



Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza della Regione Lazio

**Il documento è stato elaborato dal Gruppo di lavoro regionale per il
PDTA demenze**

(Determinazione 4 febbraio 2022, n. G01097)

Regione Lazio - Direzione Salute e Integrazione socio sanitaria:

Antonio Mastromattei, Silvia Scalmana, Tatiana Grossi - Area Rete Integrata del Territorio

Guendalina Durante - Area Rete Ospedaliera e Specialistica

Lilia Biscaglia - Area Promozione della Salute e Prevenzione

Valeria Desiderio - Area Farmaci e Dispositivi

Patrizia Di Tullio - Direzione per l'Inclusione Sociale - Area Minori, Famiglia e Persone fragili

Nicola Vanacore, Ilaria Bacigalupo, Guido Bellomo - Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute

Anna Maria Bargagli, Silvia Cascini - Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Luisa Bartorelli - Associazione Alzheimer Uniti Onlus

Angelamaria Falanga - ASL Roma 1

Giovanni Capobianco - ASL Roma 2

Giovanni Mancini - ASL Roma 3

Maria Immacolata Cozzolino - ASL Roma 4

Luisiana Colombo - ASL Roma 5

Gabriella Galluccio - ASL Roma 6

Paolo Salotti - ASL Viterbo
Sabina Roncacci - ASL Rieti
Leonardo Romeo - ASL Latina
Claudia Bauco - ASL Frosinone - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio - SIGOT
Camillo Marra - Fondazione Policlinico Agostino Gemelli – IRCCS; Società Italiana Neurologia per le Demenze - SINDEM
Maria Silvana Volpe - A.O. San Giovanni Addolorata
Franco Giubilei - AOU Sant’Andrea
Alessandro Martorana - AOU Policlinico Tor Vergata
Giuseppe Bruno - AOU Policlinico Umberto I
Carmela Gerace - AO S. Camillo Forlanini
Gianfranco Spalletta - IRCCS Fondazione Santa Lucia
Emanuele Cassetta - Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina – Gemelli Isola
Vincenzo Di Lazzaro - Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
Stefano Ronzoni - Ospedale Israelitico
Maria Rita Molinari - Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista del Lazio - OFI.
Giuseppe Mancini - Ordine dei TRSM-PSTRP - CdA Logopedisti
Valerio De Lorenzo - Ordine dei TRSM-PSTRP - CdA Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica
Marco Tofani - Ordine dei TRSM-PSTRP - CdA Terapisti Occupazionali
Cecilia Vavassori - Ordine degli Assistenti Sociali
Romolo Cacioni - Ordine delle Professioni Infermieristiche - OPI
Rosa Liperoti - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria - SIGG
Francesco Scarcella - Società Italiana di Cure Palliative - SICP
Alessia Morelli - Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie - SIMG

INDICE

1. PREMESSA E SCOPO	5
2. CENNI EPIDEMIOLOGICI	5
3. BACKGROUND E CONTESTO DI RIFERIMENTO	6
3.1 Normativa nazionale	6
3.2 Normativa regionale	7
3.3 Documenti, linee guida e letteratura scientifica di riferimento	8
3.4 Criteri per la scelta del problema di salute e valutazione del bisogno assistenziale	8
3.5 Formalizzazione del PDTA: individuazione del Promotore e del Committente	9
3.6 Individuazione del gruppo di lavoro	9
3.7 Stime epidemiologiche delle persone con demenza nella Regione Lazio	10
4. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	13
4.1 I Centri e le Strutture	13
4.2 I Professionisti coinvolti	13
5. MODALITÀ OPERATIVE DEL PDTA	14
5.1 I criteri di inclusione/esclusione	14
5.2 Gli aspetti clinici ed assistenziali del PDTA	14
5.2.1 Dal sospetto diagnostico alla definizione diagnostica	14
5.2.1.1 Sospetto diagnostico/Diagnosi sindromica	14
5.2.1.2 Definizione diagnostica	15
5.2.2 Presa in carico	16
5.2.2.1 Fase lieve	16
5.2.2.2 Fase moderata	17
5.2.2.3 Fase grave	19
5.2.2.4 Fase molto grave/terminale	21
5.2.3 Gli aspetti della Prevenzione	23
5.2.3.1 Prevenzione primaria	23
5.2.3.2 Prevenzione secondaria	24
5.2.3.3 Prevenzione terziaria	25
5.2.4 Il trattamento farmacologico: modalità prescrittive dei farmaci	26
5.2.5 Modalità di arruolamento nel PDTA Demenze	28
6. LA RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA	29
6.1 Matrici di responsabilità	29
6.2 Diagramma di flusso	40

7. EMPOWERMENT DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER E RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI	45
8. IL MONITORAGGIO DEL PDTA	46
7.1 Gli indicatori	46
7.1.1 Indicatori di struttura	47
7.1.2 Indicatori di processo	47
7.1.3 Indicatori di esito	48
9. IL PIANO DI DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PDTA	49
10. BIBLIOGRAFIA	50
11. GLOSSARIO E ACRONIMI	52
12. APPENDICE	54
12.1 Sistema dell'offerta	54
12.1.1 Offerta assistenziale e stima del fabbisogno: Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze	54
12.1.2 Offerta assistenziale: Centri Diurni	58
12.1.3 Offerta assistenziale: Residenze Sanitarie Assistenziali	62
12.2 Elenco Prestazioni del Catalogo Unico Regionale (CUR)	74

1. PREMESSA E SCOPO

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è uno strumento di governo del percorso di cura, indirizzato a migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa nella presa in carico e nella gestione di pazienti affetti da specifiche malattie, sia acute che croniche, che si costruisce attraverso l'individuazione, il coinvolgimento e la valorizzazione di tutti le componenti della filiera assistenziale.

Il PDTA, pertanto, è volto ad una gestione attiva e programmata della patologia, per definire gli standard assistenziali e verificare l'appropriatezza e l'equità dell'assistenza erogata, in un'ottica di superamento della gestione per specialità, verso un modello di trasversalità dei processi.

La stesura del presente documento nasce dalla necessità di formalizzare, a livello regionale, un PDTA per le persone affette da una forma di demenza.

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

La presa in carico delle persone affette da una patologia cronica ingravescente, ad alto impatto sociale e sanitario, come nel caso delle diverse forme di demenza, richiede l'adozione a livello regionale di modelli di presa in carico omogenei ed integrati, puntualmente declinati a livello aziendale.

Il coordinamento delle cure implica un raccordo "strutturato" tra i servizi coinvolti, così come i passaggi di setting, a forte rischio di discontinuità per questa tipologia di pazienti, che richiedono la strutturazione di percorsi individualizzati, all'interno di un macropercorso condiviso tra i servizi sanitari e sociosanitari di cui i pazienti possono avere necessità nelle diverse fasi di malattia.

In particolare, l'aspettativa di vita di circa 10-15 anni dalla diagnosi ed il decorso inevitabilmente ingravescente, in cui spesso al declino cognitivo si accompagnano disturbi comportamentali e diverse comorbidità, comportano rilevanti implicazioni sia per il paziente che per i familiari coinvolti nel caregiving ed impongono la necessità di mettere in rete diverse ed articolate risposte assistenziali.

Il PDTA regionale rappresenta un "macropercorso" che dovrà essere declinato a livello delle singole Aziende Sanitarie Locali, per garantire la concreta attuazione del PDTA nelle loro specifiche realtà territoriali, assicurando in ogni caso, a garanzia della continuità assistenziale nelle diverse fasi di malattia, anche il necessario collegamento con le Aziende Ospedaliere/Policlinici Universitari/IRCCS della Regione.

2. CENNI EPIDEMIOLOGICI

Nel mondo il 70% delle morti è attribuibile alle malattie non trasmissibili, percentuale che sale all'89% nella Regione europea (divisione regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS) con una distribuzione che aumenta con il progredire dell'età. La demenza è una sindrome cronica progressiva che colpisce le capacità cognitive e funzionali ed è considerata dall'OMS una priorità per la salute pubblica. Secondo il Global Health Observatory dell'OMS questa patologia è fra le prime dieci come causa di morte, al settimo posto nel mondo e al terzo posto nella Regione europea OMS. [ref.] In termini di impatto globale, alle demenze è attribuito il 77% del carico di malattia. La demenza rappresenta una grande sfida di salute pubblica con oltre 50 milioni di persone che vivono con questa condizione, un nuovo caso di demenza ogni 3 secondi e un costo globale annuo stimato di 1,3 trilioni di dollari. Tali numeri sono destinati ad aumentare e, a una crescita progressiva della prevalenza della demenza, corrisponde un incremento dei costi per l'assistenza e la cura, con una stima ipotizzabile di circa 80 milioni di casi nel 2030 e un costo globale annuo di 2,8 trilioni di dollari. [ref.] In Italia, si stimano circa 1.100.000 persone con demenza [ref.] e circa 3 milioni di familiari che vivono con loro. A questi vanno sommati circa 900.000 persone con un deficit cognitivo isolato (Mild Cognitive Impairment-MCI) [ref.]. Il costo totale stimato per l'assistenza alle persone con demenza e MCI è di circa 12 miliardi di euro l'anno. Tali costi, così come le stime, sono destinati ad aumentare, anche in funzione dell'andamento demografico ed ai cambiamenti strutturali 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) [ref.].

