà, 5
	Ref infermiere	Valentina Ungari		
15	Referente medico	Caterina De Bonis	centrale.distretto15@aslroma1.it	Viale Tor di Quinto, 33/A
	Ref infermiere	Gaetano Gerbasi		

### 4. Le TOH

Cooperano con la COT-D di residenza dell'assistito in caso di ricovero per facilitare la gestione della transizione tra i setting di cura, sia nella fase di ricovero che di dimissione. Nota DSA prot. n. 123848 del 30.07.2024

TOH		Referenti	mail
	TOH Santo Spirito	Vittoria Colamesta Alessandro Cantarini Camilla Polimadei	tohssp@aslroma1.it
	TOH San Filippo Neri	Silvana Chiaradia Stefania Caforio Rita Pizzale	tohsfn@aslroma1.it

### 5. Centri Diurni Alzheimer (CDA)

I Centri Diurni Alzheimer (CDA) del Comune di Roma sono strutture socio-assistenziali integrate con la ASL Roma1 (Delibera ASL Roma1 n.371 del 22.6.2023 “Protocollo di intesa tra Roma Capitale - Dipartimento politiche sociali e salute e ASL Roma 1,2,3, per l’erogazione integrata degli interventi all’interno dei CDA presenti sul territorio di Roma capitale e servizio di accompagnamento alla dimissione”) che si pongono a livello intermedio tra l’assistenza domiciliare e le strutture residenziali. Accolgono pazienti affetti da malattie demenziali a cui vengono proposte, nel corso delle giornate di frequenza, attività diversificate (ginnastica dolce, terapia occupazionale, sedute di gruppo di ROT-Reality Orientation Therapy-informale, attività ludiche, etc), con l’obiettivo di favorire il recupero e/o il mantenimento delle residue capacità cognitive e funzionali.

Nel territorio della ASL Roma 1 ci sono attualmente 4 CDA

	Mun	Indirizzo	Livello di Intensita’
S. Eufemia	2	via Guattani 17	Medio Lieve
La Bella Età	3	via Antelao 9	Medio Lieve
Arcobaleno	13	via Barbagallo 88 (Castel di Guido)	Medio Lieve
San Giuseppe	14	via di Selva Candida 671	Medio Lieve

### 6. Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Le RSA sono strutture residenziali che ospitano persone non autosufficienti che non possono essere assistite in casa. Sono classificate in tre livelli, *intensiva*, *estensiva*, *mantenimento*, secondo il bisogno di cure sanitarie e infermieristiche dei pazienti. Il livello di RSA estensiva, a sua volta, è suddivisa in RSA estensiva per pazienti con necessità di elevata tutela sanitaria e RSA estensiva per pazienti con Disturbi Cognitivo Comportamentali Gravi (DCCG). Nel territorio della ASL Roma 1 vi sono 11 RSA dei 3 livelli assistenziali e 2 RSA per persone con Demenza (RSA-DCCG). All’interno di una di queste vi è anche una RSA semiresidenziale per DCCG.

Nome	Distretto	Livello Assistenziale	Indirizzo	Telefono
San Giuseppe	1	Mantenimento	via B.Telesio 4	06 399731
Policlinico Italia	2	Intensivo e Mantenimento	piazza del Campidano 6	06 440051
Villa Domelia	3	Intensivo	via Arbe, 1/3	06 8170202
Santa Chiara	3	Mantenimento	via dello Scalo di Settebagni 77	06 88565953
Salus	3	Intensivo e Mantenimento	via Paolo Monelli 43	06 872032
Auxologico Roma Buon Pastore	13	Intensivo e Mantenimento	via di Vallelunga 8	06 61521965
Nostra Signora del Sacro Cuore	13	Mantenimento	via di Cardinal Pacca 16	06 6621751

Villa Aurora	13	Mantenimento	via Mattia Battistini 44	06 66000495
Santa Maria della Provvidenza Romana (Don Gnocchi)	14	Mantenimento	via Casal del Marmo 401	06 33086500
Villa Verde	14	Intensivo e Mantenimento	via di Torrevecchia 250	06 3012892
Villa Chiara	14	Mantenimento	Via di Torrevecchia 578	06 6146441
Santa Lucia dei fontanili	14	Mantenimento	via Valle dei Fontanili 211	06 6111901
San Raffaele Flaminia	15	Mantenimento	via del Labaro 121	06 33610024
Don Orione	15	Mantenimento	via della Camilluccia 112	06 355291
Villa Sacra Famiglia	15	Mantenimento	largo Ottorino Respighi 6	06 4040851
Anni Azzurri- Parco di Veio	15	Mantenimento	via Barbarano Romano 43	06 995071
Villa Grazia	14	Estens DCCG	via F. Cherubini 26	06 3386284
San Raffaele Monte Mario	14	Estens residenz e semiresid DCCG	via delle Benedettine 18	06 52253845

## 7. Servizi di Cure Domiciliari (ADI)

L'ADI è l'insieme delle cure socio-sanitarie erogate presso il domicilio delle persone in condizioni di fragilità, caratterizzate da perdita della autosufficienza permanente o temporanea. L'ADI è di competenza dei singoli Distretti:

Distretto	Centri per le Cure domiciliari	mail	Telefono
1	Casa della Salute NRM via Emilio Morosini 30	cad1distretto@aslroma1.it	06 60106500 06 60106529
2	Centrale Operativa Presa in Carico Circ.ne Nomentana 498	centraleoperativa.presaincaricod2@aslroma1.it	06 60105029
3	via Lampedusa 23/27	cad3d@aslroma1.it	06 60106444 333 4917347
13	Presidio Valle Aurelia v.le di Valle Aurelia 115/A	ad18@aslroma1.it	06 60106405
14	Comprensorio SMP piazza S. Maria della Pietà 5 - pad. 13	ad14@aslroma1.it	06 60106757
	CAD Riabilitativo		06 60106758
15	Poliambulatorio Tor di Quinto viale di Tor di Quinto 33/A	ad20@aslroma1.it	06 60106068

## 8. Centri di Salute Mentale (CSM)

I CSM interagiscono con gli Specialisti dei CDCD riguardo pazienti con storia di patologie psichiatriche che mostrano iniziali segni di deterioramento cognitivo; nel contempo forniscono consulenze a pazienti con Demenza che presentano quadri di BPSD di più difficile gestione.

I CSM che fanno parte della ASL Roma 1 dipendono dal Dipartimento di Salute Mentale.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 15 di 36
--	--------------	----------------------	---------------

Sono così distribuiti nei 6 Distretti:

	indirizzi	telefoni		Indirizzi	telefoni
1	CSM via Plinio 31	06 60105840	13	CSM via Boccea 271	06 60105125
	CSM via Palestro 39	06 60106050		CSM via Innocenzo IV 16/d	06 60106090
2	CSM via Sabrata 12	06 60105919	14	CSM via Pietro Gasparri 21	06 60106140
	CSM via Boemondo 21	06 60106030		CSM via Ventura 60	06 60106040
3	CSM via Monte Tomatico 9	06 60105291 06 60105292	15	CSM via Antonino di Giorgio 19	06 60105090
	CSM via Ugo Farulli 6	06 60105624			

### 9. Punto Unico di Accesso (PUA)

Il PUA è la porta di accesso ai servizi socio-sanitari, aperta ai cittadini per fornire ascolto su disagi e difficoltà assistenziali e proporre in risposta informazioni sui servizi e sui supporti esigibili.

I PUA sono così distribuiti nei 6 Distretti:

Distretto	Indirizzo	mail	telefoni
1	Presidio via Angelo Emo 11-13 Casa della Salute NRM via Roma Libera 76	pua1@aslroma1.it	06 60105582 06 60105418 06 60106484 06 60106485
2	Poliambulatorio Circ.ne Nomentana 498	puadistretto2@aslroma1.it	06 60105029 06 60105046 06 60105026
3	Poliambulatorio via Lampedusa 23	puadistretto3@aslroma1.it	06 60105752
13	Poliambulatorio via Boccea 271	puadistretto13@aslroma1.it	06 60105115
14	Poliambulatorio SMP p.zza Santa Maria della Pietà 5 Poliambulatorio p.zza San Zaccaria Papa 1	pua14@aslroma1.it	06 60106805
15	Casa della Salute Labaro-Prima Porta via San Daniele del Friuli 8 via Cassia 472	pua15@aslroma1.it	06 60105342 06 60105609

### 10. Servizi di Cure Palliative (CP)

I Servizi di Cure Palliative (Hospice, Unità CP domiciliari) hanno il compito di gestire i pazienti con malattie evolutive in fase avanzata al fine di assicurare «*la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale*» (OMS, 2002)<sup>14</sup>. Nel territorio della ASL Roma 1 i Centri per le Cure Palliative sono 4:

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 16 di 36
--	--------------	----------------------	---------------

Centro C.P.	indirizzo	telefono	mail
Antea	p.zza Santa Maria della Pietà 5 - Pad. 22	06 303321	accoglienza@antea.net
San Francesco Caracciolo	viale Tirreno 200	06 8719.5729	accoglienza.caracciolo@korian.it
Sant'Antonio da Padova	via Mecenate 14	06 4872-413-4-5-6	accettazione@santoniodapadova.com
Gemelli Medical Center	via Bogliasco, 33	06 500.169	

### **11. Servizi Sociali Territoriali (Municipi)**

I servizi sociali territoriali mirano all'identificazione delle necessità assistenziali di cittadini in situazione di disagio. Quando necessario si collegano con le altre realtà presenti nel territorio, in particolare con le COT-Distrettuali, nonché con il privato sociale, le associazioni di volontariato, gli operatori del servizio civile, ecc. al fine di garantire una presa in carico globale delle necessità del paziente e dei relativi familiari/caregiver. In particolare, per i pazienti con demenza accolgono e si occupano delle richieste di assistenza domiciliare (SAISA, SAISH) ed in integrazione con i Servizi Sanitari si occupano per i pazienti con Demenza delle procedure di:

- idoneità alla frequenza dei Centri Diurni Alzheimer
- verifica dei criteri per l'erogazione del supporto economico della "Disabilità Gravissima".

### **12. Associazioni pazienti e familiari**

Nella realtà cittadina le Associazioni costituite da familiari di persone affette da malattie demenziali svolgono la funzione di favorire incontri tra i familiari e di fornire consulenze per l'accesso ai benefici disponibili per l'assistenza delle persone affette da demenza. Le attività promosse dalle Associazioni si possono affiancare ed integrare con la rete assistenziale socio-sanitaria quando basate su validi criteri opportunamente documentati.

## **3. FASI DEL PDTA**

### **CRITERI DI INCLUSIONE**

#### ***Criteri clinici***

I pazienti inclusi nel presente PDTA sono coloro che rispondono ai criteri clinici per la diagnosi di Deterioramento Cognitivo Soggettivo (Subjective Cognitive Decline-SCD), di MCI (Mild Cognitive Impairment) e delle diverse forme di Demenza.

1. SCD: Subjective Cognitive Decline Initiative (SCD-I) Working Group 2014<sup>15</sup>
2. MCI: NIA diagnosis of MCI due to AD, 2011<sup>16</sup>
3. Malattia di Alzheimer: NIA criteria for Alzheimer's disease, 2011<sup>17</sup>
4. Demenza Vascolare: NINDS-AIREN for vascular dementia criteria, 1993<sup>18</sup>
5. Demenza a Corpi di Lewy: International consensus criteria for Dementia with Lewy bodies, 2017<sup>19</sup>

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 17 di 36
--	--------------	----------------------	---------------



6. Demenza Fronto-Temporale: International FTD criteria for frontotemporal dementia: semantic variant, non-fluent/agrammatic variant and logopenic variant, 2011<sup>20</sup>
7. Behavioural variant of frontotemporal dementia, 2011<sup>21</sup>
8. Degenerazione Cortico-basale (CBD): Validation of the new consensus criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration, 2014<sup>22</sup>
9. Atrofia Multisistemica (MSA): second consensus on the diagnosis of multiple system atrophy, 2008<sup>23</sup>
10. Atrofia Corticale Posteriore (PCA): Consensus classification of posterior cortical atrophy, 2017<sup>24</sup>
11. Parkinson-demenza: Movement disorders Society criteria for Parkinson's disease dementia, 2007<sup>25</sup>
12. Malattia di Creutzfeldt-Jakob: International criteria for Creutzfeldt-Jakob disease, 2009<sup>26</sup>

#### *Pazienti con precedente diagnosi di demenza*

Nel caso in cui un paziente abbia già una diagnosi di demenza, sarà compito dei soggetti invianti indirizzare il paziente al CDCD per la classificazione della gravità della malattia e la presa in carico del paziente.