3. BACKGROUND E CONTESTO DI RIFERIMENTO

3.1 Normativa nazionale

- Decreto Ministero della Sanità 20 luglio 2000 “Protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la Malattia di Alzheimer”¹;
- Piano Nazionale delle Demenze – PND (2014)². Il Piano prevede la creazione, la riorganizzazione ed il potenziamento di una rete di servizi e funzioni a partire dai Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenza (CDCD), al fine di promuovere un sistema integrato in grado di garantire la gestione dell’intera storia naturale della malattia e la condivisione ed implementazione di percorsi diagnostico terapeutici-assistenziali (PDTA) per garantire la gestione integrata (Obiettivo 2). (link al documento https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2015-01-13&atto.codiceRedazionale=15A00130&elenco30giorni=false).
- Decreto Ministero della Salute – Direzione Generale Prevenzione Sanitaria del 11 febbraio 2021 (DGPRES-0009309-A-10/03/2021) “Istituzione del tavolo permanente sulle demenze”.
Il Tavolo nel corso degli anni ha redatto 4 documenti:
 - “Linee di indirizzo sui percorsi diagnostico terapeutici-assistenziali per le demenze” il cui lo scopo è di fornire delle linee di indirizzo nazionali da utilizzare come guida per la progettazione e attuazione di un PDTA regionale e locale³;
 - “Linee di indirizzo nazionali sull’uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze”³. Il documento ha lo scopo di fornire delle linee di indirizzo nazionali da utilizzare per monitorare la prevalenza della demenza e tracciare il livello di assistenza socio-sanitaria fornito ai pazienti affetti da demenza, a partire dall’interrogazione dei Sistemi Informativi sanitari correnti;
 - “Linee di indirizzo nazionali per costruire Comunità Amiche della demenza”⁴. Il documento ha lo scopo di fornire delle linee di indirizzo nazionali volte a promuovere e sostenere tutte quelle azioni che possono favorire la salute cognitiva, affettiva e sociale delle persone con demenza e dei loro familiari e presenta indicazioni utili per la creazione di una Comunità Amica delle Persone con Demenza.;
 - “Raccomandazioni per la governance e la clinica delle persone con demenza”⁵. Il documento ha lo scopo di fornire delle linee di indirizzo nazionali da utilizzare per promuovere corretti approcci nelle fasi di comunicazione della diagnosi e nella valutazione delle capacità e delle competenze e delinea un quadro aggiornato delle disposizioni normative che influenzano, in modi diversi, le scelte etiche legate alla gestione non solo clinica della demenza (consenso informato, utilizzo degli istituti giuridici ad es. amministratore di sostegno, direttive anticipate del trattamento).
- Decreto del Ministero della Salute 23 dicembre 2021 “Individuazione dei criteri e delle modalità di riparto del Fondo per l’Alzheimer e le demenze.” istituito ai sensi dell’art. 1, comma 330, della legge 30 dicembre 2020, Numero 178;
- Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

3.2 Normativa regionale

- Legge Regionale 12 giugno 2012, Numero 6. “Piano regionale in favore di soggetti affetti da malattia di Alzheimer-Perusini ed altre forme di demenza”⁶. [<https://www.consiglio.regione.lazio.it/consiglio-regionale/?vw=leggi regionali dettaglio&id=9245&sv=vigente>];
- DCA U00448/2014 – Recepimento dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata Stato Regioni - Rep. Atti Numero 135/CU del 30 ottobre 2014 "Piano Nazionale Demenze - strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze". Riorganizzazione delle Unità Valutative Alzheimer (U.V.A.) regionali in Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)-Centri diagnostico specialistici e Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)-Centri territoriali esperti⁷;
- Deliberazione della Giunta regionale n. 406 del 26 giugno 2020 recante “Presenza d’atto e recepimento del Piano di Rientro denominato “Piano di riorganizzazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” adottato con il Decreto del Commissario ad acta Numero 81 del 25 giugno 2020⁸;
- Determinazione 18 dicembre 2020, n. G15691 “Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA nella cronicità”⁹;
- Determinazione 4 febbraio 2022, n. G011097 “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – PDTA demenze. Istituzione del Gruppo di lavoro regionale.”¹⁰ ;
- L.R. n. 41/2003¹¹ “Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali”;
- L.R. n.11/2016¹² “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio Deliberazione di Giunta Regionale n. 1305/2004 ““Autorizzazione all’apertura ed al funzionamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali. Requisiti strutturali e organizzativi integrativi rispetto ai requisiti previsti dall’articolo 11 della l.r. 41/2003”;
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 504/2012¹³ “Modifica al "Progetto sperimentale in favore delle persone non autosufficienti" approvato con D.G.R. 5442010. Integrazione D.G.R.408/12 con finalizzazione della somma di € 3.000.000,00 sul Cap. H41900 es. fin. 2012 per interventi in materia di Alzheimer. Modalità di utilizzazione dell'importo complessivo di € 7.026.285,72.”;
- Determinazione B08785/2012¹⁴ “Attuazione D.G.R n. 504/2012. Approvazione delle linee guida per la concessione e utilizzazione dei contributi per la realizzazione di azioni di sistema in favore dei malati di Alzheimer e loro familiari. Impegno di spesa di € 3.000.000,00 Cap. H41900 esercizio finanziario 2012. Individuazione creditori di cui agli impegni nn. 41942-41943-41944-41945-41946 del 2011 sul Cap. H41584 esercizio finanziario 2011.”;
- Deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643¹⁵ “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.”;
- Determinazione n. G18206 del 20/12/2022¹⁶ “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”.

3.3 Documenti, linee guida e letteratura scientifica di riferimento

A livello internazionale, diversi documenti affrontano il tema della demenza nell'ottica del miglioramento dell'assistenza ai pazienti e familiari:

- WHO Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025¹⁷ che definisce gli obiettivi per gli Stati membri, per l'OMS stessa e per i partner internazionali, regionali e nazionali. Lo scopo principale è quello di migliorare la vita delle persone affette da demenza, delle loro famiglie e di chi le assiste, riducendo anche l'impatto della patologia sulle comunità, sui Paesi ed i relativi sistemi sanitari.
- Global Status Report on the Public Health Response to Dementia (2021) (WHO)¹⁸ che presenta le azioni condotte dagli Stati membri, dall'OMS e dalla società civile dall'adozione del Global Action Plan on Dementia, identificando gli ostacoli e le aree in cui sono necessarie azioni urgenti o modifiche. Il rapporto aggiorna le stime sull'impatto e sui costi relativi a queste patologie ed evidenzia come, sebbene siano stati fatti dei progressi nella gestione del fenomeno, ulteriori sforzi ed azioni siano urgenti per raggiungere gli obiettivi prefissati entro il 2025, come previsto dal documento dell'OMS.
- Raccomandazioni formulate nell'ambito del progetto ALCOVE (Alzheimer Cooperative Valuation in Europe)¹⁹, il cui obiettivo è quello di migliorare le conoscenze sulla demenza e sulle conseguenze della malattia, per contribuire al benessere dei pazienti (con particolare riferimento alla gestione dei BPSD).
- Raccomandazioni della Joint Action – Act on Dementia²⁰, il cui obiettivo è quello di promuovere l'attuazione negli Stati membri di azioni per migliorare la vita delle persone affette da demenza e dei loro caregiver.
- Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers del National Institute for Health and Care Excellence (NICE guideline [NG97])²¹, il cui obiettivo è quello di fornire raccomandazioni basate sulle migliori evidenze disponibili finalizzate a migliorare l'assistenza delle persone.

Per il calcolo delle stime di prevalenza della demenza sono stati utilizzati i tassi sesso ed età specifici riportati in una recente revisione sistematica prodotta dall'ISS²². Per le stime di prevalenza relative al fenomeno del MCI sono stati utilizzati i tassi età specifici riportati nello studio della *COSMIC Collaboration*²³. Infine, per le stime relative alla demenza ad esordio giovanile sono stati utilizzati i tassi di prevalenza età e sesso specifici riportati in un recente studio condotto in Italia, con l'obiettivo di stabilire la prevalenza di tutte le cause di demenza ad esordio giovanile.²⁴

3.4 Criteri per la scelta del problema di salute e la valutazione del bisogno assistenziale

I criteri che sostengono la scelta di un PDTA per le persone con Malattia di Alzheimer o altra forma di demenza sono diversi, articolati e reciprocamente interagenti.

In primo luogo, è stato valutato l'elevato impatto sociosanitario della patologia, in termini di prevalenza nella popolazione e di carico assistenziale, sia per la famiglia che per la comunità.

Il carico assistenziale non riguarda esclusivamente gli aspetti sanitari, ma anche l'elevato impatto sulla qualità della vita sia del paziente, sia di chi lo assiste. Non a caso, si parla di una malattia che investe tutta la famiglia e che necessita di interventi multidisciplinari complessi, articolati e protratti nel tempo.

L'impatto della patologia sullo stress del caregiver genera inoltre notevoli costi diretti ed indiretti, che si riverberano sull'intera famiglia e, più in generale, sulla comunità (es. aumento delle spese sanitarie legate allo stress del caregiver, ore di lavoro del caregiver perse, ecc...).

L'elevato impatto economico della patologia impone, pertanto, una attenta analisi e valutazione delle risorse disponibili ed una ottimizzazione degli interventi.

Una tempestiva e quanto più precoce presa in carico della persona con demenza, che tenga in adeguato conto le ricadute sul sistema familiare di appartenenza, può migliorare la qualità della vita del paziente e del caregiver, nonché le condizioni di salute, sia in termini di prevenzione delle difficoltà che di costi evitati.

L'analisi del contesto regionale ha evidenziato una discreta variabilità e disomogeneità delle prestazioni, in relazione alla diversa organizzazione dei servizi dedicati.

Il PDTA specifico si rende quindi necessario per ridurre la variabilità dei processi, in relazione ad aspetti sia clinici che organizzativi.

La presenza di frequenti complessità clinico assistenziali nella storia di malattia rende necessaria l'integrazione e la sinergia tra i servizi e le diverse strutture coinvolte, che potrà essere raggiunta attraverso la formalizzazione del PDTA.

In considerazione della prossima emanazione della Linea Guida sulla diagnosi ed il trattamento della demenza, da parte dell'Istituto Superiore di Sanità (Sistema Nazionale Linee Guida - SNLG), si ritiene infine che il PDTA regionale potrà migliorare l'applicazione delle Linee Guida nazionali a livello locale, garantendo standard di cura in linea con le evidenze scientifiche.

3.5 Formalizzazione del PDTA: individuazione del Promotore e del Committente

Il promotore del presente PDTA è la Direzione regionale Salute ed Integrazione sociosanitaria che intende stilare un documento che identifichi e garantisca la fruizione degli interventi ritenuti essenziali per la diagnosi precoce, la cura e l'assistenza dei pazienti con disturbi cognitivi, ordinati nella sequenza ottimale al fine di garantire il migliore risultato di salute, la continuità e l'appropriatezza degli interventi. Tali indicazioni dovranno essere declinate a livello delle Aziende sanitarie, per garantire la concreta attuazione del PDTA nelle specifiche realtà territoriali.

Il committente è rappresentato dalla Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria che ha inteso istituire un gruppo di lavoro multidisciplinare per la stesura del PDTA per le persone con demenza.

Il documento è approvato attraverso la presente determinazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

3.6 Individuazione del gruppo di lavoro

La presa in carico delle persone con demenza necessita di azioni diagnostiche e terapeutiche coordinate tra i diversi specialisti della salute, allo scopo di garantire la presa in carico nelle diverse fasi della malattia.

Pertanto, con la Determinazione n. G01097 del 4 febbraio 2022, è stato istituito un Gruppo di lavoro multidisciplinare per la stesura di un PDTA per le Demenze, coordinato da referenti dell'Area Rete Integrata del Territorio e composto da:

- I referenti della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Rete Ospedaliera e Specialistica, Area Promozione della Salute e Prevenzione, Area Farmaci e Dispositivi;
- La referente della Direzione Regionale per l'Inclusione Sociale - Area Minori, Famiglia e Persone fragili;
- I referenti dell'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute - Osservatorio Demenze;
- I referenti del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (DEP);
- I referenti clinici dei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) regionali – 1 referente per Azienda Sanitaria;
- La rappresentante delle Associazioni dei pazienti e dei familiari rappresentative a livello nazionale, individuate dalla Cabina di regia regionale delle Associazioni dei pazienti, istituita con la Deliberazione di Giunta regionale n. 736/2019;
- Il referente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche - OPI

- I referenti degli Ordini Professionali delle Professioni sanitarie (Fisioterapisti; Logopedisti; Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica; Terapisti occupazionali);
- Il referente dell'Ordine degli Assistenti sociali;
- I referenti delle Società scientifiche: Associazione Italiana Psicogeriatrics – AIP; Società Italiana di Gerontologia e Geriatria – SIGG; Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio – SIGOT; Società Italiana Neurologia per le Demenze – SINDEM;
- La referente della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie – SIMG;
- Il referente della Società Italiana di Cure Palliative – SICP.

3.7 Stime epidemiologiche delle persone con demenza nella Regione Lazio

Al fine di declinare localmente il PDTA regionale, è fondamentale stimare il numero di pazienti che costituiscono il potenziale bacino di utenza delle Aziende sanitarie.

Nella regione Lazio, al 31/12/2022 sono presenti 37 CDCD, 141 RSA e 32 Centri diurni (CD) (attivi al 2021). L'elenco dei CDCD, delle RSA e dei CD è riportato in allegato.

La popolazione residente per ASL è stata fornita dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR, sulla base dei dati ISTAT, al 31/12/2019²⁵.

Per il calcolo delle stime di prevalenza di MCI è stato preso in considerazione lo studio COSMIC²³, in cui vengono definiti i tassi specifici per 3 fasce di età: 60-69; 70-79; 80-89.

Le stime di prevalenza della demenza ad esordio giovanile sono state calcolate utilizzando i dati riportati nello studio di Chiari et al.²⁴ in cui vengono definiti i tassi distinti per sesso per le seguenti fasce di età: 30-34; 35-39; 40-44; 45-49; 50-54; 55-59; 60-64.

Per le stime di prevalenza di demenza è stata utilizzata la revisione sistematica prodotta dall'ISS nel 2018²² in cui vengono definiti i tassi distinti per sesso per le seguenti fasce di età: 65-69;70-74;75-79;80-84; 85-89; ≥90.

Nelle seguenti tabelle sono riportate le stime del numero di persone con MCI, demenza ad esordio giovanile (Early Onset Dementia – EOD) e demenza, per ASL di residenza.

Tabella 1. Stima del numero di persone con MCI per ASL

ASL	n°
ASL Roma 1	16.110
ASL Roma 2	19.260
ASL Roma 3	8.922
ASL Roma 4	4.530
ASL Roma 5	6.676
ASL Roma 6	7.832
ASL Latina	8.227
ASL Rieti	2.631
ASL Viterbo	5.103
ASL Frosinone	7.623
Totale	86.913

Tabella 2. Stima del numero di persone con demenza ad esordio giovanile (EOD; 50-64 aa) per ASL

ASL	n°
ASL Roma 1	398
ASL Roma 2	487
ASL Roma 3	225
ASL Roma 4	124
ASL Roma 5	185
ASL Roma 6	213
ASL Latina	208
ASL Rieti	60
ASL Viterbo	122
ASL Frosinone	185
Totale	2.208

Tabella 3. Stima del numero di persone con demenza (≥ 65 aa) per ASL

ASL	n°
ASL Roma 1	20.068
ASL Roma 2	22.785
ASL Roma 3	10.367
ASL Roma 4	4.662
ASL Roma 5	6.982
ASL Roma 6	7.938
ASL Latina	8.741
ASL Rieti	3.209
ASL Viterbo	5.749
ASL Frosinone	8.640
Totale	99.142

Il Gruppo di lavoro ha concordato di effettuare la stima del fabbisogno per i CDCD e di presentare la stima dei pazienti potenzialmente afferenti ai Centri Diurni e alle RSA (disponibile in Appendice – Sistema dell’offerta).

Le stime epidemiologiche di demenza, nella popolazione di età ≥ 65 , e ad esordio giovanile sono state suddivise in forma lieve (49%), moderata (27%) e severa (24%) in base alla stratificazione quantitativa presente nel Global Status Report on the Public Health Response to Dementia dell’OMS¹⁸.

Il Gruppo ha stabilito di considerare come potenziali pazienti che afferiscono ai CDCD, i soggetti con MCI, demenza lieve e moderata. Per la specifica popolazione di MCI, è stato sottratto il 20% dal totale dei pazienti stimati, sulla base dei risultati di una recente revisione sistematica in cui si evidenzia la possibilità di ritorno alla normalità per tale quota dei pazienti.²⁶

I pazienti con demenza moderata sono stati considerati anche come potenziali utenti dei Centri Diurni ed i pazienti con demenza grave come bacino di utenza delle RSA o fruitori dell’Assistenza Domiciliare Integrata/Cure domiciliari, erogate dalle Aziende Sanitarie (ASL).

Tabella 4. Stima del numero di persone con demenza ≥ 65 + EOD per ASL

ASL	n°
ASL Roma 1	20.466
ASL Roma 2	23.271
ASL Roma 3	10.592
ASL Roma 4	4.786
ASL Roma 5	7.167
ASL Roma 6	8.151
ASL Latina	8.949
ASL Rieti	3.270
ASL Viterbo	5.871
ASL Frosinone	8.826
Totale	101.350

Tabella 5. Stime del numero di persone con demenza lieve* per ASL

ASL	n°
ASL Roma 1	10.028
ASL Roma 2	11.403
ASL Roma 3	5.190
ASL Roma 4	2.345
ASL Roma 5	3.512
ASL Roma 6	3.994
ASL Latina	4.385
ASL Rieti	1.602
ASL Viterbo	2.877
ASL Frosinone	4.325
Totale	49.661

*49% dei casi stimati nella tabella 4

Tabella 6. Stima del numero di persone con demenza moderata* per ASL

ASL	n°
ASL Roma 1	5.526
ASL Roma 2	6.283
ASL Roma 3	2.860
ASL Roma 4	1.292
ASL Roma 5	1.935
ASL Roma 6	2.201
ASL Latina	2.416
ASL Rieti	883
ASL Viterbo	1.585
ASL Frosinone	2.383
Totale	27.364

*27% dei casi della tabella 4

Tabella 7. Stima delle persone con demenza severa* per ASL

ASL	n°
ASL Roma 1	4.912
ASL Roma 2	5.585
ASL Roma 3	2.542
ASL Roma 4	1.149
ASL Roma 5	1.720
ASL Roma 6	1.956
ASL Latina	2.148
ASL Rieti	785
ASL Viterbo	1.409
ASL Frosinone	2.118
Totale	24.324

*24% dei casi della tabella 4

4. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

4.1 I Centri e le Strutture

Il presente PDTA intende garantire la continuità assistenziale in tutte le fasi di malattia e coinvolge, pertanto, tutti i Servizi/Strutture che concorrono alla presa in carico del paziente e della sua famiglia.

In particolare, il Percorso prevede il coinvolgimento di:

- Medicina Generale (MG)
- Punto Unico di Accesso (PUA)
- Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)
- Associazione dei pazienti e dei familiari
- Strutture ospedaliere
- Centri Diurni (CD)
- Residenze Sanitarie Assistite (RSA)
- Cure Domiciliari / Case della Comunità
- Servizi di Salute Mentale
- Servizi di Cure palliative

4.2 I Professionisti coinvolti

La presa in carico della persona con demenza prevede un approccio multi-disciplinare, multi-professionale ed interattivo. Pertanto, si è ritenuto fondamentale il coinvolgimento dei diversi professionisti della salute e della integrazione sociosanitaria, a partire dalla composizione del Gruppo di lavoro regionale che ne ha curato la stesura.