#### *Valutazione della gravità della Demenza*

Per quanto riguarda la valutazione clinica di gravità di tutte le malattie demenziali, per convenzione viene utilizzata in questo documento la scala Clinical Dementia Rating Scale (CDR) (All.2)

- CDR 0: Deterioramento Cognitivo Soggettivo (Subjective Cognitive Decline-SCD)
- CDR 0.5: pazienti con Mild Cognitive Impairment (MCI)
- CDR 1: pazienti con demenza lieve/iniziale
- CDR 2: pazienti con demenza moderata
- CDR 3: pazienti con demenza grave
- CDR 4: pazienti con demenza molto grave
- CDR 5: demenza terminale

### 3.1 PRIMA FASE: INVIO

#### Soggetti invianti

I soggetti invianti che hanno il primo contatto con il paziente e formulano un sospetto diagnostico hanno il compito di inviarlo ad un CDCD (Specialistico o Esperto/Territoriale). Al fine di assicurare che la prima visita sia prenotata in un CDCD le modalità di prescrizione sono esclusivamente le seguenti:

- Visita geriatrica (1° visita) per i pazienti di età maggiore ai 65 anni
  - Visita neurologica (1° visita) per i pazienti senza limiti di età
- Per i prescrittori, inserire nelle note "PDTA Demenze" nelle more dell'attivazione del codice tracciante **DT\_DEM**

Di seguito si elencano i soggetti invianti e le rispettive funzioni:

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 18 di 36
--	--------------	----------------------	---------------

INVIANTE	FUNZIONE
MMG	Invio del paziente con sospetto di un disturbo cognitivo al CDCD, inserire nelle note "PDTA Demenze" Nelle more dell'attivazione del codice tracciante DT_DEM, possibilmente dopo somministrazione del GPCog (General Practitioner assessment of Cognition – (All.3) e con esami sangue di routine+folati, vit. B12 e TSH (ultimi 6 mesi). Il MMG accoglie le segnalazioni ricevute dai Servizi territoriali e Ospedalieri (PUA, TOH, COT, CDA, RSA) e ne valuta l'appropriatezza di invio al CDCD.
Neurologi e Geriatri Ambulatoriali	Invio al CDCD con prescrizione di visita neurologica/geriatrica con il codice DT_DEM, con relazione sulle valutazioni già effettuate (test cognitivi di I livello, esami ematochimici, neuroimaging).
Altri Specialisti ambulatoriali	Invio al CDCD con prescrizione di visita Neurologica/Geriatica, inserire nelle note "PDTA Demenze" nelle more dell'attivazione del codice tracciante DT_DEM, con relazione sulle valutazioni eventualmente già effettuate.
PS/Ospedali	Segnalazione al TOH di pazienti con disturbi cognitivi e/o episodi di Delirium, per invio al CDCD dopo la dimissione.
CSM	Invio al CDCD di pazienti con sospetti disturbi cognitivi, con prescrizione di visita Neurologica/Geriatica, inserire nelle note "PDTA Demenze" nelle more dell'attivazione del codice tracciante DT_DEM, accompagnati da una relazione anamnestica ed esami eventualmente già effettuati.
ADI/ CASE DELLA COMUNITA'/RSA	Neurologi e Geriatri ADI possono individuare segni di alterazioni cognitive nei pazienti assistiti e inviare, quando possibile, presso un CDCD per la valutazione e l'eventuale conferma diagnostica, con prescrizione di visita Neurologica/Geriatica, inserire nelle note "PDTA Demenze" nelle more dell'attivazione del codice tracciante DT_DEM, accompagnati con una relazione anamnestica. L'infermiere di comunità o altri operatori possono intercettare precocemente segni di deterioramento e procedere ad invio presso i CDCD per conferma diagnostica.

### Soggetti segnalanti

Di seguito si elencano i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali segnalanti e le rispettive funzioni:

SEGNALANTI	FUNZIONE
PUA	Segnalazione al MMG di utenti con sospetto deficit cognitivo per eventuale invio al CDCD.
COT-D	Gli operatori delle COT-D che rilevano una situazione di alterazione delle funzioni cognitive in un assistito, comunque segnalato da qualsiasi servizio della rete, non già in carico ad un CDCD, propongono al MMG una valutazione per un primo accesso ad un CDCD.
CDA	Gli operatori dei CDA monitorano gli utenti e segnalano eventuali cambiamenti dello status cognitivo e/o comportamentale al MMG che può richiedere un anticipo di visita di controllo al CDCD di riferimento del paziente.

### 3.2 SECONDA FASE: DIAGNOSI, CLASSIFICAZIONE DI GRAVITA'

#### Definizione diagnostica

Il ruolo centrale della seconda fase spetta al CDCD che, al fine di giungere alla diagnosi e alla classificazione della gravità di malattia secondo la scala CDR, effettua:

- raccolta dell'anamnesi, con particolare riguardo alla presenza di fattori di rischio vascolari, comorbidità e polifarmacoterapia;
  - esecuzione esame obiettivo;
  - valutazioni neuropsicologiche e funzionali di primo livello (MMSE, ADL, IADL come da All.4a e 4b) e di secondo livello tramite Batterie di test per ottenere una misura obiettiva del funzionamento dei singoli domini cognitivi in relazione al caso specifico, eseguita da psicologi competenti;
  - prescrizione degli appropriati esami strumentali e di laboratorio, attivando sempre il PAC 331 (All.5) tranne i casi in cui non risponda ai bisogni assistenziali del paziente: deterioramento cognitivo; i CDCD Esperti/territoriali si avvalgono di slot dedicati per la prescrizione di esami di neuroimaging nei presidi Ospedalieri Aziendali; il CDCD specialistico è deputato alla diagnostica di secondo livello che prevede anche l'esecuzione di esami dei biomarcatori su siero e liquor;
  - comunicazione della diagnosi, da parte dello specialista che ha seguito il percorso clinico-diagnostico, eventualmente con la presenza dello psicologo e/o dell'assistente sociale per valutare il grado di consapevolezza e accettazione del paziente e dei familiari, le ricadute emotive, il bisogno informativo e di confronto, la necessità di supporti organizzati e strutturati;
  - compilazione del modulo dell'esenzione per patologia (All.6);
  - prescrizione dei farmaci per il trattamento della specifica malattia demenziale, secondo le indicazioni contenute nella nota 85 dell'AIFA
- prescrizione di terapie psicofarmacologiche adeguate in caso disturbi psicotici nei pazienti affetti da demenza, (secondo piano terapeutico) All.7.
- compilazione di una relazione clinica per il MMG e comunque per il collega del servizio inviante;
  - gli specialisti del CDCD, in tutte le fasi di malattia, si fanno carico, direttamente o tramite percorsi interni, della gestione di eventuali comorbidità del paziente affetto da demenza che, per i deficit comunicativi, possono presentarsi in forme atipiche difficilmente diagnosticabili.

#### Ruolo delle altre professioni sanitarie nei CDCD

Le attività dei CDCD si diversificano in funzione dell'evoluzione e della gravità della demenza e della presenza o meno di validi supporti assistenziali nel contesto di vita del paziente, tramite il coinvolgimento, oltre che degli specialisti neurologi e/o geriatri, delle altre professioni sanitarie presenti.

Psicologi esperti in neuropsicologia clinica delle demenze:

- effettuano gli esami neuropsicologici attraverso la somministrazione di test psicometrici tarati e standardizzati, per stabilire l'entità e le caratteristiche delle alterazioni delle funzioni cognitive, in relazione all'età e al livello di istruzione del paziente;
- valutano la presenza di Disturbi comportamentali (BPSD), anche attraverso scale specifiche, come la Neuropsychiatric Inventory-NPI (All.8);
- propongono agli utenti affetti da MCI/Demenza in fase lieve-iniziale interventi di "training/stimolazione cognitiva", costituiti da una serie di esercizi guidati, ideati per le specifiche funzioni cognitive alterate, al fine

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 20 di 36
--	--------------	----------------------	---------------

di determinare un miglioramento della performance cognitiva, dell'autonomia funzionale, dei disturbi affettivo-comportamentali, delle interazioni sociali e della qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari;

- si occupano della rivalutazione periodica dei pazienti che frequentano i CDA di competenza territoriale e partecipano alle UVM congiunte per l'accesso, l'elaborazione dei PAI e la dimissione dei pazienti.

#### Psicologi con competenza di psicoterapia:

- si occupano di seguire i familiari/caregiver che manifestano difficoltà assistenziali verso i congiunti affetti da demenza, tramite la prestazione "Colloquio psicologico clinico", sia all'interno del PAC, sia come prestazione singola, con l'obiettivo di rendere i caregiver più inclini ad accettare i cambiamenti del paziente e nel contempo a valorizzarne le competenze ancora presenti;
- organizzano piccoli gruppi di tutoring sotto forma di interventi informativi che illustrano le caratteristiche delle demenze, soffermandosi sui diversi stadi di malattia, sui sintomi cardine, sulla prevenzione e gestione dei disturbi comportamentali, con l'obiettivo di migliorare le competenze e le capacità assistenziali dei caregiver;
- erogano la prestazione "Educazione Terapeutica" in collaborazione o meno con gli altri operatori del CDCD, per insegnare le corrette strategie di prevenzione, valutazione e trattamento non farmacologico dei disturbi comportamentali;
- organizzano gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto (AMA) per i familiari/caregiver al fine di stimolare il confronto tra familiari e di elaborare e condividere nuove soluzioni relazionali e assistenziali;
- organizzano incontri ricreativi per i familiari, come il "caffè Alzheimer".

#### Fisioterapisti e Logopedisti:

- effettuano programmi di Riattivazione Cognitiva sia individuale sia di gruppo tramite "Interventi Riabilitativi Restitutivi" che puntano alla stimolazione delle abilità residue dei pazienti.
- Prendono in carico i pazienti che sviluppano disfagia (come da PDTA specifico)

#### Assistenti sociali, a disposizione di tutti i pazienti presi in carico dai 3 CDCD della ASL Roma1:

- forniscono ai familiari/caregiver informazioni sui presidi assistenziali disponibili in base alle specifiche caratteristiche del paziente e del contesto;
- informano circa la possibilità di inoltrare, tramite i medici abilitati, la domanda per il riconoscimento dell'Invalidità Civile e dei benefici della L.104 per i portatori di handicap;
- supportano i familiari nell'iter delle domande per accedere ai CDA e alle RSA;
- propongono e forniscono informazioni e supporto per la nomina dell'Amministratore di Sostegno;
- partecipano alle UVM per la valutazione delle domande per l'erogazione dei benefici economici della "Disabilità Gravissima";
- informano sulla possibilità di chiedere il servizio di assistenza domiciliare per anziani (SAISA) ai rispettivi municipi;
- effettuano visite domiciliari per la valutazione di possibili criticità del contesto di vita del paziente (barbonismo domestico, isolamento, condizioni igienico-sanitarie precarie), eventualmente con lo psicologo del CDCD, ovvero con un'Assistente sociale del Municipio;
- sono in collegamento con i PUA e con le COT-D per analizzare segnalazioni di problematiche di ordine socio-assistenziale inerenti le persone con demenza.

I dati clinici saranno raccolti nella cartella ambulatoriale aziendale AREAS e potranno essere utilizzati al fine di valutare gli indicatori del PDTA nelle more di una cartella regionale specifica.

Tutte le prestazioni prenotate ed erogate dai CDCD saranno registrate su agende dedicate al PDTA-Demenze; tali agende dovranno essere visibili e prenotabili anche da ReCUP; tutte le prescrizioni del PDTA-Demenze dovranno riportare nelle note "PDTA Demenze "nelle more dell'attivazione del codice tracciante DT\_DEM.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 21 di 36
--	--------------	----------------------	---------------

### 3.3 TERZA FASE: PRESA IN CARICO E TERAPIA

La presa in carico è differenziata in base alla gravità della patologia secondo la scala CDR.

PRESA IN CARICO SCD (CDR: 0)	
SERVIZIO/ OPERATORE	ATTIVITA'
MMG	Monitoraggio delle condizioni cliniche generali e dei disturbi cognitivi riferiti, con attenzione ai criteri di prevenzione primaria e secondaria.
CDCD	Rivalutazione entro 12 mesi nel caso in cui alla prima visita il sospetto diagnostico di MCI/Demenza non era stato confermato.

PRESA IN CARICO MCI/FASE LIEVE (CDR: 0,5 - 1)	
SERVIZIO/ OPERATORE	ATTIVITA'
MMG	Monitoraggio delle condizioni cliniche generali e dei sintomi cognitivi e comportamentali in collegamento con il CDCD di riferimento e con i servizi assistenziali distrettuali eventualmente attivati. In caso di complessità socio-assistenziale, il MMG si avvale dell'apporto della Centrale Operativa Territoriale (COT-D). Può consigliare all'assistito l'invio del Certificato Anamnestico per il riconoscimento dell'Invalidità Civile.
CDCD	Ogni paziente preso in carico dal CDCD verrà accompagnato nel Percorso attraverso controlli periodici, tramite appuntamenti prefissati. I pazienti in carico ai CDCD vengono ricontattati (recall) il giorno prima dell'appuntamento per conferma. Viene fornita comunque la possibilità di contatti per eventuali criticità intercorrenti, tramite telefono o mail. I Neuropsicologi, i Fisioterapisti, i Logopedisti propongono training di stimolazione cognitiva, funzionale e motoria individuale o di gruppo in cicli di 10 sedute di 1 ora, solitamente con cadenza bisettimanale. Si offrono ai familiari-caregiver i supporti psicologici e psicoeducazionali più opportuni per migliorare l'accettazione della malattia e le competenze assistenziali. Gli Assistenti Sociali forniscono informazioni sui possibili supporti assistenziali.
COT-D	Nei casi di carenza di supporto familiare o di complessità socio-assistenziale il MMG/CDCD segnalano il caso alla COT-D che attiva l'UVM; sulla base della Valutazione emersa, viene elaborato un PAI, in condivisione con il paziente e i familiari/caregiver, al fine di garantire il servizio più adeguato alle esigenze del paziente. L'infermiere identificato nella COT con funzione di Care manager o Ifec (laddove presente), supervisiona e garantisce la correttezza del Percorso assistenziale previsto nel PAI.
Ospedale	Il ruolo dell'ospedale è correlato alla risoluzione di eventuali urgenze e soprattutto all'identificazione del Delirium in corso di malattie internistiche come possibile esordio di una malattia demenziale e conseguente segnalazione alle COT-D, tramite i TOH, per l'invio al CDCD dopo la dimissione ospedaliera.
ADI	In questa fase non è solitamente necessaria l'attivazione dell'ADI.
CDA	In questa fase non è contemplato un ruolo specifico per il CDA.
RSA	In questa fase non è prevedibile la richiesta di ricovero in RSA.
CP	In questa fase si può introdurre il tema delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e del fine vita.