Il PDTA coinvolge i seguenti professionisti:

- Medici di Medicina Generale;
- Medici specialisti operanti nei CDCD, CD e RSA;
- Neuropsicologi operanti nei CDCD, CD e RSA;
- Infermieri operanti nei CDCD, CD e RSA;
- Professionisti sanitari (Fisioterapisti, Logopedisti, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Terapisti occupazionali) operanti nei CDCD, CD e RSA;
- Assistenti Sociali operanti nei CDCD, CD e RSA e nei Servizi Sociali;
- Personale sanitario operante nelle strutture ospedaliere;
- Personale sanitario operante nei Servizi di Salute Mentale;
- Medici, Psicologi, Infermieri ed Assistenti sociali operanti nelle Cure Palliative.

5. MODALITÀ OPERATIVE DEL PDTA

5.1 I criteri di inclusione/esclusione

I pazienti inclusi nel PDTA sono coloro che rispondono ai seguenti criteri clinici per la diagnosi di MCI e delle diverse forme di demenza:

- Demenza a corpi di Lewy: International consensus criteria for dementia with Lewy bodies²⁷
- Demenza fronto temporale: International FTD criteria for frontotemporal dementia (progressive non-fluent aphasia and semantic dementia)²⁸
- International Frontotemporal Dementia Consortium criteria for behavioural variant frontotemporal dementia ²⁹
- Demenza vascolare: NINDS-AIREN criteria (National Institute of Neurological Disorders and Stroke and Association and Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences) for vascular dementia ³⁰
- Malattia di Alzheimer: NIA criteria (National Institute on Aging) for Alzheimer's disease ³¹
- Parkinson demenza: Movement disorders Society criteria for Parkinson's disease dementia ³²
- Malattia di Creutzfeldt-Jakob: International criteria for Creutzfeldt-Jakob disease ³³
- Mild Cognitive Impairment: Albert et al., 2011³⁴

5.2 Gli aspetti clinici e assistenziali del PDTA

Il presente PDTA si basa su una logica multi-disciplinare, multi-professionale ed interattiva che interessa i diversi servizi presenti sul territorio e coinvolti nell'assistenza alle persone con demenza e ai loro familiari. Per la gestione di un fenomeno complesso come quello delle demenze, sono state individuate le seguenti fasi per la rappresentazione del PDTA:

- **Fase diagnostica** - distinta in: fase del sospetto diagnostico/diagnosi sindromica e fase della definizione diagnostica;
- **Presa in carico** - suddivisa in 4 fasi in funzione del valore della Clinical Dementia Rating Scale (CDR) che classifica i diversi stadi di malattia:
 - Fase lieve (CDR=0,5-1)
 - Fase moderata (CDR=2)
 - Fase grave (CDR=3)
 - Fase molto grave/terminale (CDR=4,5);

Le attività di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) sono modulate rispetto alla presenza/assenza di malattia e, a seguito della conferma diagnostica, in relazione ai diversi stadi.

5.2.1 Dal sospetto diagnostico alla definizione diagnostica

5.2.1.1 Sospetto diagnostico/Diagnosi sindromica

Obiettivo generale

Formulazione del sospetto diagnostico ed esclusione dei deficit cognitivi che possano essere dovuti ad altre patologie primarie.

Servizi coinvolti

I servizi coinvolti in questa fase sono:

- MG;
- CDCD;

- Ospedale;
- CD;
- RSA;
- Cure Domiciliari/Case della Comunità;
- Servizi di Salute mentale.

MG

Il MMG invia il paziente al CDCD con relazione clinica con diagnosi di sospetta sindrome demenziale a seguito della valutazione degli esami ematochimici (emocromo, dosaggio vitamina B12, acido folico, ormoni tiroidei, ...) di neuroimmagine (TAC cerebrale, risonanza magnetica) e somministrazione del GPCog (*General Practitioner assessment of Cognition*).

CDCD

Il CDCD effettua la valutazione per la conferma diagnostica per MCI e per le diverse forme di demenza.

Pronto Soccorso/Ospedale

Valutazione del delirium/declino cognitivo come possibile prima manifestazione di un disturbo cognitivo ed eventuale invio al CDCD.

CD/RSA/Cure Domiciliari/Case della Comunità

Monitoraggio dello stato degli assistiti con valutazione del delirium come possibile prima manifestazione di un disturbo cognitivo e successivo invio al CDCD.

Nelle istituende Case della Comunità, l'Infermiere di Comunità e gli altri operatori possono intercettare precocemente segni di deterioramento cognitivo nei pazienti assistiti e procedere all'invio presso i CDCD per la valutazione e l'eventuale conferma diagnostica.

SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Attivazione di strategie di *case finding* di pazienti con disturbo cognitivo, nell'ambito degli accordi tra i Servizi (accordi CDCD-SERVIZI DI SALUTE MENTALE) ed invio al CDCD.

5.2.1.2 Definizione diagnostica

Obiettivo generale

Conferma diagnostica.

Servizi coinvolti

I servizi coinvolti in questa fase sono:

- MG;
- CDCD;
- Ospedale, qualora vi sia un CDCD che operante al suo interno.

MG

Il MMG interagisce con i CDCD per il monitoraggio delle condizioni cliniche.

CDCD

Il ruolo centrale in questa fase è occupato dal CDCD che effettua la diagnosi in base ai criteri diagnostici pertinenti, esegue test neuropsicologici di primo e secondo livello in relazione al caso specifico ed effettua gli esami dei biomarcatori (solo per i casi atipici e giovanili nella pratica clinica, nei casi di incertezza diagnostica e per scopi di ricerca in tutti i casi). La conferma diagnostica può essere effettuata attraverso il PAC per deterioramento cognitivo. Inoltre, il CDCD invia la relazione clinica al MMG. Le Aziende

Sanitarie all'interno delle quali operano i CDCD attivano delle agende dedicate (slot dedicati) per i pazienti inseriti nel PDTA.

Ospedale

Implementazione PAC per deterioramento cognitivo, per i CDCD operanti all'interno della struttura ospedaliera.

Esecuzione esami di primo e secondo livello. Attivazione di slot dedicati per gli accertamenti /esami di I e II livello dei pazienti inviati dal CDCD.

5.2.2 Presa in carico

5.2.2.1 Fase lieve

Obiettivo generale

Presa in carico dei pazienti in fase lieve di malattia (MCI, demenza lieve) con un punteggio alla *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR) compreso tra 0.5 e 1.

Servizi coinvolti

I servizi coinvolti in questa fase sono:

- MG;
- CDCD;
- Ospedale;
- CD;
- RSA;
- CURE DOMICILIARI / CASE DELLA COMUNITÀ
- CP.

MG

Valutazione delle condizioni cliniche generali, monitoraggio dei sintomi e counseling con il caregiver (inclusa la tematica della tutela giuridica). Il MMG opera in rete con il CDCD di riferimento nella gestione del paziente.

Il MMG si avvale dell'apporto e della consulenza delle Centrali Operative Territoriali (COT) per l'individuazione delle risorse assistenziali più idonee alla presa in carico della persona con diagnosi di demenza confermata, in relazione alle diverse fasi di malattia.

CDCD

Controlli clinici periodici relativamente allo stato neurologico e neuropsicologico nonché ad eventuali patologie concomitanti, indicazioni delle attività relative alla prevenzione secondaria, prescrizione e monitoraggio della terapia farmacologica specifica, implementazione PAC per il deterioramento cognitivo, valutazione funzionale, cognitiva e comportamentale. Rilascio della relazione clinica per il MMG. Stesura dei programmi riabilitativi personalizzati, in collaborazione con gli specifici servizi (attività riabilitative, fisioterapiche, occupazionali, logopediche e psichiatriche orientate sui bisogni cognitivi, comunicativi, motori, emotivi e sul controllo di eventuali disturbi comportamentali), valutazione dello stato nutrizionale del paziente.

Nell'ambito della riabilitazione, i CDCD svolgono attività individuali e/o di gruppo, con familiari/caregiver, anche in modalità teleriabilitativa, orientate all'informazione e alla gestione della condizione di salute.

I CDCD svolgono inoltre attività di counseling con i caregiver (gruppi di sostegno psicologico, psicoeducazionali - inclusa la tematica della tutela giuridica).

Ospedale

Si dà indicazione alle Aziende ospedaliere/Policlينici di attivare modalità specifiche di accoglienza e gestione del paziente con demenza al Pronto Soccorso/reparto, con accesso consentito anche al caregiver.

CD

Valutazione funzionale e stesura dei programmi di riabilitazione personalizzati. I CD svolgono attività riabilitative fisioterapiche, occupazionali, logopediche e psichiatriche orientate sui bisogni cognitivi, comunicativi, relazionali, motori, emotivi, comportamentali finalizzate al sostegno delle capacità conservate per un adeguato funzionamento; inoltre, svolgono attività riabilitative individuali e/o di gruppo, con familiari/caregiver, anche in modalità teleriabilitativa, orientate all'informazione e alla gestione della condizione di salute attuale (es: Attività motorie, Terapia occupazionale, Musicoterapia, Arteterapia, Terapia di Validazione. Attività outdoor: Giardino sensoriale, Visite museali, Caffè Alzheimer, ecc...)

RSA

Monitoraggio dell'adeguatezza dell'ambiente e del contesto, attività riabilitativa (terapia occupazionale, fisioterapica, logopedica e psichiatrica individuale, di gruppo) focalizzata su aspetti comportamentali, cognitivi e di benessere psicofisico (es: Attività motorie, Terapia occupazionale, Musicoterapia, Arteterapia, Terapia di Validazione), di mantenimento/recupero e potenziamento delle autonomie, counseling di supporto ed orientamento al caregiver. Monitoraggio dei sintomi cognitivi e comportamentali.

CURE DOMICILIARI / CASE DELLA COMUNITÀ

Interventi clinici e psicosociali volti al sostegno delle capacità conservate ed al mantenimento delle autonomie personali, interventi di supporto e orientamento del caregiver.

Indicazione di attività riabilitativa (terapia occupazionale, fisioterapica, logopedica e psichiatrica individuale, di gruppo) focalizzata su aspetti comportamentali, cognitivi e di benessere psicofisico. Formazione al caregiver volta alla strutturazione adeguata dell'ambiente e del contesto.

CP

Introduzione del tema delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e del fine vita.

5.2.2.2 Fase moderata

Obiettivo generale

Presa in carico di pazienti in fase moderata di malattia, con un punteggio alla *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR) pari a 2.

Servizi coinvolti

I servizi coinvolti in questa fase sono:

- MG;
- Punto Unico di Accesso (PUA)
- CDCD;
- Ospedale;
- CD;
- RSA;
- CURE DOMICILIARI / CASE DELLA COMUNITÀ;
- CP;
- Servizio Sociale delle Cure Intermedie, Servizio Sociale Ospedaliero.

MMG

Valutazione delle condizioni cliniche generali, monitoraggio dei sintomi e counseling con il caregiver (inclusa la tematica della tutela giuridica). Il MMG opera in rete con il CDCD di riferimento nella gestione del paziente e con i servizi assistenziali distrettuali eventualmente attivati (es. assistenza domiciliari/cure domiciliari).

Il MMG si avvale dell'apporto e della consulenza delle Centrali Operative Territoriali (COT) per l'individuazione delle risorse assistenziali più idonee alla presa in carico della persona con diagnosi di demenza confermata, in fase moderata di malattia.

CDCD

Controlli clinici periodici relativamente allo stato neurologico e neuropsicologico nonché ad eventuali patologie concomitanti, indicazioni delle attività relative alla prevenzione secondaria e terziaria, prescrizione e monitoraggio della terapia farmacologica specifica, implementazione PAC per il deterioramento cognitivo, valutazione funzionale, cognitiva e comportamentale. Rilascio della relazione clinica per il MMG. Stesura dei programmi riabilitativi personalizzati, in collaborazione con gli specifici servizi (attività riabilitative, fisioterapiche, occupazionali, logopediche e psichiatriche orientate sui bisogni cognitivi, comunicativi, motori, emotivi e sul controllo di eventuali disturbi comportamentali), valutazione dello stato nutrizionale del paziente.

Nell'ambito della riabilitazione, i CDCD svolgono attività individuali e/o di gruppo, con familiari/caregiver, anche in modalità teleriabilitativa, orientate all'informazione e alla gestione della condizione di salute.

I CDCD svolgono inoltre attività di counseling con i caregiver (gruppi di sostegno psicologico, psicoeducazionali - inclusa la tematica della tutela giuridica).

Ospedale

Nell'ottica della continuità delle cure, gli ospedali operano in collegamento con i MMG e i CDCD. Si dà indicazione alle Aziende ospedaliere/Policlinici di attivare modalità specifiche di accoglienza e gestione del paziente con demenza al Pronto Soccorso/reparto, con accesso consentito anche al caregiver.

CD

Valutazione funzionale e stesura dei programmi di riabilitazione personalizzati. I CD svolgono attività riabilitative fisioterapiche, occupazionali, logopediche e psichiatriche orientate sui bisogni cognitivi, comunicativi, relazionali, motori, emotivi, comportamentali per un adeguato funzionamento; inoltre, svolgono attività riabilitative individuali e/o di gruppo, con familiari/caregiver, anche in modalità teleriabilitativa, orientate all'informazione e alla gestione della condizione di salute attuale (es: Attività motorie, Terapia occupazionale, Musicoterapia, Arteterapia, Terapia di Validazione. Attività outdoor: Giardino sensoriale, Visite museali, Caffè Alzheimer, ecc...).

RSA

Monitoraggio dell'adeguatezza dell'ambiente e del contesto, attività riabilitativa (terapia occupazionale, fisioterapia, logopedia e psichiatria individuale, di gruppo) focalizzata su aspetti comportamentali, cognitivi e di benessere psicofisico (es: Attività motorie, Terapia occupazionale, Musicoterapia, Arteterapia, Terapia di Validazione), di mantenimento delle autonomie, counseling di supporto ed orientamento al caregiver. Monitoraggio dei sintomi cognitivi e comportamentali.

CURE DOMICILIARI / CASE DELLA COMUNITÀ

Interventi clinici e psicosociali volti al sostegno delle capacità conservate ed al mantenimento delle autonomie personali, anche al fine di evitare l'istituzionalizzazione. Interventi di supporto ed orientamento al caregiver.

Indicazione di attività riabilitativa (terapia occupazionale, fisioterapia, logopedica e psichiatrica individuale, di gruppo) focalizzata su aspetti comportamentali, cognitivi e di benessere psicofisico. Formazione al caregiver volta alla strutturazione adeguata dell'ambiente e del contesto.

CP

Il ruolo dei servizi di cure palliative specialistiche (hospice ed UCP domiciliari) nella fase di presa in carico del paziente in una fase moderata di malattia si svolge in collaborazione con gli altri professionisti per la valutazione dei criteri di accesso alle CP e la gestione dei pazienti in relazione al relativo livello di CDR e delle concomitanti condizioni cliniche.

Servizio Sociale delle Cure Intermedie, Servizio sociale del servizio ospedaliero, PUA

Il servizio sociale opera nel territorio costruendo reti con Enti pubblici/privati, con il privato sociale ed il volontariato in una logica di co progettazione partecipata, valorizzando le risorse sia umane che ambientali, favorendo la connessione tra la persona, il suo ambiente di vita e la Comunità, agevolando il raccordo e l'integrazione degli interventi tra sistema sanitario (centri diurni, rsa) e sistema sociale. (Cure domiciliari e progetti del distretto socio-sanitario - piani di zona).

Il Servizio Sociale nelle ASL offre consulenza per favorire la conoscenza e la fruizione dei diritti esigibili e l'accesso ai Servizi, le prestazioni e le risorse territoriali, percorsi di empowerment. Promuove l'attivazione degli interventi della rete dei Servizi Sociali territoriali, favorendo l'integrazione tra le diverse realtà presenti nei territori (privato sociale, associazioni di volontariato, servizio civile ecc).

5.2.2.3 Fase grave

Obiettivo generale

Presa in carico di pazienti in una fase grave di malattia con un punteggio alla *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR) pari a 3.

Servizi coinvolti

I servizi coinvolti in questa fase sono:

- MG;
- CDCD;
- Ospedale;
- CD;
- RSA;
- CURE DOMICILIARI / CASE DELLA COMUNITÀ;
- CP.

MG

Valutazione delle condizioni cliniche generali, counseling con il caregiver, dell'attivazione della Valutazione Multi-dimensionale (VMD) e delle Cure Palliative di base. Il MMG opera in rete con il CDCD di riferimento nella gestione del paziente e si raccorda con gli eventuali servizi attivati (assistenza domiciliare, Cure palliative; ecc...).

Il MMG si avvale dell'apporto e della consulenza delle Centrali Operative Territoriali (COT) per l'individuazione delle risorse assistenziali più idonee alla presa in carico della persona con diagnosi di demenza confermata, in fase grave di malattia.

CDCD

Controlli clinici periodici relativamente allo stato neurologico e neuropsicologico nonché ad eventuali patologie concomitanti, indicazioni delle attività relative alla prevenzione secondaria e terziaria, prescrizione e monitoraggio della terapia farmacologica specifica, implementazione del PAC per il

deterioramento cognitivo, valutazione funzionale, cognitiva e comportamentale. Rilascio della relazione clinica per il MMG. Stesura dei programmi riabilitativi personalizzati, in collaborazione con gli specifici servizi (attività riabilitative, fisioterapiche, occupazionali, logopediche e psichiatriche orientate sui bisogni cognitivi, comunicativi, motori, emotivi e sul controllo di eventuali disturbi comportamentali), valutazione dello stato nutrizionale del paziente ed eventuale gestione della disfagia.

Nell'ambito della riabilitazione, i CDCD svolgono attività individuali e/o di gruppo, con familiari/caregiver, anche in modalità teleriabilitativa, orientate all'informazione e alla gestione della condizione di salute.

I CDCD svolgono inoltre attività di counseling con i caregiver (gruppi di sostegno psicologico, psicoeducazionali - inclusa la tematica della tutela giuridica).

In questa fase di malattia, i CDCD si occupano delle attività mirate al mantenimento delle competenze cognitivo-comunicative conservate anche attraverso ausili, della eventuale gestione della disfagia, della valutazione dello stato nutrizionale del paziente e del rilascio della relazione clinica per usi consentiti dalla legge. Infine, svolgono attività di counseling con il caregiver.

Ospedale

Nell'ottica della continuità delle cure, gli ospedali operano in collegamento con i MMG e i CDCD. Si dà indicazione alle Aziende ospedaliere/Polispecialistiche di attivare modalità specifiche di accoglienza e gestione del paziente con demenza al Pronto Soccorso/reparto, con accesso consentito anche al caregiver.

CD

Valutazione funzionale e stesura dei programmi di riabilitazione personalizzati. I CD svolgono attività riabilitative fisioterapiche, occupazionali, logopediche e psichiatriche orientate sui bisogni cognitivi, comunicativi, relazionali, motori, emotivi, comportamentali per un adeguato funzionamento; inoltre, svolgono attività riabilitative individuali e/o di gruppo, con familiari/caregiver, anche in modalità teleriabilitativa, orientate all'informazione e alla gestione della condizione di salute attuale (es: Attività motorie, Terapia occupazionale, Musicoterapia, Arteterapia, Validazione. Attività outdoor: Giardino sensoriale, Visite museali, Caffè Alzheimer, ecc.). Attività di counseling al caregiver.