PRESA IN CARICO FASE MODERATA e GRAVE (CDR: 2-3)	
SERVIZIO/ OPERATORE	ATTIVITA'
MMG	<p>Monitoraggio delle condizioni cliniche generali e dei sintomi cognitivi e comportamentali in collegamento con il CDCD di riferimento del paziente e con i servizi assistenziali distrettuali eventualmente attivati.</p> <p>In caso di complessità socio-assistenziale, il MMG si avvale dell'apporto della COT-D. Se già non effettuato, consiglia l'invio del Certificato Anamnestico per il riconoscimento ovvero per l'aggravamento dell'Invalidità Civile e della L.104.</p>
CDCD	<p>Ogni paziente preso in carico dal CDCD viene accompagnato nel Percorso attraverso controlli periodici, solitamente ogni 6/8 mesi e comunque secondo le caratteristiche del paziente, tramite appuntamenti prefissati. Viene effettuato il recall il giorno precedente l'appuntamento prenotato. Si fornisce sempre la possibilità di contatti per eventuali criticità tramite telefono o mail. Viene monitorata la progressione clinica della malattia e l'efficacia delle terapie farmacologiche specifiche tramite gli appuntamenti programmati.</p> <p>Gli Psicologi e le Assistenti sociali monitorano il carico assistenziale dei familiari/caregiver proponendo tutte le risorse assistenziali e di supporto economico utili al fine di mantenere la persona malata nel suo contesto di vita, in maniera dignitosa ed accettabile per il nucleo familiare. Gli psicologi possono eseguire, in casi selezionati, interventi domiciliari di valutazione delle dinamiche relazionali tra paziente, familiari e caregiver per comprendere al meglio le modalità di insorgenza dei disturbi comportamentali, al fine di proporre strategie di prevenzione e di gestione.</p> <p>Se occorre, in caso di disfagia, il CDCD collabora con i servizi di Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD). In collegamento con il Servizio di Cure Palliative propone una consulenza sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e sul fine vita.</p>
COT-D	<p>Nei casi di carenza di supporto familiare o di complessità socio-assistenziale il MMG/CDCD segnalano il caso alla COT-D che attiva l'UVM; sulla base della Valutazione emersa, viene elaborato un PAI, in condivisione con i familiari/caregiver, al fine di garantire il servizio più adeguato alle esigenze del paziente. L'IfeC, con funzione di Case manager, supervisiona e garantisce la correttezza del Percorso assistenziale.</p>
Ospedale	<p>Il ruolo dell'Ospedale è correlato alla risoluzione di eventuali urgenze e alla identificazione del Delirium in corso di malattie internistiche come possibile manifestazione di Demenza e conseguente invio al CDCD dopo la dimissione ospedaliera, tramite segnalazione da parte del TOH alle COT-D.</p>
ADI	<p>Le persone con Demenza di grado moderato-grave, non in grado di accedere ai CDCD, vengono segnalate alla COT-D che attiva il servizio ADI.</p> <p>Si possono solitamente configurare 3 diverse situazioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pazienti già in carico ai CDCD della ASL Roma 1: il CDCD invia una relazione del Percorso del paziente alla COT-D, con diagnosi, risultati dell'ultima valutazione effettuata e della terapia in corso, eventuali servizi territoriali attivati e interventi di consulenza o supporto psicoeducazionale ai familiari/caregiver. Resta disponibile per gli specialisti Neurologi/Geriatri ADI per consulenze, anche tramite gli strumenti della Telemedicina.</li> <li>2. Pazienti seguiti da altri CDCD: i pazienti non in grado di accedere più ai CDCD extra-aziendali vengono segnalati dal MMG alla COT-D che provvede ai contatti tra le varie strutture sanitarie e socio-assistenziali al fine della dovuta continuità assistenziale. Nel caso venga ritenuto appropriato l'invio al servizio ADI i Neurologi/Geriatri delle cure domiciliari si possono avvalere della consulenza, anche tramite Telemedicina, dell'equipe dei CDCD esperti aziendali (NRM e SMP).</li> </ol>

	<p>3. Pazienti a cui viene posta per la prima volta diagnosi di Demenza da parte di uno Specialista del servizio ADI e/o dal MMG: in questi casi, il Neurologo/Geriatra ADI si avvale della consulenza, anche tramite Telemedicina, degli specialisti dei CDCD esperti aziendali (NRM e SMP). Potranno essere attivati interventi dello psicologo del CDCD per migliorare le competenze assistenziali dei caregiver, volti al sostegno delle capacità residue ed al mantenimento delle autonomie personali nonché al fine di una strutturazione adeguata dell'ambiente e del contesto relazionale. L'Assistente Sociale ADI, anche in collegamento con la collega del CDCD esperto, fornisce informazioni sui Servizi e sui supporti economici esigibili in relazione alla specifica condizione del paziente e del nucleo familiare.</p> <p>Per tutti i pazienti affetti da Demenza gli operatori dei servizi ADI si occupano di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- valutazione cognitiva e comportamentale periodica;</li> <li>- valutazione e interventi sulle possibili cause internistiche dei BPSD (dolore, costipazione, disidratazione);</li> <li>- supporto per la prescrizione di eventuali ausili e/o protesi complesse;</li> <li>- valutazione del rischio di cadute;</li> <li>- prevenzione della sindrome d'allettamento ed eventuali complicanze;</li> <li>- attivazione del servizio NAD in caso di disfagia per la prescrizione di adeguati supporti nutrizionali.</li> </ul>
CDA	I CDA sono elettivamente dedicati ai pazienti in queste fasi di malattia. L'accesso avviene a seguito di una UVM congiunta su richiesta del Municipio per la successiva elaborazione di un PAI. I CDA monitorano le capacità funzionali e cognitive dei pazienti che frequentano, segnalando eventuali criticità, tramite gli infermieri delle COT-D che eseguono accessi periodici, ai MMG che possono richiedere al CDCD di riferimento un anticipo della visita di controllo.
RSA	Sono solitamente indicate per persone con gradi più elevati di malattia. Offrono ai pazienti dementi ricoverati ambienti e contesti adeguati a limitarne le difficoltà cognitive e funzionali ("ambiente protesico") ed elaborano programmi personalizzati di stimolazione delle capacità cognitive e funzionali.
RSA estensive semiresidenziali per DCCG	Le RSA semiresidenziali per DCCG sono elettivamente dedicate ai pazienti con BPSD non gestibili al domicilio. L'accesso avviene a seguito di una UVM su richiesta, tramite scheda SUS del MMG, del CDCD, dello specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero, al servizio ADI. Oltre a fornire supporto per il contenimento dei BPSD, segnalano eventuali criticità socio-assistenziali alle COT-D.
RSA estensive per DCCG	Le RSA residenziali per DCCG sono elettivamente dedicate ai pazienti con BPSD non altrimenti gestibili al domicilio. L'accesso avviene a seguito di una UVM su richiesta, tramite scheda SUS del MMG, del CDCD o del medico ospedaliero al servizio ADI. Oltre a fornire supporto farmacologico e non farmacologico per il contenimento dei BPSD, segnalano eventuali criticità socio-assistenziali alle COT-D.
CP	In raccordo con il CDCD del paziente, si occupa di offrire consulenza sul tema delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e sul fine vita.



PRESA IN CARICO FASE MOLTO GRAVE/TERMINALE (CDR: 4-5)	
SERVIZIO/ OPERATORE	ATTIVITA'
MMG	Segue le condizioni cliniche generali dell'assistito. Richiede, quando appropriato, l'intervento del servizio ADI ovvero del Servizio Cure Palliative attraverso la compilazione della scheda SUS da inviare alla COT-D per l'attivazione della VMD e l'elaborazione di un PAI.
CDCD	Il CDCD rimane di riferimento per ogni paziente ovvero familiare/caregiver già preso in carico dallo stesso CDCD per eventuali criticità tramite telefono o mail. Per i pazienti in fase molto grave ovvero terminale di una malattia demenziale, il CDCD collabora con le proprie risorse professionali con gli altri servizi attivati per l'adeguato supporto assistenziale. Tramite la COT-D può venire attivata l'ADI, con cui il CDCD si raccorda trasmettendo le informazioni sul precedente percorso clinico-assistenziale, anche per il monitoraggio delle eventuali terapie farmacologiche, anche con l'ausilio del teleconsulto. Tramite le Assistenti sociali fornisce informazioni ai familiari circa i benefici previsti per la "Disabilità gravissima" e per il "Sostegno al caregiver". Supporta i familiari sul versante psicologico. Se occorre, in caso di disfagia ovvero di rifiuto ad alimentarsi, collabora con i servizi NAD per la fornitura di acqua gelificata e addensanti per cibi liquidi od eventuale alimentazione artificiale, in coerenza alle DAT ovvero con le figure legalmente preposte (AdS).
COT-D	Nei casi di carenza di supporto familiare o di complessità socio-assistenziale la COT-D attiva l'UVM e, sulla base della Valutazione emersa, elaborano un PAI, in condivisione con i familiari/caregiver, al fine di garantire il servizio più adeguato alle esigenze del paziente. In questa fase la COT-D, su segnalazione del MMG ed eventualmente del CDCD, può proporre la richiesta di ricovero in RSA per pazienti che hanno bisogno di cure e assistenza continuativa non erogabili al domicilio. L'infermiere identificato nella COT con funzione di Care manager o Ifec (laddove presente) supervisiona e garantisce la correttezza del Percorso assistenziale previsto.
Ospedale	È opportuno, per i pazienti affetti da malattie demenziali, riservare il ricovero alle situazioni di assoluta necessità e programmarne la dimissione appena possibile, eventualmente attivando la procedura della "Dimissione protetta", con segnalazione da parte della TOH alla COT-D. Nelle fasi terminali il ricorso al Pronto Soccorso o ad un ricovero non risulta appropriato.
ADI	Monitoraggio delle condizioni cliniche e assistenza al paziente ed ai familiari, eventualmente in collegamento con i professionisti del CDCD esperto (NRM, SMP) di riferimento territoriale, anche tramite teleconsulto. Consulenza e sostegno all'accesso ai servizi e ai supporti economici esigibili (Disabilità Gravissima). Il servizio ADI si occupa di: - valutazione e interventi sulle cause internistiche dei BPSD (dolore, costipazione, disidratazione); - prescrizione di eventuali ausili protesici (per incontinenza, supporti alla deambulazione, antidecubito); - valutazione del rischio di cadute e delle complicità legate all'allettamento.
CDA	In questa fase di malattia non è appropriato l'inserimento del paziente in un CDA.
RSA	Monitoraggio delle condizioni cliniche e assistenza al paziente ed ai familiari. Attiva procedure e attività al fine di evitare l'allettamento definitivo.
RSA estensive semiresidenziali per DCCG	Le RSA semiresidenziali per DCCG sono dedicate ai pazienti con BPSD non gestibili al domicilio. L'accesso avviene a seguito di una UVM su richiesta, tramite scheda SUS, del MMG, del CDCD o del medico ospedaliero. Oltre a fornire supporto per il contenimento dei BPSD, segnalano eventuali criticità socio-assistenziali alle COT-D.
RSA estensive per DCCG	Le RSA residenziali per DCCG sono dedicate ai pazienti con BPSD non altrimenti gestibili al domicilio. L'accesso avviene a seguito di una UVM su richiesta, tramite scheda SUS, del MMG, del CDCD, dello specialista ADI o del medico ospedaliero. Oltre a fornire supporto farmacologico e non farmacologico per il contenimento dei BPSD, segnalano eventuali criticità socio-assistenziali alle COT-D.
CP	Le Cure Palliative accolgono la domanda assistenziale pervenuta dal MMG, dalle RSA, dall'ADI, dalle COT-D e dai CDCD. Le CP domiciliari si occupano dell'accompagnamento del paziente al fine vita, garantendo dignità e qualità di vita, attraverso la rilevazione e gestione del dolore, la prevenzione e la gestione della sindrome da immobilizzazione, la modulazione dell'idratazione e della nutrizione in relazione alla prognosi e alle DAT, se espresse; inoltre offrono counseling e supporto psicologico ai familiari. Nei casi di prognosi infausta in tempi brevi e in carenza di supporti domiciliari, le CP propongono il ricovero in Hospice.

### 3.4 Telemedicina e Teleassistenza

La telemedicina risulta avere un ruolo importante nell'attivazione dei percorsi di cura in quanto può facilitare la messa in rete dell'assistenza territoriale, favorendo la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi.

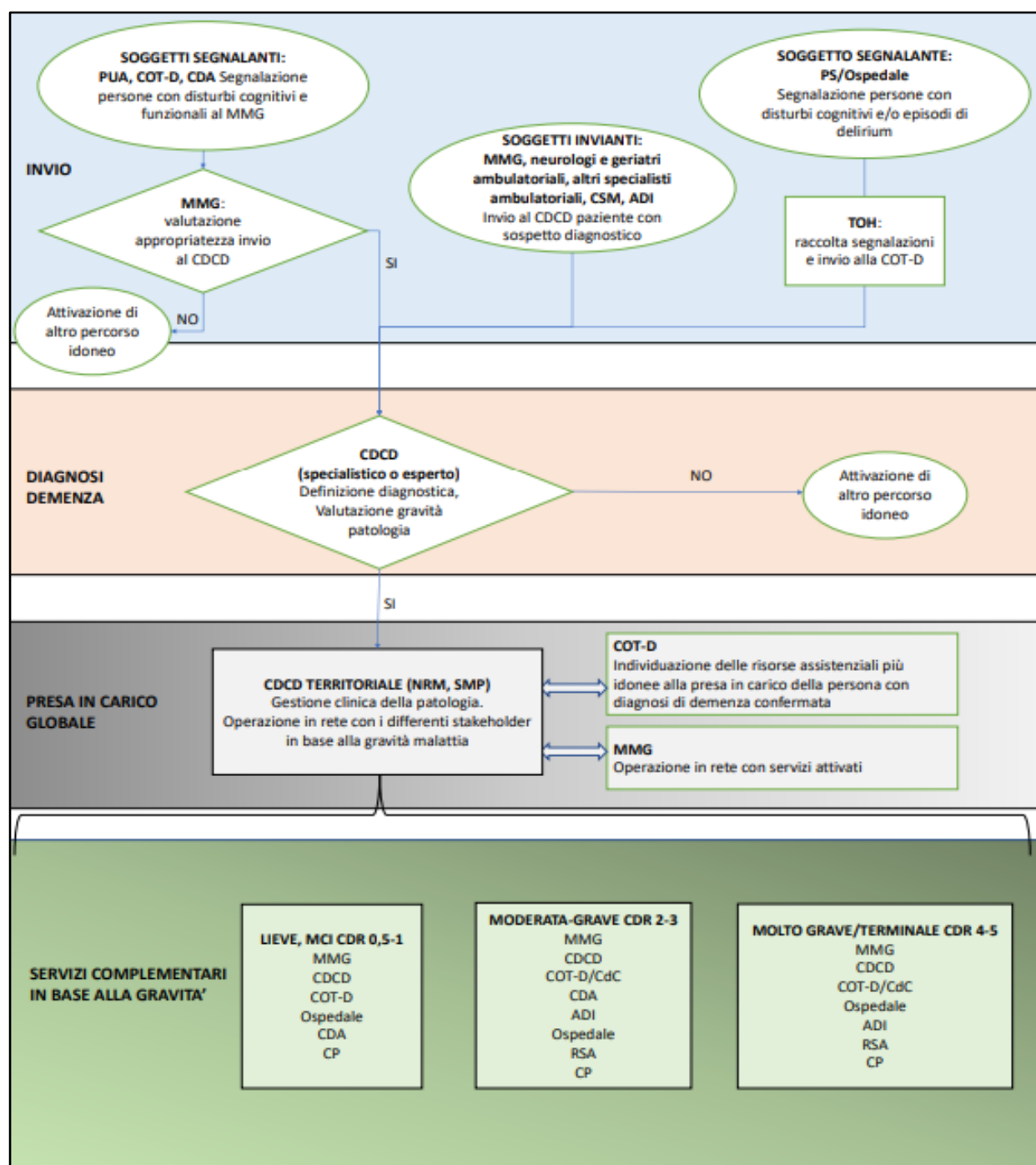
Saranno, pertanto, intraprese strategie per l'implementazione delle best practices di telemedicina e teleassistenza da parte dei Servizi e dei professionisti coinvolti nel PDTA

### 3.5 FLOW-CHART PERCORSI

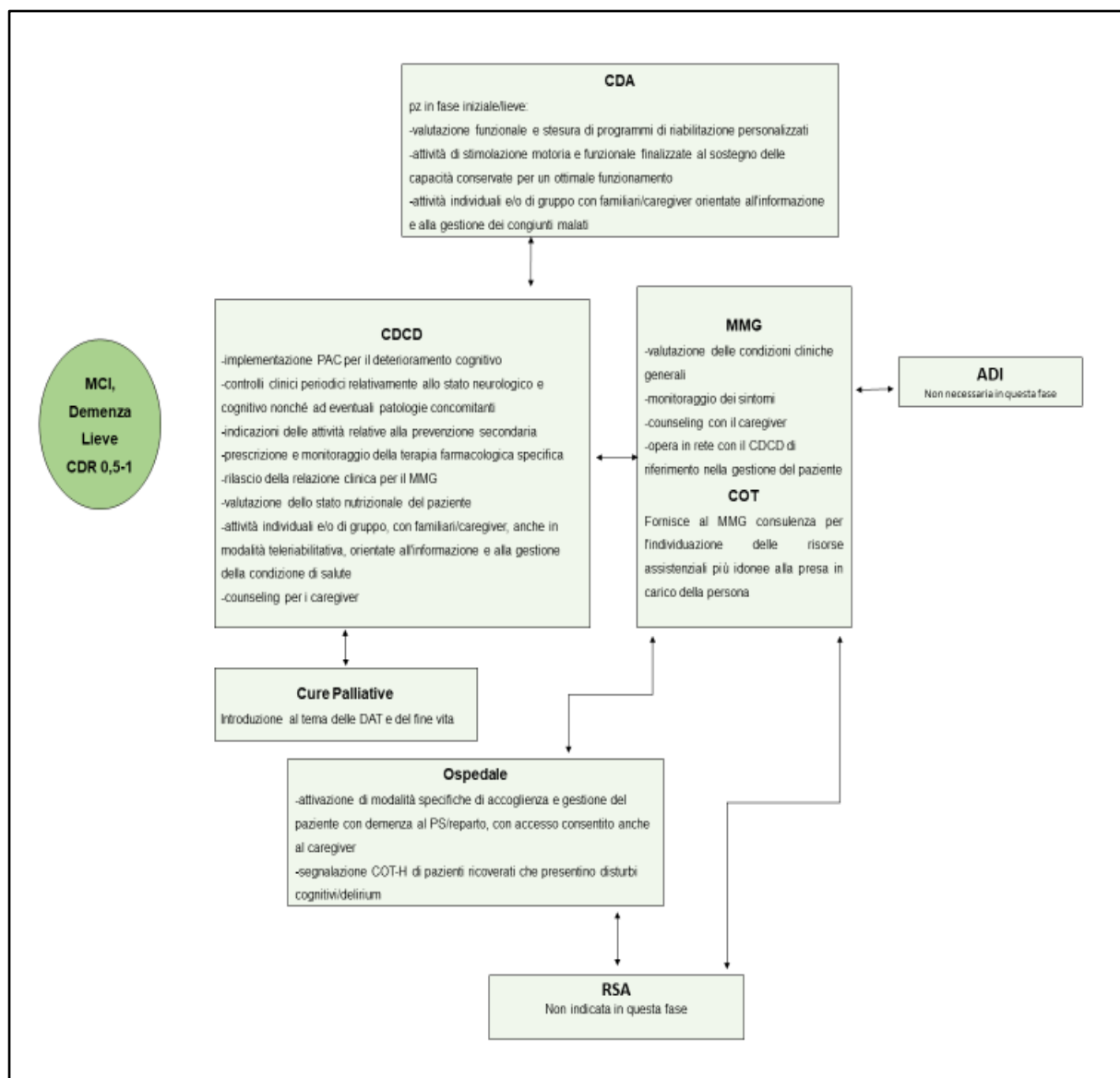
- 3.5.1 Percorso completo di presa in carico
- 3.5.2 Percorso presa in carico nei pazienti con demenza lieve
- 3.5.3 Percorso di presa in carico nei pazienti con demenza di grado moderato
- 3.5.4 Percorso di presa in carico nei pazienti in fase terminale

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 26 di 36
--	--------------	----------------------	---------------

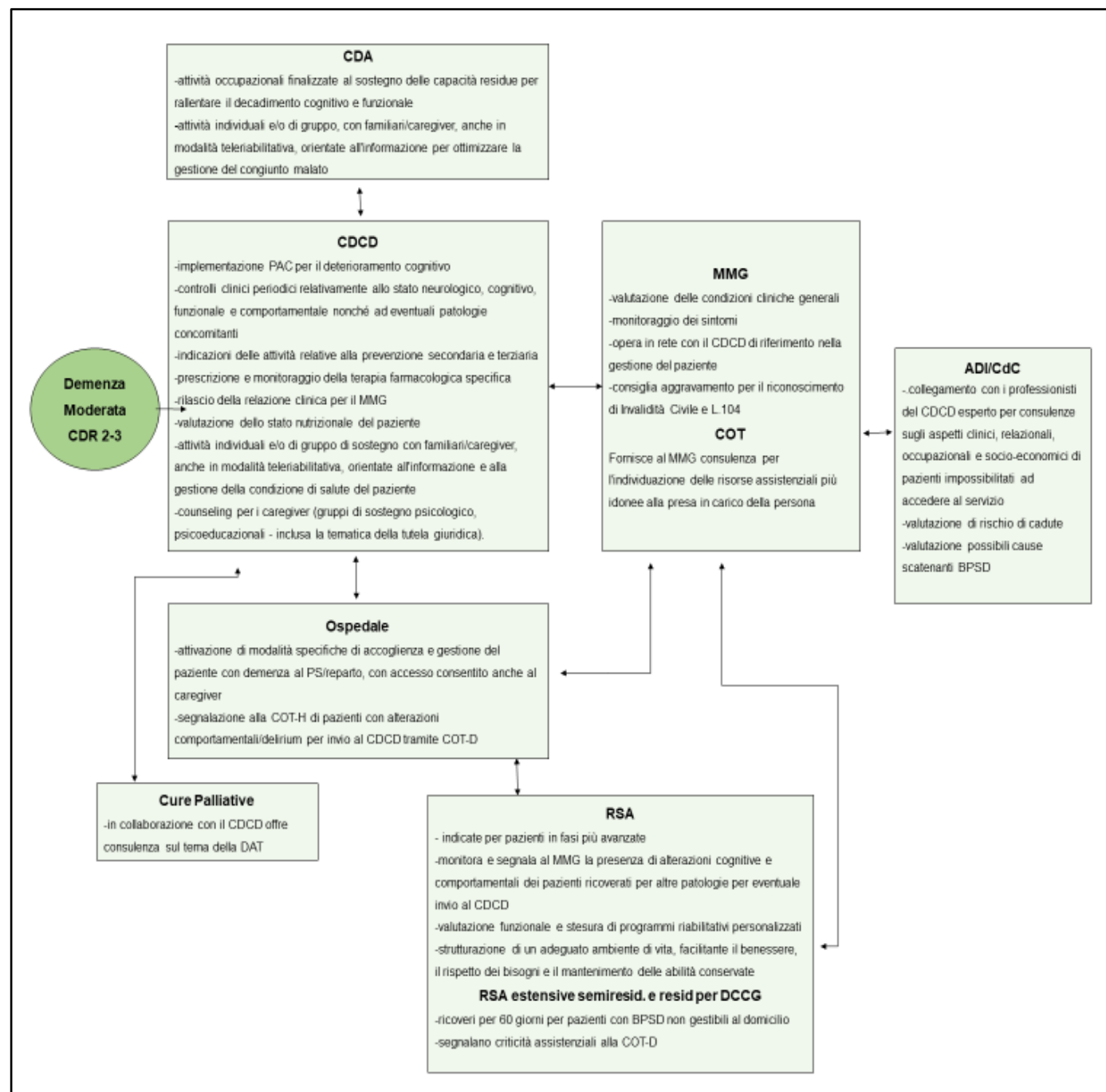
### 3.5.1 Percorso completo di presa in carico



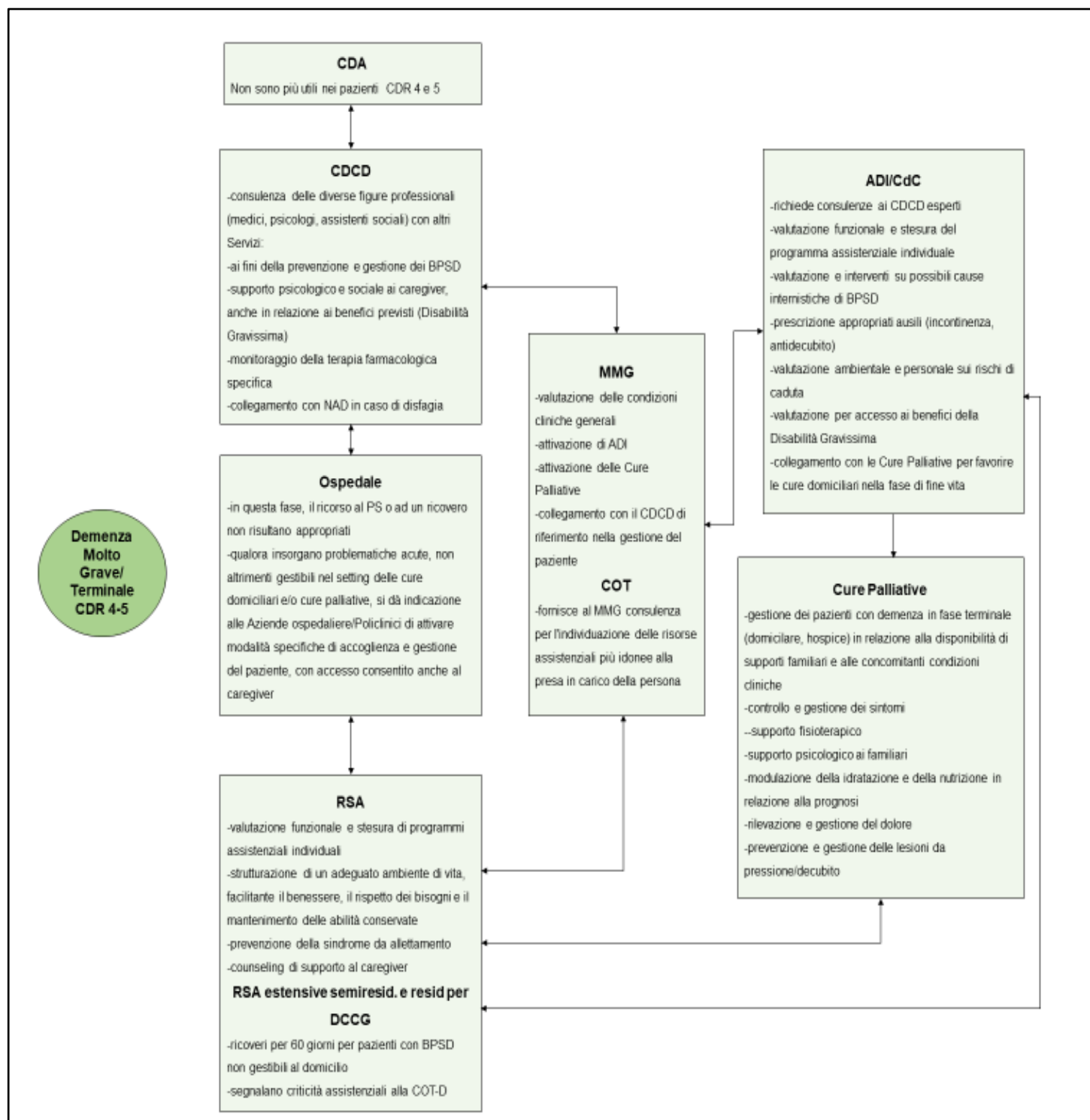
### 3.5.2 Percorso presa in carico nei pazienti con demenza lieve



### 3.5.3 Percorso di presa in carico nei pazienti con demenza di grado moderato



### 3.5.4 Percorso di presa in carico nei pazienti in fase terminale



4. PROTEZIONE DEL PAZIENTE CON DEMENZA TRAMITE VACCINAZIONE

L’offerta delle vaccinazioni consigliate per il paziente con demenza può essere equiparabile a quella consigliata al paziente oncologico data la condizione di fragilità e il possibile evolversi verso una condizione di compromissione del sistema immunitario di questi pazienti.