Si occupano inoltre delle attività mirate al mantenimento delle competenze cognitivo-comunicative conservate, anche attraverso ausili, e della gestione della disfagia.

RSA

Le RSA svolgono azioni di valutazione funzionale e stesura di programmi riabilitativi personalizzati, strutturazione di un adeguato ambiente di vita, facilitante il benessere, il rispetto dei bisogni e il mantenimento delle abilità conservate, counseling di supporto ed orientamento al caregiver. Monitoraggio dei sintomi cognitivi e comportamentali.

CURE DOMICILIARI / CASE DELLA COMUNITÀ

Valutazione funzionale e stesura di programmi riabilitativi personalizzati, counseling al caregiver con particolare riferimento alle indicazioni per la strutturazione di un adeguato ambiente di vita, facilitante il benessere, il rispetto dei bisogni e il mantenimento delle abilità conservate, prescrizione di ausili protesici. Il servizio di Assistenza domiciliare/Cure domiciliari si raccorda con le Cure Palliative per lo svolgimento di attività mirate a favorire le cure domiciliari nella fase di fine vita.

CP

Il ruolo dei servizi di cure palliative specialistiche (hospice ed UCP domiciliari) nella fase di presa in carico del paziente in una fase grave di malattia riguarda la valutazione dei criteri di accesso alle CP e la gestione dei pazienti in relazione al relativo livello di CDR e delle concomitanti condizioni cliniche.

Servizio Sociale delle Cure Intermedie, Servizio Sociale Ospedaliero, PUA

Il servizio sociale opera nel territorio costruendo reti con Enti pubblici/privati, con il privato sociale ed il volontariato in una logica di co progettazione partecipata, valorizzando le risorse sia umane che ambientali, favorendo la connessione tra la persona, il suo ambiente di vita e la Comunità, agevolando il raccordo e l'integrazione degli interventi tra sistema sanitario e sistema sociale.

Attraverso l'attività di segretariato sociale offre consulenza al fine della conoscenza e fruizione dei diritti esigibili e l'accesso ai Servizi, alle prestazioni e risorse territoriali, ai percorsi di empowerment del caregiver.

Attraverso il PUA, convoca le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) al fine di garantire una presa in carico globale del paziente e la condivisione del PAI con tutti gli operatori coinvolti (sociali e sanitari), con i familiari di riferimento (caregiver).

Promuove l'attivazione della rete dei Servizi Sociali territoriali, favorendo l'integrazione tra le diverse realtà presenti nei territori (privato sociale, associazioni di volontariato, servizio civile ecc). Partecipa alle UVM per la valutazione dell'inserimento presso Centri Diurni, RSA.

5.2.2.4 Fase molto grave/terminaleObiettivo generale

Presa in carico di pazienti in una fase molto grave/terminale di malattia con un punteggio alla *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR) compreso tra 4 e 5.

Servizi coinvolti

I servizi coinvolti in questa fase sono:

- MG;
- CDCD;
- Ospedale;
- RSA;
- CURE DOMICILIARI / CASE DELLA COMUNITÀ
- CP;
- Servizio Sociale delle Cure Intermedie, Servizio Sociale Ospedaliero, PUA.

MG

Valutazione delle condizioni cliniche generali, counseling con il caregiver, attivazione della Valutazione Multi-dimensionale (VMD) e delle Cure Palliative. Il MMG opera in rete con il CDCD di riferimento nella gestione del paziente e si raccorda con gli eventuali servizi attivati (assistenza domiciliare, Cure palliative, ecc...). Il MMG si avvale dell'apporto e della consulenza delle Centrali Operative Territoriali (COT) per l'individuazione delle risorse assistenziali più idonee alla presa in carico della persona con diagnosi di demenza in fase molto grave/terminale.

CDCD

Valutazioni domiciliari, anche con l'ausilio della televisita, monitoraggio della terapia farmacologica specifica e rilascio della relazione clinica per il MMG. Counseling con il caregiver, anche in relazione ai benefici previsti (richiesta beneficio economico per disabilità gravissima e per "sostegno al caregiver", ecc...) ed eventuale riferimento ai Servizi Sociali.

Ospedale

In questa fase di malattia, il ricorso al Pronto Soccorso o ad un ricovero non risultano appropriati. Qualora insorgessero problematiche acute, non altrimenti gestibili nel setting delle cure domiciliari e/o cure palliative, si dà indicazione alle Aziende ospedaliere/Policlinici di attivare modalità specifiche di

accoglienza e gestione del paziente con demenza al Pronto Soccorso/reparto, con accesso consentito anche al caregiver.

RSA

Valutazione funzionale e stesura dei programmi riabilitativi personalizzati, strutturazione di un adeguato ambiente di vita, facilitante il benessere, il rispetto dei bisogni e il mantenimento delle abilità conservate. Counseling di supporto ed orientamento al caregiver.

CURE DOMICILIARI / CASE DELLA COMUNITÀ

Valutazione funzionale e stesura del programma riabilitativo personalizzato, indicazioni al caregiver per la strutturazione di un adeguato ambiente di vita, facilitante il benessere, il rispetto dei bisogni e il mantenimento delle abilità conservate, prescrizione di ausili protesici.

In collegamento con le Cure Palliative, si occupa di favorire le cure domiciliari nella fase di fine vita, mediante le seguenti attività:

- controllo e gestione dei sintomi
- gestione delle funzioni conservate;
- supporto fisioterapico;
- Counseling e supporto psicologico ai familiari;
- modulazione di idratazione e nutrizione in relazione alla prognosi;
- rilevazione e gestione del dolore;
- prevenzione e gestione delle lesioni da pressione/decubito;
- gestione di eventuali sintomi refrattari attraverso la sedazione.

CP

I servizi di cure palliative specialistiche (hospice ed UCP domiciliari), in collaborazione con gli altri professionisti, valutano i criteri di accesso alle CP e si occupano della gestione dei pazienti con demenza in relazione allo specifico livello di CDR e delle concomitanti condizioni cliniche.

Si occupa inoltre del controllo e della gestione dei sintomi, della gestione delle funzioni conservate, del supporto fisioterapico, del counseling e del supporto psicologico ai familiari, della modulazione della idratazione e della nutrizione in relazione alla prognosi, della rilevazione e gestione del dolore, della prevenzione e gestione delle lesioni da pressione/decubito e della gestione di eventuali sintomi refrattari, attraverso la sedazione.

Servizio Sociale delle Cure Intermedie, Servizio Sociale Ospedaliero, PUA

Attivazione di percorsi integrati finalizzati al mantenimento della persona nel suo ambiente di vita,.

Partecipazione alle UVM distrettuali integrate (sociale e sanitario) per l'erogazione ed il monitoraggio dei contributi relativi alla disabilità gravissima. Partecipazione alle UVM per eventuali richieste di ricovero in RSA/hospice.

5.2.3 Gli aspetti della Prevenzione

Le attività di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) sono modulate rispetto alla presenza/assenza di malattia e, a seguito della conferma diagnostica, in relazione ai diversi stadi di malattia.

Pertanto, tali attività sono trasversali a tutte le fasi malattia.

5.2.3.1 Prevenzione primaria

Obiettivo generale

In questa fase gli obiettivi sono molteplici e riguardano la promozione dei corretti stili di vita, l'individuazione e la gestione, oltre che l'attuazione, di azioni atte a contrastare i fattori di rischio modificabili. Tale attività viene svolta principalmente nel *setting* della medicina generale, ma anche nel contesto degli altri nodi assistenziali (es: promozione delle attività di socializzazione nei CD).

Il report della *Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention, and Care* [Ref.] identifica i seguenti 12 fattori di rischio per le demenze in base alle migliori evidenze scientifiche: basso livello di scolarità, ipertensione, problemi di udito, fumo, obesità, depressione, inattività fisica, diabete, isolamento sociale, consumo eccessivo di alcol, lesioni cerebrali traumatiche, inquinamento atmosferico.

Il report evidenzia come i 12 fattori di rischio siano responsabili del 40% dei casi di demenza, che potrebbero quindi essere evitati o la cui comparsa potrebbe essere ritardata.

Servizi coinvolti

I servizi coinvolti in questa fase sono:

- MG,
- CDCD;
- CD;
- RSA;
- CURE DOMICILIARI / CASE DELLA COMUNITÀ;
- SERVIZI DI SALUTE MENTALE.

MG

Il MMG, in virtù del rapporto fiduciario con gli assistiti, ha un ruolo attivo nella promozione e nella adozione di corretti stili di vita, al fine di contrastare nella popolazione i fattori di rischio modificabili per la demenza precedentemente elencati favorendo il raccordo con gli interventi di promozione della salute e prevenzione realizzati dalle ASL nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025. Gli strumenti a disposizione del MMG nel contesto dell'attività di prevenzione primaria sono i seguenti:

- valutazione degli stili di vita (abitudine al fumo, consumo di alcol, sovrappeso e obesità, sedentarietà, basso livello di scolarità, isolamento sociale);
- misurazione della pressione arteriosa una volta all'anno;
- valutazione della glicemia almeno una volta ogni due anni;
- misurazione del peso e dell'altezza una volta ogni due anni o per cambiamenti di peso evidenti;
- valutazione della scala della depressione (*Patient Health Questionnaire 2, PHQ-2*) in presenza di un sospetto disturbo dell'umore;
- anamnesi: trauma cranico pregresso;
- valutazione dei problemi dell'udito;
- valutazione dei disturbi del sonno;
- adozione di strategie per modificare i fattori di rischio: intervento motivazionale breve per l'adozione di stili di vita salutari, invio al Centro Antifumo aziendale, invio ai Servizi per le dipendenze (abuso di alcol), invio a gruppi organizzati di cammino, promozione dell'esercizio fisico o dell'attività fisica adattata, accertamenti strumentali e laboratoristici per l'eventuale

patologia individuata, impostazione terapia (es. ipoglicemizzante, antipertensiva, antidepressiva, ipnoinducente), invio allo specialista di riferimento per l'eventuale patologia individuata (es. endocrinologo, cardiologo, psichiatra, ORL, ecc.), follow-up dei fattori di rischio (aderenza alle terapie e agli interventi di prevenzione, ecc.);

- implementazione di strategie di case-finding (uso del GPcog) per l'individuazione tempestiva dei casi con declino cognitivo.