Si riporta di seguito la tabella sinottica dell’offerta vaccinale

Tabella sinottica offerta vaccinale tratta da Quaderno di vaccinologia, II edizione, pubblicato novembre 2024

Tabella sinottica 6. PATOLOGIA ONCOLOGICA		
TIPOLOGIA VACCINO	MODALITÀ E TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE	NOTE
Pneumococco <sup>o</sup>	<p>CICLO VACCINALE:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• soggetti da 6 settimane ad 1 anno: 3 dosi</li><li>• soggetti da 1 anno a 2 anni: 2 dosi</li><li>• soggetti di età superiore a 2 anni: 1 dose</li></ul> <p>TIPOLOGIA DI VACCINO:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• soggetti da 6 settimane a 2 anni mai vaccinati: PCV15 (Vaxneuvance<sup>®</sup>)</li><li>• soggetti over 2 anni mai vaccinati: PCV20 (Apexxnar<sup>®</sup>) non è indicata la schedula sequenziale/ PCV 15 (Vaxneuvance<sup>®</sup>) 1 dose seguito da PPSV 1 dose ad almeno 8 settimane</li><li>• soggetti vaccinati con prima dose PPSV23<sup>®</sup>: PCV20 (Apexxnar<sup>®</sup>) a distanza di almeno un anno</li></ul> <p>SCHEDULA SEQUENZIALE: a partire dai 2 anni di vita, per chi abbia già ricevuto una dose di vaccino coniugato PCV15 (Vaxneuvance<sup>®</sup>) si può somministrare 1 dose di vaccino polisaccaridico (Pneumovax<sup>®</sup>) a distanza di un anno.</p>	<p>Gli autori suggeriscono la somministrazione di PCV20 (Apexxnar<sup>®</sup>) anche ai soggetti già vaccinati con PCV 13 per garantire la protezione contro il sierotipo 8 (cfr. report ISS Sorveglianza nazionale delle malattie invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo e delle meningiti batteriche.) L’FDA in data 28.04.2023 ha già esteso l’uso del PCV 20 negli Stati Uniti a partire dalle 6 settimane di vita.</p> <p>*Si raccomanda di somministrare sempre prima il vaccino coniugato del vaccino polisaccaridico, in quanto invertire l’ordine delle somministrazioni inficia la risposta immunologica.</p>
Herpes Zoster <sup>oo</sup>	Vaccino ricombinante adiuvato (Shingrix <sup>®</sup> ) dai 18 anni di età 2 dosi ai tempi 0-2/6 mesi	<p>È possibile utilizzare la schedula accelerata che prevede 2 dosi ai tempi 0-1 mese per i soggetti che potrebbero diventare immunodeficienti o immunodepressi a causa della patologia o terapia.</p> <p>Non è necessario procedere con il dosaggio delle IgG anti- varicella.</p> <p>Non indicato per l’immunizzazione primaria verso la varicella.</p> <p>Possibile la vaccinazione con Shingrix<sup>®</sup> anche nei soggetti precedentemente vaccinati con Zostavax<sup>®</sup> dopo almeno due mesi.*</p>
Meningococco B Meningococco ACWY	<p>Nei soggetti a maggior rischio si può utilizzare:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bexsero<sup>®</sup> (a partire dai 2 anni) 2 dosi ai tempi 0-1 mese</li><li>• Trumenba<sup>®</sup> (a partire dall’età di 10 anni) 3 dosi ai tempi 0-1-5 mesi</li></ul> <p>Utilizzare sempre lo stesso vaccino per tutto il ciclo vaccinale.</p> <p>Per quanto riguarda meningococco ACWY: Menquadfi<sup>®</sup> 2 dosi ai tempi 0-2 mesi</p>	<p>L’RCP del Bexsero<sup>®</sup> per l’età adulta recita: "Nei soggetti a rischio continuativo di esposizione alla malattia meningococcica deve essere tenuta in considerazione una dose di richiamo, sulla base delle raccomandazioni ufficiali".</p> <p>La vaccinazione è raccomandata anche ai conviventi. Nelle linee guida asco si parla di vaccinare per Meningiti non solo in presenza di una malattia oncologica ma in caso di comorbidità ulteriori presenti. Inoltre consigliano di rivaccinare ogni 5 anni per la Men ACWY e ogni 2-3 anni per MenB se persistono i fattori di rischio.</p>
Haemophilus Influenzae tipo B	<p>Non vaccinati</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 1 anno la vaccinazione viene effettuata in combinazione con il vaccino combinato esavalente</li><li>• 1-5 anni 2 dosi ai tempi 0-2 mesi</li><li>• &gt; 5 anni 1 dose</li></ul> <p>Parzialmente vaccinati somministrare n. 1 ulteriore dose.</p>	Distanza minima tra le dosi almeno 8 settimane.



Tabella sinottica 6. PATOLOGIA ONCOLOGICA		
TIPOLOGIA VACCINO	MODALITÀ E TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE	NOTE
Epatite B	<p>È possibile somministrare:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Il vaccino anti-HBV ricombinante (Engerix®) 3 dosi ai tempi 0-1-6 mesi</li><li>Il vaccino associato anti-HAV+HBV (Twinrix®) 3 dosi ai tempi 0-1-6 mesi</li></ul> <p>Per gli adulti di età pari o superiore 20 anni si consiglia di effettuare vaccinazione con Fendrix 3 dosi (0-1-6 mesi) o (Engerix®) 4 dosi (0-1-2-6)</p>	<p>Negli adulti non vaccinati occorre la ricerca previa dell'HBsAg e dell'HBsAb per accertarsi che il soggetto sia candidato alla vaccinazione stessa (cfr Circ Min Sal). Dosare gli anti-HBsAg dopo 1-2 mesi dal ciclo primario. Se anti-HBs &gt; 10UI/L il paziente è protetto, altrimenti procedere con eventuali dosi Booster ed ulteriori dosaggi degli anticorpi anti-HBsAg.</p> <p>In caso di persistenza di valori &lt;10UI/L completa il secondo ciclo di vaccinazioni. Le formulazioni pediatriche si utilizzano fino a 15 anni.</p>
Epatite A	<ul style="list-style-type: none"><li>2 dosi ai tempi 0-6/12 mesi.</li><li>3 dosi ai tempi 0-1-6 mesi se si utilizza il vaccino associato anti-HAV+HBV (Twinrix®)</li></ul>	
Difterite Tetano Pertosse	<ul style="list-style-type: none"><li>Soggetti mai vaccinati eseguire ciclo primario a 3 dosi ai tempi 0-2-6 mesi.</li><li>Soggetti già immunizzati: procedere con i richiami regolari ogni 10 anni</li></ul>	<p>Esistono 2 formulazioni di vaccino contro difterite, tetano, pertosse e polio: pediatrica ed adulti. Vedi RCP dei vaccini disponibili.</p> <p>Anche se sono trascorsi più di 10 anni, il ciclo non va mai iniziato da capo.</p>
Papilloma virus	Ciclo vaccinale a 3 dosi indipendentemente dall'età ai tempi 0-2-6 mesi. Raccomandato a partire dal compimento dell'11 anno di vita.	<p>Nei soggetti immunocompromessi è indicato somministrare 3 dosi indipendentemente dall'età (cfr. <a href="https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/hcp/recommendations.html">https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/hcp/recommendations.html</a>)</p>
Morbillo Parotite Rosolia Varicella	Schedula a 2 dosi ai tempi 0-1 mese	<p>Verificare lo stato immunitario del paziente che riferisce il morbillo e rosolia in anamnesi, richiedendo la misurazione del titolo anticorpale.</p> <p>Per la varicella, invece, è sufficiente il ricordo anamnestico. Le vaccinazioni contro il morbillo e la varicella (ma non quelle contro parotite e rosolia) sono efficaci anche post-esposizione: entro 72 ore per morbillo e entro 5 giorni per varicella dal contatto.</p> <p>La vaccinazione è raccomandata anche ai conviventi suscettibili a MPRV.</p>
Influenza***	<p>Nella Regione Lazio:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Da 6 mesi a 2 anni utilizzare il vaccino quadrivalente inattivato (QIV) a sub-unità, split, coltivato su uova (Vaxigrip®)</li><li>Dai 2 anni ai 6 anni se immunocompetente utilizzare il vaccino a virus vivi attenuati (LAV) (Fluenz Tetra®)</li><li>Dai 6 ai 64 aa utilizzare il vaccino quadrivalente prodotto su colture cellulari (VIQcc)(Flucelvax Tetra®)</li><li>Dai 65 aa utilizzare esclusivamente vaccini potenziati: vaccino inattivato quadrivalente adiuvato (VIQa) (Fluad Tetra®) o vaccino quadrivalente ad alto dosaggio (VIQhd) (Efluelda®)</li></ul>	<p>I soggetti fino al compimento dei 9 anni che non sono mai stati vaccinati devono ricevere due dosi di vaccino, distanziate di almeno 4 settimane.</p> <p>Gli autori raccomandano di somministrare, in questa categoria di pazienti particolarmente fragili, già nella fascia di età 60- 65 anni, il vaccino quadrivalente ad alto dosaggio (VIQhd) (Efluelda®) anche alla luce della Circolare del Min della Salute Cfr. "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2023-2024" prot. 0012781-21/04/2023, che evidenzia come questa formulazione ha lo scopo di "garantire una maggiore risposta immunitaria e quindi una maggiore efficacia".</p>
Virus Respiratorio Sinciziale	Dai 60 anni in poi, 1 singola dose con possibilità di co-somministrare insieme alle altre vaccinazioni stagionali.	
Sars-Cov-2**	1 dose l'anno ad almeno 3 mesi dalla dose precedente. È prevista singola dose di Comirnaty JN.1 anche per coloro che non sono mai stati vaccinati (ciclo primario).	<p>Indipendentemente dal numero di dosi e dal tipo di vaccino utilizzato precedentemente si raccomanda:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Soggetti di età &gt; 6 mesi con condizioni di immunocompromissione moderata o grave*: 1 dose dopo 6 mesi dall'ultima somministrazione (Cfr. Indicazioni vaccinali per Sars-Cov-2 2023-2024 – Raccomandazione condivisa Società Italiana di Igiene (Siti) e Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT))</li></ul>

\* Le modalità e tempi di somministrazione sono quelli in uso nella Regione Lazio Prot. n. 1002701 del 7 agosto 2024 relativo all'utilizzo dei vaccini anti Pneumococco

\*\* Le modalità e tempi di somministrazione sono quelli in uso nella Regione Lazio nota U 0360551.11-04-2022 relativa al vaccino ricombinante Shingrix

\*\*\* Nota Regione Lazio Prot. n. 1002701 del 7 agosto 2024- Trasmissione Protocollo Operativo Campagna antinfluenzale 2024-25

\*Centers for Disease Control and Prevention. MMWR. 2018;67(3):103-108

\*\* <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioNormativaNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&iPageNo=4>



## 5. INDICATORI

L'identificazione di punti di miglioramento è la chiave per promuovere un ciclo virtuoso di perfezionamento del PDTA, rispetto agli obiettivi inizialmente posti. A tal fine la Direzione Aziendale ha identificato degli indicatori, stilati con l'obiettivo di valutare i volumi di produzione del Percorso e l'impatto di questo nelle cure dei residenti nella ASL. I dati raccolti saranno, pertanto, utilizzati nella valutazione dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza degli interventi di cura e di prevenzione nonché per la programmazione di investimenti a lungo termine utili al mantenimento ed all'efficientamento del PDTA.

Obiettivo	Indicatore	Modalità di rilievo	Responsabile della raccolta dei dati	Frequenza rilevazione
Quantifica l'intercettazione da parte del MMG	Proporzione di PRIME visite effettuate al CDCD con nota "PDTA Demenze "(nelle more dell'attivazione del codice tracciante DT_DEM)	Ricette dematerializzate CUP che presentano nelle note "PDTA Demenze "(nelle more dell'attivazione del codice tracciante DT_DEM)	Responsabile del PDTA	semestrale
Appropriatezza diagnostica su prime visite	Numero di PAC per demenza effettuati /numero richieste di prime visite per sospetta demenza pervenute	Flussi SIAS	Responsabile del PDTA	semestrale
Applicazione criteri diagnostici	N. di valutazioni neuropsicologiche effettuate ai fini diagnostici/n. PRIME visite complessive per anno	CUP –FLUSSI SIAS	Responsabile del PDTA	semestrale
Quantifica l'intercettazione da parte dei soggetti invianti	Proporzione di PRIME visite effettuate al CDCD inviate da ADI-Ospedale COT-D	Proporzione di PRIME visite effettuate al CDCD CDCD inviate da ADI-Ospedale COT-D/totale prime visite	Responsabile del PDTA	semestrale
Monitoraggio da parte della DS dell'applicazione del PDTA nei diversi distretti	Formazione multidisciplinare documentata per coordinamento e armonizzazione interdistrettuale del PDTA (3 incontri/anno)	Documento di approvazione della formazione	Direzione Sanitaria	annuale
Verifica acquisizione linee di indirizzo di invio dei pazienti al CDCD	Incontro di verifica tra referenti CDCD, MMG, responsabile CUP Direttori di distretto per l'acquisizione e il corretto utilizzo dei codici di richiesta	Verbale CDCD	Direzione Sanitaria	semestrale
Applicazione criteri interventi	Numero interventi di riabilitazione cognitiva effettuati /numero richieste	SIAT (prestazione training cognitivo/educazione terapeutica)	Responsabile PDTA	semestrale
Tasso di ospedalizzazione	Numero pazienti ospedalizzati/numero pazienti con demenza presi in carico	SDO	Responsabile del PDTA	semestrale
Tasso di accesso al PS	Numero di pazienti che accedono al PS con diagnosi di deterioramento cognitivo/numero pazienti presi in carico	EMUR	Responsabile PDTA	semestrale

## 6. FORMAZIONE PERSONALE

Saranno organizzate periodicamente sessioni di formazione e di aggiornamento dei MMG in collaborazione tra i CDCD e i Distretti Aziendali sulle demenze ed in particolare sulle modalità di attivazione del PDTA.

Altresì saranno organizzati corsi di aggiornamento a favore dei Professionisti ospedalieri (PS e Reparti); saranno organizzati incontri periodici anche con le altre professionalità dei Servizi sanitari e sociali coinvolti nel presente PDTA.

Infine, si intende coinvolgere in percorsi formativi peer to peer gli specialisti geriatri e neurologi in servizio nei CAD per la gestione condivisa di quanto previsto nel presente PDTA.

## 7. AUDIT

Lo scopo del gruppo audit sul PDTA-Demenze è di tendere ad un continuo miglioramento della qualità dei servizi e garantire elevati standard clinici e assistenziali. Saranno quindi previste riunioni cicliche per la valutazione degli indicatori, delle criticità e dei punti di forza del PDTA.

I risultati degli audit verranno esposti alle unità coinvolte nel PDTA assieme alle criticità riscontrate e alle azioni di miglioramento proposte.

Si prevede una cadenza annuale degli Audit, ma nelle prime fasi la cadenza degli audit deve essere più ravvicinata: una ogni tre mesi per i primi sei mesi, quindi semestrale per un anno.

## 8. INFORMAZIONE ALL'UTENZA

La ASL Roma 1 intende informare sull'implementazione del PDTA-Demenze i cittadini residenti nel proprio territorio tramite sito aziendale e canali social già attivi.

## 9. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- 1) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>
- 2) <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2012.pdf>
- 3) <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=50972>
- 4) [https://www.demenze.it/documenti/geo\\_regioni/det\\_g01705\\_2023\\_pdt\\_a\\_demenze\\_regione\\_lazio\\_burl.pdf](https://www.demenze.it/documenti/geo_regioni/det_g01705_2023_pdt_a_demenze_regione_lazio_burl.pdf)
- 5) <https://www.istat.it/it/files/2021/11/REPORT-PREVISIONI-DEMOGRAFICHE.pdf>
- 6) Sachdev, P. S., Lipnicki, D. M., Kochan, N. A., Crawford, J. D., Thalamuthu, A., Andrews, G., Brayne, C., Matthews, F. E., Stephan, B. C., Lipton, R. B., Katz, M. J., Ritchie, K., Carrière, I., Ancelin, M. L., Lam, L. C., Wong, C. H., Fung, A. W., Guaita, A., Vaccaro, R., Davin, A., ... Cohort Studies of Memory in an International Consortium (COSMIC) (2015). The Prevalence of Mild Cognitive Impairment in Diverse Geographical and Ethnocultural Regions: The COSMIC Collaboration. PloS one, 10(11), e0142388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142388>
- 7) Chiari, A., Vinceti, G., Adani, G., Tondelli, M., Galli, C., Fiondella, L., Costa, M., Molinari, M. A., Filippini, T., Zamboni, G., & Vinceti, M. (2021). Epidemiology of early onset dementia and its clinical presentations in the province of Modena, Italy. Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association, 17(1), 81–88. <https://doi.org/10.1002/alz.12177>
- 8) Bacigalupo T, Mayer F, Lacorte E, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis on the Prevalence of Dementia in Europe: Estimates from the Highest-Quality Studies Adopting the DSM TV Diagnostic Criteria. J Alzheimers Dis. 2018;66(4):1471-1481. doi:10.3233/JAD-180416
- 9) <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>
- 10) <https://www.alcove-project.eu/index.php/>

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 34 di 36
--	--------------	----------------------	---------------

- 11) <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione/DGR-970-21-12-2021-Allegato1.pdf>
- 12) [https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/decreti-commissario-ad-acta/DECR\\_U00448\\_DEL\\_22\\_12\\_2014\\_Recepimento\\_Accordo\\_Conferenza\\_Stato\\_Regioni\\_Piano\\_Nazionale\\_Demenze.pdf](https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/decreti-commissario-ad-acta/DECR_U00448_DEL_22_12_2014_Recepimento_Accordo_Conferenza_Stato_Regioni_Piano_Nazionale_Demenze.pdf)
- 13) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
- 14) <https://www.who.int/publications/i/item/national-cancer-control-programmes>
- 15) Jessen F, Amariglio RE, van Boxtel M, et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2014;10(6):844-852. doi:10.1016/j.jalz.2014.01.001
- 16) Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):270-279. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.008
- 17) McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):263-269. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.005
- 18) Román GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*. 1993;43(2):250-260. doi:10.1212/wnl.43.2.250
- 19) McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2017;89(1):88-100. doi:10.1212/WNL.0000000000004058
- 20) Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S, et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*. 2011;76(11):1006-1014. doi:10.1212/WNL.0b013e31821103e6
- 21) Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*. 2011;134(Pt 9):2456-2477. doi:10.1093/brain/awr179
- 22) Alexander SK, Rittman T, Xuereb JH, Bak TH, Hodges JR, Rowe JB. Validation of the new consensus criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014;85(8):925-929. doi:10.1136/jnnp-2013-307035
- 23) Gilman S, Wenning GK, Low PA, et al. Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy. *Neurology*. 2008;71(9):670-676. doi:10.1212/01.wnl.0000324625.00404.15
- 24) Crutch SJ, Schott JM, Rabinovici GD, et al. Consensus classification of posterior cortical atrophy. *Alzheimers Dement*. 2017;13(8):870-884. doi:10.1016/j.jalz.2017.01.014
- 25) Dubois B, Burn D, Goetz C, et al. Diagnostic procedures for Parkinson's disease dementia: recommendations from the movement disorder society task force. *Mov Disord*. 2007;22(16):2314-2324. doi:10.1002/mds.21844
- 26) Zerr I, Kallenberg K, Summers DM, et al. Updated clinical diagnostic criteria for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease [published correction appears in *Brain*. 2012 Apr;135(Pt 4):1335]. *Brain*. 2009;132(Pt 10):2659-2668. doi:10.1093/brain/awp191
- 27) Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, Ames D, Banerjee S, Burns A, Brayne C, Fox NC, Ferri CP, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Kivimäki M, Larson EB, Nakasujja N, Rockwood K, Samus Q, Shirai K, Singh-Manoux A, Schneider LS, Walsh S, Yao Y, Sommerlad A, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet*. 2024 Aug 10;404(10452):572-628. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01296-0. Epub 2024 Jul 31. PMID: 39096926
- 28) Regione Lazio -Determinazione 10 febbraio 2023, n. G01705 . Approvazione del documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le persone con Demenza della Regione Lazio."

## 10. ALLEGATI

- All.1 Caregiver Burden Inventory (CBI)
- All.2 Clinical Dementia Rating Scale (CDR)
- All.3 General Practitioner assessment of Cognition (GPCog)
- All.4a Mini mental state examination (MMSE)
- All.4b Activities of Daily Living (ADL) e Instrumental Activities of Daily Living (IADL)
- All.5 PAC 331
- All.6 Modulo dell'esenzione per patologia
- All.7 Piano terapeutico

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 35 di 36
--	--------------	----------------------	---------------

All.8 Neuropsychiatric Inventory (NPI)

All.9: Elenco prestazioni erogabili nei CDCD – CODICI CUR Determinazione Regione Lazio n. G00226 del 12.01.2024

All.10: Agende attualmente presenti al momento della stesura del PDTA e attive dal 02.01.2025

All. 11: Informativa sulla privacy

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA (PDTA DEMENZE) ASL ROMA I	PDTA DEMENZE	Rev.0 del 18/12/2024	Pag. 36 di 36
--	--------------	----------------------	---------------

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

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

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

0= Per nulla    1= Poco    2= Moderatamente    3= Parecchio    4= Molto

Condizioni/Impressioni		Punteggio
T 1	Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0 1 2 3 4
T 2	Il mio familiare è dipendente da me	0 1 2 3 4
T 3	Devo vigilarlo costantemente	0 1 2 3 4
T 4	Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0 1 2 3 4
T 5	Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza	0 1 2 3 4
S 6	Sento che mi sto perdendo vita	0 1 2 3 4
S 7	Desidererei poter fuggire da questa situazione	0 1 2 3 4
S 8	La mia vita sociale ne ha risentito	0 1 2 3 4
S 9	Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0 1 2 3 4
S 10	Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0 1 2 3 4
F 11	Non riesco a dormire a sufficienza	0 1 2 3 4
F 12	La mia salute ne ha risentito	0 1 2 3 4
F 13	Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	0 1 2 3 4
F 14	Sono fisicamente stanca	0 1 2 3 4
D 15	Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0 1 2 3 4
D 16	I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0 1 2 3 4
D 17	Ho avuto problemi con il coniuge	0 1 2 3 4
D 18	Sul lavoro non rendo come di consueto	0 1 2 3 4
D 19	Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0 1 2 3 4
E 20	Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0 1 2 3 4
E 21	Mi vergogno di lui/lei	0 1 2 3 4
E 22	Provo del risentimento nei suoi confronti	0 1 2 3 4
E 23	Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0 1 2 3 4
E 24	Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0 1 2 3 4

Totale punteggio \_\_\_\_\_

Nome/cognome/ruolo CAREGIVER.....

**Clinical Dementia rating Scale (CDR) estesa** (*Hughees et al, 1982; Heyman et al, 1987*).

	NORMALE	DEMENZA DUBBIA	DEMENZA LIEVE	DEMENZA MODERATA	DEMENZA GRAVE
	CDR 0	CDR 0.5	CDR 1	CDR 2	CDR 3
<b>Memoria</b>	Memoria adeguata o smemoratezza occasionale	Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
<b>Orientamento</b>	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
<b>Giudizio soluzione problemi</b>	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
<b>Attività sociali</b>	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
<b>Casa e hobbies</b>	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
<b>Cura personale</b>	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

**CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE**

Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

**CDR 5: DEMENZA TERMINALE**

Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.

Per ottenere il punteggio della CDR è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare o operatore che conosce il soggetto e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente con particolare riferimento ai seguenti aspetti: 1) memoria; 2) orientamento temporale e spaziale; 3) giudizio ed astrazione; 4) attività sociali e lavorative; 5) vita domestica, interessi ed hobby; 6) cura della propria persona. In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 - 0.5 - 1 - 2 - e 3.

0= normale; 0.5= dubbia compromissione; 1 compromissione lieve; 2= compromissione moderata; 3= compromissione severa. Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre sono secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria. Se tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto nella maggior parte delle categorie secondarie. Qualora due categorie ottengano un valore superiore e due un valore inferiore rispetto a quello ottenuto dalla memoria, il valore della CDR corrisponde a quello della memoria.

La scala è stata successivamente estesa per classificare in modo più preciso gli stadi più avanzati della demenza (Hayman et al, 1987). I pazienti possono essere perciò classificati in stadio 4 (demenza molto grave) quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicale. Sono classificati in stadio 5 (demenza terminale) quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati, incontinenti.



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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cognome Nome \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Anni di Scuola: \_\_\_\_

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

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

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

"Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia"

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

**ORIENTAMENTO TEMPORALE**

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

Corretto	Sbagliato
1	0

**FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE** Disegno dell'Orologio

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

1	0
1	0

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

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

1	0
---	---

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

1	0
---	---

**Rossi**

1	0
---	---

**Via Libertà**

1	0
---	---

**42**

1	0
---	---

**Pavia**

1	0
---	---

**TOTALE**

#### PUNTEGGIO

9: NORMALE

< 5: DETERIORAMENTO COGNITIVO

5-8: BORDERLINE. passare alla sezione B

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

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

I. ... ha più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti?

SI	NO	Non so	N/A
0	1		

II. ...ha più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni?

0	1		
---	---	--	--

III. ...quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?

0	1		
---	---	--	--

IV. ...è meno capace di gestire denaro e questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)?

0	1		
---	---	--	--

V. ...è meno capace di gestire ed assumere i suoi farmaci da solo/a?

0	1		
---	---	--	--

VI. richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)?

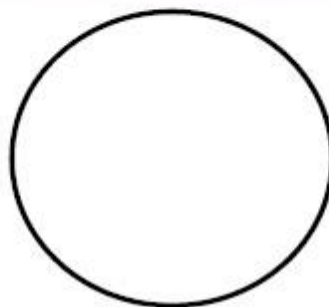
0	1		
---	---	--	--

**TOTALE**

#### PUNTEGGIO

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

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



**MINI-MENTAL STATE EXAMINATION** (Folstein M.F., Folstein S., McHugh P.R., J.Psychiatr.Res;12:189-198,)

**1. Orientamento temporo-spaziale**

Il paziente sa riferire il giorno del mese, l'anno, il mese, il giorno della settimana e la stagione.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Il paziente sa riferire il luogo in cui si trova, a quale piano, in quale città, regione, stato.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

**2. Memoria**

L'esaminatore pronuncia ad alta voce tre termini (casa, pane, gatto) e chiede al paziente di ripeterli immediatamente.

[0] [1] [2] [3]

L'esaminatore deve ripeterli fino a quando il paziente non li abbia imparati (max 6 ripetizioni).

Tentativi n. \_\_\_\_\_

**3. Attenzione e calcolo**

Far contare per sette all'indietro, partendo da 100. Fermarsi dopo le prime 5 risposte.

Se il paziente avesse difficoltà di calcolo, far scandire all'indietro la parola "CARNE" una lettera alla volta.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

**4. Richiamo delle tre parole**

Richiamare i tre termini precedentemente imparati.

[0] [1] [2] [3]

**5. Linguaggio**

Il paziente deve riconoscere due oggetti.

Come si chiama questo? (indicando una matita). Come si chiama questo? (indicando un orologio).

[0] [1] [2]

Invitare il paziente a ripetere la frase "NON C'È NE SE NE MA CHE TENGA". [0] [1]

Esecuzione di un compito su comando.

Invitare il paziente ad eseguire correttamente i seguenti ordini: a) prenda un foglio con la mano destra, b) lo pieghi a metà, c) e lo butti dal tavolo.

[0] [1] [2] [3]

Presentare al paziente un foglio con la seguente scritta: "Chiuda gli occhi".

Invitare il paziente ad eseguire il comando indicato

[0] [1]

Far scrivere al paziente una frase formata almeno da soggetto e verbo. [0] [1]

Far copiare al paziente il disegno indicato.