CDCD

L'attività dei CDCD per la prevenzione primaria riguarda principalmente il monitoraggio dei pazienti per i fattori di rischio conosciuti nell'insorgenza del deficit cognitivo. I CDCD svolgono attività e programmi educazionali per i pazienti ed i caregiver.

CD

I CD svolgono un'attività di promozione delle attività di socializzazione e di attività fisica, oltre alla promozione dell'educazione alimentare e della modifica degli stili di vita (es. fumo e consumo di alcol).

RSA/CURE DOMICILIARI / CASE DELLA COMUNITÀ

Promozione dei corretti stili di vita ed attività di monitoraggio dei propri assistiti.

Servizi di Salute Mentale

I Centri di Salute mentale (SERVIZI DI SALUTE MENTALE) svolgono un'attività di rilevazione periodica delle funzionalità cognitive dei loro pazienti e di monitoraggio dei fattori di rischio.

5.2.3.2 Prevenzione secondaria

Obiettivo generale

L'obiettivo generale di questa fase è l'adozione di strategie atte a prevenire il peggioramento del deficit cognitivo in persone con MCI che accedono ai servizi presenti in questo PDTA

Servizi coinvolti

I servizi coinvolti in questa fase sono:

- MG;
- CDCD;
- CD;
- Servizi di Salute Mentale.

MG

Monitoraggio dei fattori di rischio noti, associati all'insorgenza e al peggioramento del quadro cognitivo e, in particolare, l'abitudine al fumo, il consumo di alcol, l'ipertensione, il sovrappeso e l'obesità, la sedentarietà, il basso livello di scolarità, i problemi di udito, la depressione, il diabete, l'isolamento sociale e la presenza di un pregresso trauma cranico. Al monitoraggio dei fattori di rischio si aggiungono la valutazione delle possibili interazioni farmacologiche ed un'attività di informazione al caregiver.

CDCD

Indicazioni di attività di stimolazione cognitiva, di attività di riabilitazione (terapia occupazionale, fisioterapia, logopedia e psichiatria individuale, di gruppo e sul contesto/ambiente, anche attraverso la telemedicina) focalizzata sugli aspetti cognitivi, comportamentali e di benessere psicofisico. Attività volte al mantenimento/recupero e potenziamento delle autonomie e monitoraggio dell'adesione alle terapie.

Interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio associati al peggioramento del quadro cognitivo, oltre che interventi di supporto e orientamento dei caregiver.

CD

In collaborazione con gli altri professionisti e servizi della rete, i CD si occupano del monitoraggio dei fattori di rischio noti, associati all'insorgenza ed al peggioramento del quadro cognitivo.

SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Nell'ambito degli accordi specifici tra CDCD-SERVIZI DI SALUTE MENTALE, i servizi di salute mentale interagiscono con i CDCD per l'identificazione e la diagnosi dei deficit cognitivi in pazienti psichiatrici. Inoltre, hanno un ruolo nell'indicazione di attività riabilitativa focalizzata sugli aspetti comportamentali, cognitivi e di benessere psicofisico, oltre che attività per il mantenimento/recupero e potenziamento delle autonomie. Infine, si occupano del supporto e dell'orientamento del caregiver.

5.2.3.3 Prevenzione terziaria

Obiettivo generale

L'insorgenza dei sintomi comportamentali e psicologici della demenza (*Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia*, BPSD) rappresenta l'elemento chiave di questa fase in cui i servizi e le figure coinvolte si focalizzano sulle strategie di prevenzione e sulle attività ad essa correlate. Inoltre, la prevenzione terziaria mira a mantenere e sostenere le capacità cognitive conservate, attraverso training specifici e adattamento dell'ambiente di vita.

Servizi coinvolti

I servizi coinvolti in questa fase sono:

- MG;
- CDCD;
- Ospedale;
- CD;
- RSA;
- CURE DOMICILIARI / CASE DELLA COMUNITÀ;
- SERVIZI DI SALUTE MENTALE;
- CP.

MG

Attuazione di strategie atte a prevenire l'insorgenza dei BPSD (valutazione e intervento sulle cause internistiche dei BPSD, dolore, costipazione), valutazione farmacologica, disidratazione, valutazione dei cambiamenti ambientali.

Monitoraggio degli antidolorifici e dell'uso appropriato dei neurolettici, gestione dello stress del caregiver attraverso l'invio a gruppi strutturati di counseling e sostegno psicologico presso i CDCD.

CDCD

Attuazione di strategie atte a prevenire l'insorgenza dei BPSD (valutazione farmacologica, valutazione e intervento sulle cause internistiche dei BPSD, dolore, costipazione, disidratazione), prescrizione e monitoraggio della terapia farmacologica (antidolorifici, uso appropriato dei neurolettici) in collaborazione con il MMG, gestione dello stress del caregiver attraverso l'invio a gruppi strutturati di counseling e sostegno psicologico. Indicazione al caregiver di strategie di prevenzione per l'insorgenza dei BPSD, supporto psicoeducazionale ai familiari, attivazione di percorsi facilitati per la presa in carico dei pazienti

che manifestano tali sintomi e di procedure semplificate per i bisogni nutrizionali nelle diverse fasi di malattia, in collaborazione con i servizi di nutrizione artificiale domiciliare (NAD).

OSPEDALE

Indicazione alle Aziende ospedaliere/Policlinici di attivare modalità specifiche di accoglienza e gestione del paziente con demenza al Pronto Soccorso/reparto, con accesso consentito anche al caregiver.

Attivazione di percorsi dedicati (es. codice argento in Pronto Soccorso) e/o facilitati per pazienti con BPSD ricoverati nei reparti di degenza e di percorsi facilitati per il riferimento dei pazienti con BPSD, dimessi dai reparti di degenza, al CDCD e ai servizi distrettuali dedicati.

Attivazione di procedure semplificate per i bisogni nutrizionali nelle diverse fasi di malattia, in collaborazione con i servizi NAD.

CD

Strategie di prevenzione dell'insorgenza dei BPSD e controllo degli stessi attraverso azioni mirate, come la valutazione dei possibili cambiamenti ambientali. Interventi di stimolazione e riattivazione cognitiva a sostegno delle capacità conservate e monitoraggio degli antidolorifici e dell'uso dei neurolettici.

RSA

Attuazione di strategie di prevenzione dell'insorgenza dei BPSD, valutazione farmacologica, valutazione e intervento sulle cause internistiche dei BPSD (dolore, costipazione, disidratazione), valutazione dei cambiamenti ambientali.

Attività riabilitative volte a ridurre il rischio di caduta e le complicanze legate all'allettamento, gestione degli aspetti comportamentali e di benessere psicofisico e monitoraggio degli antidolorifici e dell'appropriatezza dell'uso di neurolettici.

CURE DOMICILIARI / CASE DELLA COMUNITÀ

Attuazione di strategie di prevenzione dell'insorgenza dei BPSD, valutazione farmacologica, valutazione e intervento sulle cause internistiche dei BPSD (dolore, costipazione, disidratazione), valutazione dei cambiamenti ambientali.

Attività riabilitative volte a ridurre il rischio di caduta e le complicanze legate all'allettamento, gestione degli aspetti comportamentali e di benessere psicofisico e monitoraggio degli antidolorifici e dell'appropriatezza dell'uso di neurolettici. Attuazione di procedure semplificate per i bisogni nutrizionali nelle diverse fasi di malattia (in collaborazione con i servizi NAD) e interventi psicoeducativi ai caregiver.

SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Nell'ambito degli accordi tra CDCD e SERVIZI DI SALUTE MENTALE, quest'ultimi si occupano (in collaborazione con i CDCD) dell'implementazione delle strategie di prevenzione terziaria.

5.2.4 Il trattamento farmacologico: modalità prescrittive dei farmaci per il trattamento della malattia di Alzheimer

Nel 2000 il Ministero della Salute con il progetto CRONOS ha individuato un percorso assistenziale, diagnostico e terapeutico, per la malattia di Alzheimer.

Nel 2003 a conclusione del progetto è cessata l'obbligatorietà della compilazione e dell'invio alle ASL di residenza delle schede di monitoraggio, ma sono rimaste invariate le modalità di accesso ai trattamenti farmacologici riprese nel 2004 con l'istituzione della nota AIFA 85.

Di seguito vengono schematizzate le modalità prescrittive come previsto dalla normativa vigente.