[0] [1]

(Il materiale delle ultime due prove va conservato)

**PUNTEGGIO COMPLESSIVO**

\_\_\_\_\_/30

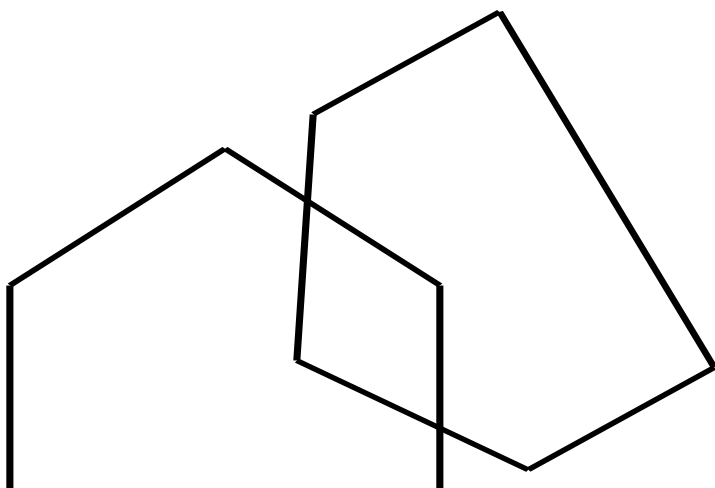
**PUNTEGGIO COMPLESSIVO AGGIUSTATO**

\_\_\_\_\_/30

	<i>Intervallo di età</i>	<i>65-69</i>	<i>70-74</i>	<i>75-79</i>	<i>80-84</i>	<i>85-89</i>
<i>Livello di educazione</i>						
<i>0-4 anni</i>		+0.4	+0.7	+1.0	+1.5	+2.2
<i>5-7 anni</i>		-1.1	-0.7	-0.3	+0.4	+1.4
<i>8-12 anni</i>		-2.0	-1.6	-1.0	-0.3	+0.8
<i>13-17 anni</i>		-2.8	-2.3	-1.7	-0.9	+0.3



**Disegno:**



**Frase:**

# CHIUDA GLI OCCHI

**PHYSICAL SELF-MAINTENANCE CARE (Lawton &****Brody) \_\_\_\_\_/6****TOILET**

- 1 Autonomo, continente.
- 0 Necessita prompting o aiuto per pulirsi o rara incontinenza (1/settimana).
- 0 Sporca o bagna la notte, più di una volta a settimana.
- 0 Sporca o bagna da sveglia, più di una volta a settimana
- 0 Nessun controllo di entrambi gli sfinteri.

**FEEDING**

- 1 Mangia senza assistenza
- 0 Mangia con poca assistenza, o speciale preparazione del cibo, o aiuto per pulirsi
- 0 Mangia con discreta ssistenza e si sporca
- 0 Richiede notevole assistenza per tutti I pasti
- 0 Non mangia da solo e resiste ai tentativi di nutrirlo

**DRESSING**

- 1 Si veste, si spoglia e sceglie gli abiti dal proprio guardaroba
- 0 Minima assistenza nel vestirsi o spogliarsi
- 0 Necessita di discreta assistenza nel vestirsi o scegliere I vestiti.
- 0 Necessita di notevole assistenza ma coopera con chi lo aiuta
- 0 Totalmente inabile a vestirsi e ostacola chi lo aiuta.

**GROOMING**

- 1 Sempre a posto, senza assistenza
- 0 A posto ma necessita di occasionale assistenza (barba etc)
- 0 Necessita di discreta e regolare assistenza o supervisione
- 0 Totale assistenza ma resta in ordine dopo aver avuto aiuto.
- 0 Annulla ogni sforzo per essere tenuto a posto

**AMBULATION**

- 1 Autonomo in casa e fuori
- 0 Ridotta autonomia fuori di casa (isolato)
- 0 Possibile solo con assistenza.
- 0 Aiuto per alzarsi da sedia o sedia a rotelle
- 0 Confinato a letto per la maggior parte del tempo

**BATHING**

- 1 Si lava senza aiuto
- 0 Bisogno di aiuto per entrare/uscire dalla vasca
- 0 Si lava solo faccia e mani
- 0 Non si lava , ma aiuta chi lo lava
- 0 Non aiuta chi cerca di lavarlo

**INSTRUMENTAL ADL****(Lawton & Brody) \_\_\_\_\_/8; \_\_\_\_\_/5****TELEFONO**

- 1 Usa il telefono bene
- 1 Fa solo pochi numeri ben noti
- 1 Risponde ma non chiama
- 0 Non usa il telefono mai

**SHOPPING**

- 1 Fa tutti i tipi di acquisti senza aiuto
- 0 Solo piccole spese senza aiuto
- 0 Deve sempre essere accompagnato
- 0 Incapace di fare ogni tipo di acquisto

**FOOD PREPARATION**

- 1 Pianifica, prepara, e serve i cibi senza aiuto
- 0 Prepara i pasti se gli vengono forniti gli ingredienti
- 0 Cuoce e prepara pasti semplici, non mantiene una dieta adeguat
- 0 I pasti devono essere preparati e serviti da altri

**HOUSEKEEPING**

- 1 Normale o solo occasionale aiuto per lavori pesanti
- 1 Solo compiti quotidiani leggeri come lavare i piatti e fare il letto
- 1 Fa compiti lievi ma in modo non adeguato
- 1 Necessita di aiuto per tutti i compiti
- 0 Non svolge alcun compito

**LAUNDRY**

- 1 Lava tutti i capi personali
- 1 Lava solo piccoli capi di vestiario
- 0 Compito totalmente svolto da altri

**MODE OF TRANSPORTATION**

- 1 Indipendente con i mezzi pubblici, o guida la propria auto
- 1 Usa il Taxi, ma non altri mezzi pubblici
- 1 Usa i mezzi pubblici solo se accompagnato
- 0 Usa taxi o automobile solo se accompagnato
- 0 Non viaggia

**MEDICATIONS**

- 1 Prende le proprie medicine alle dosi ed ai tempi corretti
- 0 Prende le medicine da solo se sono preparate nelle dosi previste
- 0 Incapace di prendere le proprie medicine

**FINANCES**

- 1 Gestisce conti bancari, affitti, bilancio familiare, pensione, assegni
- 1 Solo bilancio di piccole spese giornaliere
- 0 Incapace di gestire anche piccole somme

PAC DETERIORAMENTO FUNZIONI COGNITIVE		
P331		
P331	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
P331	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
P331	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: relativo distretto vascolare
P331	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche
P331	89.13	VISITA NEUROLOGICA
P331	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)
P331	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
P331	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)
P331	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
P331	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
P331	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
P331	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]
P331	90.14.1	COLESTEROLO HDL
P331	90.14.2	COLESTEROLO LDL
P331	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
P331	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
P331	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]
P331	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
P331	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
P331	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali
P331	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
P331	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
P331	90.43.2	TRIGLICERIDI
P331	90.43.3	TRIOTIRONINA LIBERA (FT3)
P331	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
P331	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
P331	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]
P331	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)
P331	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
P331	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET
P331	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine
P331	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE
P331	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI
P331	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)
P331	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO

## ESENZIONE TICKET PER PATOLOGIA

Data \_\_\_\_\_

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_

sulla base della documentazione acquisita risulta affetto/a da

<b>029.331.0</b>	<b>MALATTIA DI ALZHEIMER</b>	
<b>011.290.0</b>	<b>DEMENZA SENILE, NON COMPLICATA</b>	
<b>011.290.1</b>	<b>DEMENZA PRESENILE</b>	
<b>011.290.2</b>	<b>DEMENZA SENILE CON ASPETTI DELIRANTI O DEPRESSIVI</b>	
<b>011.290.4</b>	<b>DEMENZA ARTERIOSCLEROTICA</b>	
<b>011.291.1</b>	<b>SINDROME AMNESICA DA ALCOOL</b>	
<b>011.294.0</b>	<b>SINDROME AMNESICA</b>	

- ☐ Tale patologia dà diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni individuate dal D.M. 329/99 e successivo regolamento di aggiornamento - D.M. 296/01
- ☐ Tale patologia dà diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni (D.M. 279/01)

## PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI NOTA 85 PER IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

*Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) individuati dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano*

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (cognome, nome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Età _____
Codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Tel. _____
ASL di residenza _____	Regione _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____ recapito Tel. _____	

### Indicazioni autorizzate e rimborsate SSN:

Trattamento della malattia di Alzheimer

- di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 (donepezil, rivastigmina, galantamina)
- di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20 (donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina)
- di grado severo, con MMSE <10 (memantina)

La prescrizione deve essere effettuata in accordo con i singoli Riassunti delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

### Diagnosi:

<input type="checkbox"/> <b>Diagnosi di demenza di Alzheimer probabile secondo i criteri NIA-AA, 2011 (Mc Khann 2011)</b>
<b>MMSE corretto:</b> _____ /30
<input type="checkbox"/> Alzheimer lieve (MMSE tra 21 e 26) <input type="checkbox"/> Alzheimer moderato (MMSE tra 10 e 20) <input type="checkbox"/> Alzheimer grave (MMSE <10)

La risposta clinica dovrà essere monitorata presso i CDCD ad intervalli regolari dall'inizio della terapia:

- a 1 mese, per la valutazione degli effetti collaterali e per l'aggiustamento del piano terapeutico
- a 3 mesi, per una prima valutazione della risposta e per il monitoraggio della tollerabilità: la rimborsabilità del trattamento oltre i 3 mesi deve basarsi sul non peggioramento, sulla base del giudizio di efficacia nel contesto di una valutazione clinica complessiva
- ogni 6 mesi\*\* per successive valutazioni della risposta e della tollerabilità.

\*\* nei casi di stabilità clinica, il rinnovo del Piano Terapeutico potrà avvenire entro un massimo 12 mesi.



**Programma terapeutico:**

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

	Prima prescrizione	Prosecuzione terapia: con modifiche                      senza modifiche
<b>Farmaco</b>	<b>Posologia</b>	<b>Durata</b>
DONEPEZIL		
RIVASTIGMINA		
GALANTAMINA		
MEMANTINA		

Si consiglia monitoraggio periodico con ECG per valutazione del QTc in particolare per i pazienti con: disturbi del ritmo cardiaco, malattia cardiaca clinicamente rilevante e/o in politerapia con farmaci che possono influenzare il QTc o che inducono bradicardia o in presenza di squilibri elettrolitici.

Data di scadenza del PT: \_\_\_\_\_

**La validità del Piano terapeutico è al massimo di 12 mesi**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

-----



**Neuropsychiatric Inventory (NPI)**

(Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J: *Neurology* 1994;44:2308-2314)

	N.A.	Frequenza (a)	Gravità (b)	a x b	Distress
<b>Deliri</b>		[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	—	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Allucinazioni</b>		[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	—	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Agitazione</b>		[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	—	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Depressione/disforia</b>		[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	—	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Ansia</b>		[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	—	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Euforia/esaltazione</b>		[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	—	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Apatia/indifferenza</b>		[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	—	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Disinibizione</b>		[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	—	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Irritabilità/labilità</b>		[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	—	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Attività motoria</b>		[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	—	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Sonno</b>		[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	—	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione</b>		[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	—	[0] [1] [2] [3] [4] [5]

**Frequenza** 0=mai  
1=raramente  
2=talvolta  
3=frequentemente  
4=quasi costantemente

**Gravità** 1=lievi (non producono disturbo al paziente).  
2=moderati (comportano disturbo per il paziente).  
3=severi (richiedono la somministrazione di farmaci; sono molto disturbanti per il paziente).

**Stress emotivo o psicologico** 0= Nessuno  
1= Minimo  
2= Lieve  
3= Moderato  
4= Severo  
5= Grave



**Elenco Prestazioni del Catalogo Unico Regionale (CUR)**

Si riporta, di seguito, l'elenco delle prestazioni estratte dal Catalogo Unico Regionale (CUR) che possono essere utilizzate per la valutazione dei pazienti presso i CDCD regionali.

Le prestazioni sono state individuate dai Responsabili dei CDCD presenti nel gruppo di lavoro e supervisionate dall'Ufficio Specialistica Ambulatoriale della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

<b>CUR</b>	<b>descrizione prestazione</b>	<b>BRANCA</b>
89.7_49	PRIMA VISITA GERIATRICA	altro
89.01_55	VISITA GERIATRICA DI CONTROLLO	altro
89.01_97	TELEVISITA GERIATRICA DI CONTROLLO	altro
89.07_0	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO Valutazione multidimensionale geriatrica d'equipe	altro
90.30.4_4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO - LIQ. CEFALO-RACHIDIANO	laboratorio
89.7_48	PRIMA VISITA GENETICA MEDICA	altro
89.01_54	VISITA GENETICA MEDICA DI CONTROLLO	altro
88.73.5_2	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI A RIPOSO	angiologia /cardiologia
88.73.5_3	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI CON PROVA FARMACOLOGICA	angiologia /cardiologia
88.73.5_4	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI CON PROVA FISICA	angiologia /cardiologia
89.52_0	ELETTROCARDIOGRAMMA	cardiologia
92.11.5_0	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE DI PERFUSIONE	Medicina nucleare
92.11.6_0	TOMOSCINTIGRAFIA [PET] CEREBRALE - STUDIO QUALITATIVO	Medicina nucleare
92.11.7_0	TOMOSCINTIGRAFIA [PET] CEREBRALE - STUDIO QUANTITATIVO	Medicina nucleare
92.11.8_0	PET-studio qualitativo/TC cerebrale	Medicina nucleare
92.11.9_0	PET-studio quantitativo/TC cerebrale	Medicina nucleare
89.13_0	VISITA NEUROLOGICA	neurologia
89.01_32	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO	neurologia
89.01_83	TELEVISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO	neurologia
89.14_0	ELETTROENCEFALOGRAMMA	neurologia
93.89.2_2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI PER SEDUTA INDIVIDUALE (Ciclo 10 sed)	neurologia
93.89.2_3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI PER SEDUTA INDIVIDUALE (singola seduta)	neurologia
93.89.3_2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI PER SEDUTA COLLETTIVA (Ciclo 10 sed)	neurologia
93.89.3_3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI PER SEDUTA COLLETTIVA (singola seduta)	neurologia
94.01.2_2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O INTELLETTIVO	neurologia
94.01.2_3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O INTELLETTIVO - M.D.B.	neurologia
94.01.2_4	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O INTELLETTIVO - MODA	neurologia
94.01.2_5	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O INTELLETTIVO - WAIS	neurologia
94.01.2_6	TEST DI SVILUPPO PSICOMOTORIO	neurologia
94.01.2_7	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O INTELLETTIVO STANFORD BINET	neurologia
94.02.1_2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA	neurologia
94.02.1_3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA A BREVE E LUNGO TERMINE	neurologia
94.02.1_4	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA ESPLICITA	neurologia
94.02.1_5	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA IMPLICITA	neurologia
94.02.1_6	TEST DI ATTENZIONE	neurologia
94.02.1_7	TEST DI ABILITA' DI LETTURA	neurologia
94.02.2_0	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	neurologia
94.08.1_0	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	neurologia
94.08.2_0	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	neurologia

94.08.4_2	ESAME DELL'AFASIA	neurologia
94.08.4_3	ES. NEUROPSICOLOGICO CLINICO PER DISTURBI DEL LINGUAGGIO	neurologia
94.01.1_0	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	psichiatria
94.08.3_2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	psichiatria
94.08.3_3	TEST PSICOMETRICI	psichiatria
94.08.5_0	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	psichiatria
94.08.6_0	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	psichiatria
94.09_0	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	psichiatria
89.01_105	TELECOLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	psichiatria
94.12.1_0	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	psichiatria
94.19.1_0	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	psichiatria
94.3_0	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	psichiatria
94.42_2	PSICOTERAPIA FAMILIARE	psichiatria
94.44_0	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	psichiatria
88.91.1_2	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO	RMN
88.91.1_3	RM VASI INTRACRANICI	RMN
88.91.1_4	RM VENE CRANIO	RMN
88.91.2_2	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO SENZA E CON MDC	RMN
88.91.2_5	RM VASI INTRACRANICI SENZA E CON MDC	RMN
88.91.2_6	RM STUDIO FUNZIONALE CEREBRALE	RMN
93.83_2	TERAPIA DELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA - INDIVIDUALE (Ciclo 10 sed)	Riabilitazione
93.83_3	TERAPIA DELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA - INDIVIDUALE (singola seduta)	Riabilitazione
93.83.1_2	TERAPIA OCCUPAZIONALE - PER SEDUTA COLLETTIVA (Ciclo 10 sed)	Riabilitazione
93.83.1_3	TERAPIA OCCUPAZIONALE - PER SEDUTA COLLETTIVA (singola seduta)	Riabilitazione
93.01.3_0	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE Con scala psico-comportamentale Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche Escluso: Esame dell'afasia (94.08.4)	neurologia/ riabilitazione
93.01.4_0	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI Bilancio pretrattamento delle funzioni corticali superiori correlate a disturbi comunicativi e del linguaggio o di altre funzioni cognitive	neurologia/ riabilitazione
93.11.3_2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	Riabilitazione
93.11.3_3	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Singola seduta)	Riabilitazione
93.11.4_2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	Riabilitazione
93.11.4_3	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Singola seduta)	Riabilitazione
93.11.5_2	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO Per seduta di 30 minuti max. 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	Riabilitazione
93.11.5_3	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO Per seduta di 30 minuti max. 5 pazienti (Singola seduta)	Riabilitazione
93.19.1_2	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta individuale di 60 minuti (Ciclo di dieci sedute)	Riabilitazione
93.19.1_3	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta individuale di 60 minuti (Singola seduta)	Riabilitazione
93.19.2_2	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta collettiva di 60 minuti max.5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	Riabilitazione
93.19.2_3	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta collettiva di 60 minuti max.5 pazienti (Singola seduta)	Riabilitazione

Agende attualmente disponibili nei CDCD della Asl Roma 1

PRESIDIO	AGENDA	LU	MA	ME	GI	VE
NUOVO REGINA	AMB. GERIATRICO O.N.R.M. [H226GER]	08.30-10.45	08.30-10.45	08.30-10.45	08.30-10.45	08.30-10.45
	AMB. GERIATRICO O.N.R.M. _SOLO RESIDENTI ASL RM/1 [H226GER_ASLRM1]	10.45-13.00	10.45-13.00	10.45-13.00	10.45-13.00	10.45-13.00
	OR- AMB. GERIATRICO N.R.M. - BOX 2 - CONTROLLI [H226GER_RIT_BOX2]	14.00-15.00	14.00-15.00	14.00-15.00	14.00-15.00	14.00-15.00
	OR- AMB. GERIATRICO N.R.M. - BOX 3 - CONTROLLI [H226GER_RIT_BOX3]	10.00-10.30 E 11.00-12.30	10.00-10.30 E 11.00-12.30	10.00-10.30 E 11.00-12.30	10.00-10.30 E 11.00-12.30	10.00-10.30 E 11.00-12.30
SANTA MARIA	FALANGA DR.SSA A.M. AMB. IDONEITA' C.D.A.. SMP [SMPD_NEU002]					10.00-13.00
	FALANGA DR.SSA A.M. AMB. CENTRO DEMENZE SMP [SMPD_NEU001]	10.00-13.00 15.00-16.00	10.00-13.00	10.00-13.00 14.30-15.30	12.00-13.00	
	ACCIARRI DR.SSA A.M. AMB. CENTRO DEMENZE SMP [MPD_NEU003]			09.00-13.00 14.00-15.00		
	AMB. GERIATRIA CDCD S. MARIA DELLA PIETÀ [SMPD_GER002]		08.30-13.00 13.45-16.00		12.45-16.30	
	OR - NEURO FOTI -CENTRO .UVA ALZHEIMER .DEMENZE [NE503]				08.30-09.30	08.30-09.30
	ESCL - NEURO FOTI -CENTRO .UVA ALZHEIMER DEMENZE CONTROLLI [NE502]				09.30-12.30	09.30-13.30

 <b>ASL ROMA 1</b>	<b>INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/ATTO SANITARIO</b> (da consegnare al Paziente, Genitori, Tutore, Curatore)	
		Pagina 1

## INFORMATIVA PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

Gentile Signore/Signora, si è rivolto/a a questa struttura per sottoporsi ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.

Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui si sta affidando, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.

Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi agli accertamenti e alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.

Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla fornitura del presente foglio informativo. Lo scopo che ci prefiggiamo è quello di rendere edotta la persona assistita rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarla in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.


Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio ed eventualmente riportate nel foglio informativo hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:

- la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso;
- la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia;
- la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto;
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post-operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche

### INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI NEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

Specifica finalità di questi trattamenti è permettere la partecipazione del paziente ad un percorso interdisciplinare di cura cui possono accedere, secondo ragione, gli specialisti della Asl, il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS) per rispondere ai bisogni complessi di salute del cittadino, promuovendo la continuità assistenziale e favorendo l'integrazione fra gli operatori. Il percorso si svilupperà attraverso una serie di interventi volti a:

- formulare, promuovere e attuare specifici programmi di educazione terapeutica per una maggiore conoscenza della malattia di cui Lei è affetto;
- favorire una attività preventiva tesa ad individuare forme di maggior rischio rispetto allo sviluppo della malattia oggetto del PDTA;
- migliorare la possibilità di accesso a percorsi clinico – assistenziali dedicati;

 <b>ASL ROMA 1</b>	<b>INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/ATTO SANITARIO</b> (da consegnare al Paziente, Genitori, Tutore, Curatore)	
		<a href="#">Pagina 2</a>

- favorire la gestione multidisciplinare del paziente allo scopo di individuare il percorso diagnostico e terapeutico più adeguato


Le informazioni raccolte e condivise dagli specialisti della ASL ROMA 1 nel corso del PDTA potranno essere utilizzate anche per scopi scientifici e nell'ambito di progetti di ricerca, strettamente connessi o comunque affini o simili non incompatibili all'ambito delle patologie oggetto del PDTA unicamente nel caso in cui al paziente, che abbia acconsentito ad essere ricontatto, vengano somministrate ulteriori informazioni privacy ex art. 13 GDPR volte ad informarlo circa lo studio/il progetto che si intende realizzare nonché, volte a raccogliere il consenso esplicito del paziente al trattamento dei propri dati personali per finalità di ricerca.

In attuazione di quanto previsto dal DCA n. U00565 del 22.12.2017 *"Preso d'atto dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto "La nuova Sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa"* e dalla Determinazione G15691 del 18.12.2020 *"Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità"* della Regione Lazio, desideriamo fornirLe anche alcune informazioni sul trattamento dei dati personali, anche appartenenti a categorie particolari e specificamente attinenti alla salute, che la Asl Roma 1 (di seguito anche solo "Asl") e il Suo Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta, in qualità di autonomi titolari effettueranno secondo ragione qualora Lei scelga di intraprendere (ovvero di far intraprendere al terzo di cui Lei ha la responsabilità/legale rappresentanza) il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (di seguito anche solo "PDTA").

Base giuridica del trattamento dei suoi dati sensibili, che prevede espressamente la condivisione fra più professionisti sanitari, afferenti all' Asl di Roma 1, anche appartenenti a categorie particolari – relativi all'interessato è da rinvenirsi nel consenso esplicito di quest'ultimo ai sensi degli artt. 6, par. 1, lett. a) e 9, par. 2, lett. a) GDPR.

**L'adesione al percorso è sempre facoltativa**, ma nel caso in cui si decidesse di partecipare al PDTA, i dati personali necessari per l'accesso e la fruizione dello stesso che potranno essere trattati sono quelli anagrafici del paziente ed eventualmente di chi ne ha la responsabilità ovvero la legale rappresentanza e quelli relativi allo stato di salute del paziente stesso. I dati in questione saranno condivisi fra tutti professionisti di questa Asl, il MMG e il PLS coinvolti nel percorso di diagnosi, trattamento e cura del paziente salva sempre la possibilità per Lei di escluderne qualcuno comunicando, nel caso, la Sua scelta all'atto dell'attivazione del PDTA ovvero successivamente ai recapiti di seguito indicati. Resta inteso che, laddove decidesse di escludere un professionista dal percorso, la sua prestazione professionale non potrà essere svolta in quell'ambito. **È comunque garantita la piena fruizione delle prestazioni di diagnosi e cura anche a chi scegliesse di non partecipare al PDTA. Sarà altresì garantita la partecipazione al PDTA ai pazienti che non daranno il consenso ad essere ricontattati per futuri progetti di ricerca negli ambiti strettamente connessi alla patologia oggetto del PDTA.** È sempre esclusa qualsiasi diffusione dei dati trattati per questa finalità.

Il trattamento dei dati relativo al PDTA è effettuato con procedure manuali e informatizzate e con l'ausilio di strumenti elettronici, adeguati a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, esclusivamente da personale previamente autorizzato al trattamento da uno dei titolari autonomi e adeguatamente istruito. Nell'ambito del PDTA, i dati saranno conservati in apposita cartella ambulatoriale per la durata di cinque anni dall'ultima prestazione erogata. I dati, solo previa trasformazione in forma assolutamente anonima, potranno anche essere conservati oltre tale termine.

 <b>ASL ROMA 1</b>	<b>INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/ATTO SANITARIO</b> (da consegnare al Paziente, Genitori, Tutore, Curatore)	
		<a href="#">Pagina 3</a>

Titolari autonomi dei rispettivi trattamenti sono la Asl Roma1, con sede in Roma presso Borgo Santo Spirito 3, e il Suo MMG e/o il PLS.

La informiamo, infine, che sui dati personali trattati nell'ambito del PDTA, ogni interessato potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare, l'interessato ha il diritto di chiedere, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti dalla legge. L'interessato ha anche il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. L'apposita istanza potrà essere inviata alla Asl Roma 1 presso la sede di Borgo Santo Spirito 3, contattabile all'indirizzo [dpo@asl.roma1.it](mailto:dpo@asl.roma1.it) nonché, per i trattamenti di loro titolarità, al Suo MMG e/o al PLS.

La revoca del consenso all'adesione al PDTA presentata nei confronti di uno dei Titolari autonomi verrà considerata come formulata nei confronti di entrambi.

L'interessato che ritenga che il trattamento dei propri dati personali effettuato nell'esecuzione di quanto disciplinato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, avrà il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)), come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

\*\*\*

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI


Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, recapiti telefonici \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ (facoltativo) \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

#### DICHIARO

· di aver letto e compreso per intero il documento informativo riguardante le attività trattamentali che saranno svolte con i miei dati personali;

· di aver letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei miei dati personali e di aver avuto sufficiente tempo per decidere, liberamente e volontariamente, se prestare o meno il consenso.

- con la presente dichiara di aver letto e compreso le informazioni che precedono e, con la propria

 <b>ASL ROMA 1</b>	<b>INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/ATTO SANITARIO</b> (da consegnare al Paziente, Genitori, Tutore, Curatore)	
		<a href="#">Pagina 4</a>

sottoscrizione, esprime il consenso all'inserimento – proprio o del soggetto rappresentato – nel PDTA  
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON  
DEMENTIA

Firma (*leggibile*) \_\_\_\_\_

Acconsento al trattamento dei miei dati personali e sanitari per le attività inerenti all'adesione ed  
esecuzione del PDTA PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO  
DEL PAZIENTE CON DEMENTIA SI  
NO

Firma (*leggibile*) \_\_\_\_\_

Acconsento alla possibilità di essere ricontattato/a per l'eventuale arruolamento in progetti di ricerca  
strettamente connessi all'ambito delle patologie oggetto del PDTA secondo le modalità descritte nelle  
presenti informazioni.

- ☐ presta il consenso (numero di telefono \_\_\_\_\_ - email \_\_\_\_\_)
- ☐ non presta il consenso

Firma (*leggibile*) \_\_\_\_\_

Firma di chi riceve il consenso \_\_\_\_\_