- Il Medico di Medicina Generale (MMG) sulla base di una sospetta diagnosi di malattia di Alzheimer deve indirizzare il paziente ad un centro per il deterioramento cognitivo e le demenze (CDCD)
- Il CDCD effettua o conferma la diagnosi stabilendone il grado di severità secondo scale di valutazione cognitiva (MMSE) e funzionale (ADL/IADL).
- La nota AIFA 85 prevede che la prescrizione a carico del SSN dei farmaci per il trattamento della malattia di Alzheimer sia limitata ai pazienti con diagnosi di “probabile malattia di Alzheimer” di grado lieve o moderato.
- I farmaci utilizzati nel trattamento della malattia di Alzheimer sono i tre inibitori dell’acetilcolinesterasi, *donepezil*, *rivastigmina* e *galantamina* e la *memantina* un antagonista del recettore per il glutammato.
- In presenza di valori di MMSE tra 21 e 26 (grado lieve) è possibile la prescrizione di *donepezil*, *rivastigmina* e *galantamina*, per valori di MMSE tra 10 e 20 (grado moderato) è possibile la prescrizione di *donepezil*, *rivastigmina*, *galantamina* e la *memantina*. Pertanto la prescrizione di *memantina* è riservata ai casi di grado moderato.
- Sulla base della diagnosi iniziale di probabile malattia di Alzheimer di grado lieve o moderato deve essere formulato il piano terapeutico.
- Ad intervalli prestabiliti deve essere monitorata la risposta clinica e precisamente:
 - a 1 mese per la valutazione degli effetti collaterali e per un eventuale 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 tre mesi deve basarsi sul non peggioramento dello stato cognitivo del paziente valutato tramite MMSE ed esame clinico
 - ogni 6 mesi per successive valutazioni della risposta e della tollerabilità.
- Il piano terapeutico deve essere consegnato al MMG dall’assistito o da un suo caregiver.
- Il piano terapeutico ha validità massima di 12 mesi e può essere modificato in corso di validità al variare delle condizioni cliniche dell’assistito.
- Il MMG segue i propri assistiti nell’ambito nella gestione della malattia di Alzheimer in collaborazione con i CDCD e pertanto è tenuto a monitorare l’andamento clinico al di fuori delle visite presso i centri, sorvegliando e segnalando tempestivamente la comparsa di effetti collaterali o sospette reazioni avverse.
- La comparsa di effetti avversi dovrà essere tempestivamente segnalata al Responsabile di farmacovigilanza della ASL competente attraverso la compilazione dall’apposita scheda di segnalazione, reperibile oltre che sul sito internet dell’AIFA anche sul sito regionale di Farmacovigilanza.

5.2.5 Modalità di arruolamento nel PDTA Demenze

Una volta posto il sospetto di deterioramento cognitivo/demenza, il MMG indirizza il soggetto presso il CDCD di riferimento per l'approfondimento diagnostico.

Il PDTA regionale, come previsto dal Piano Nazionale Demenze e come già indicato nel DCA 448/2014, prevede che i medici specialisti di riferimento per l'inserimento del paziente nel PDTA Demenze, nonché responsabili dei CDCD regionali, siano i seguenti:

- Medico specialista in geriatria;
- Medico specialista in neurologia;
- Medico specialista in psichiatria.

Il PDTA aziendale dovrà coinvolgere il setting ospedaliero e il setting territoriale, prevedendo l'articolazione tra i Centri Diagnostico specialistici ed i Centri Territoriali per la gestione congiunta e articolata del paziente nelle diverse fasi di malattia, a garanzia della continuità assistenziale.

Le singole Aziende sanitarie potranno individuare nel PDTA aziendale lo specialista di riferimento (Geriatra/Neurologo/Psichiatra) in relazione alle proprie specificità organizzative, ovvero alla composizione dell'equipe ed alla effettiva presenza dello specialista nel CDCD.

Nel PDTA aziendale dovrà essere chiaramente indicato lo specialista di riferimento e le modalità di ingresso nel PDTA, ovvero la specifica prestazione che il MMG dovrà riportare sull'impegnativa per la prima visita presso il Centro.

Le opzioni possibili sono esclusivamente le seguenti:

Visita geriatrica (1° visita)

Visita neurologica (1° visita)

ed il seguente quesito diagnostico: **4380 Deficit cognitivo**

Sarà quindi necessaria, da parte delle Aziende Sanitarie e dei Distretti, una capillare informazione presso i MMG operanti nel territorio regionale in merito al PDTA aziendale e alle modalità di prescrizione della prima visita.

Il primo accesso al CDCD avviene su richiesta di 1° visita geriatrica o 1° visita neurologica, accompagnata da sospetto diagnostico (Codice ICD9: 4380 Deficit cognitivo) da parte del MMG/Specialista, con indicazione di priorità secondo il DCA n. U00110/2017 (Linee guida per l'attribuzione della classe di priorità nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale) e prenotazione su agende dedicate come da indicazione Aziendale.

La prescrizione della prima visita geriatrica/neurologica dovrà essere fatta in modalità esclusivamente dematerializzata e dovrà contenere anche la prestazione tracciante: DT_DEM

Tale prestazione, con peso 1 e costo zero, dovrà essere presente anche nelle agende delle strutture ambulatoriali dove dovrà essere erogata. Le agende per le prime visite del PDTA dovranno essere visibili e prenotabili da ReCUP ovvero dal call center regionale.

Tutte le prescrizioni del PDTA dovranno essere effettuate in modalità dematerializzata e riportare la prestazione tracciante individuata DT_DEM

Tale prestazione dovrà essere presente in tutte le agende dedicate del PDTA.

Confermato il sospetto di Demenza presso il CDCD, il setting diagnostico sarà preferibilmente ambulatoriale.

6. LA RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA

6.1 Matrici di responsabilità

SERVIZI FASI	MMG	CDCD	Pronto Soccorso/ Ospedale	CD	RSA	Cure Domiciliari/Case della Comunità	SERVIZI DI SALUTE MENTALE	Cure palliative
SOSPETTO DIAGNOSTICO/ DIAGNOSI SINDROMICA	Invio del paziente con sospetto declino cognitivo al CDCD con relazione clinica con <i>diagnosi di sindrome demenziale</i> .	Avvio del percorso diagnostico per MCI e per le diverse forme di demenza.	Valutazione del delirium/declino cognitivo come possibile prima manifestazione di un disturbo cognitivo e successivo invio al CDCD.	Valutazione del delirium come possibile prima manifestazione di un disturbo cognitivo e successivo invio al CDCD.	Valutazione del delirium come possibile prima manifestazione di un disturbo cognitivo e successivo invio al CDCD.	Valutazione del delirium come possibile prima manifestazione di un disturbo cognitivo e successivo invio al CDCD. Nelle istituende Case della Comunità, l'Infermiere di Comunità e gli altri operatori possono intercettare precocemente segni di deterioramento cognitivo nei pazienti assistiti	Interazione tra CDCD e SERVIZI DI SALUTE MENTALE per attivare strategie <i>case-finding</i> di pazienti con disturbo cognitivo. Protocolli operativi condivisi CDCD-SERVIZI DI SALUTE MENTALE	

SERVIZI FASI	MMG	CDCD	Pronto Soccorso/ Ospedale	CD	RSA	Cure Domiciliari /Case della Comunità	SERVIZI DI SALUTE MENTALE	Cure palliative
DEFINIZIONE DIAGNOSTICA	Interazione con il CDCD per il monitoraggio delle condizioni cliniche.	<p>Test neuropsicologici di primo e secondo livello, a seguito di valutazione dell'equipe, in relazione al caso specifico.</p> <p>Esami dei biomarcatori, nella pratica clinica solo per i casi atipici e giovanili ed in tutti i casi, per finalità di ricerca.</p> <p>Implementazione PAC per deterioramento cognitivo.</p> <p>Comunicazione della diagnosi (al paziente e al caregiver).</p> <p>Relazione clinica al MMG.</p>	<p>Implementazione PAC per deterioramento cognitivo, per i CDCD operanti all'interno della struttura ospedaliera.</p> <p>Esecuzione esami di primo e secondo livello.</p> <p>Slot dedicati per gli accertamenti /esami di I e II livello dei pazienti inviati dal CDCD.</p>					

SERVIZI FASI	MMG	CDCD	Ospedale	CD	RSA	Cure Domiciliari/Case della Comunità	Cure palliative
<p>PRESA IN CARICO Fase lieve (MCI, Demenza) CDR: 0,5 - 1</p>	<p>Collegamento in rete con CDCD.</p> <p>Valutazione delle condizioni cliniche generali.</p> <p>Counseling al caregiver (inclusa la tematica della tutela giuridica)</p>	<p>Controlli clinici periodici dello stato neurologico e neuropsicologico nonché delle eventuali patologie concomitanti.</p> <p>Valutazione funzionale, cognitiva e comportamentale.</p> <p>Prevenzione secondaria.</p> <p>Terapia farmacologica specifica.</p> <p>Implementazione PAC per deterioramento cognitivo.</p> <p>Valutazione funzionale e stesura programma riabilitativo personalizzato in collaborazione con gli specifici servizi (attività riabilitative fisioterapiche, occupazionali, logopediche e psichiatriche).</p>	<p>Indicazione alle Aziende ospedaliere/Policlinici di attivare modalità specifiche di accoglienza e gestione del paziente con demenza al Pronto Soccorso/reparto, con accesso consentito anche al caregiver.</p> <p>Collegamento con il MMG e il CDCD di appartenenza.</p>	<p>Valutazione funzionale e stesura del programma riabilitativo personalizzato.</p> <p>Attività riabilitative fisioterapiche, occupazionali, logopediche e psichiatriche (attività riabilitative individuali e/o di gruppo, con utenti, familiari/caregiver, anche in modalità teleriabilitativa)</p>	<p>Monitoraggio dell'adeguatezza dell'ambiente e del contesto.</p> <p>Attività riabilitativa (terapia occupazionale, fisioterapica, logopedica e psichiatrica individuale e di gruppo) focalizzata su aspetti comportamentali, cognitivi e di benessere psicofisico.</p> <p>Mantenimento/recupero e potenziamento delle autonomie.</p> <p>Supporto e orientamento al caregiver.</p>	<p>Monitoraggio dell'adeguatezza dell'ambiente e del contesto.</p> <p>Attività riabilitativa (terapia occupazionale, fisioterapica, logopedica e psichiatrica individuale, di gruppo)</p> <p>Supporto e orientamento del caregiver.</p> <p>Strutturazione adeguata dell'ambiente e del contesto.</p> <p>Mantenimento/recupero e potenziamento autonomie.</p>	<p>Introduzione del tema delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e del fine vita.</p>

		<p>Attività riabilitative individuali e/o di gruppo, con utenti, familiari/caregiver, anche in modalità teleriabilitativa.</p> <p>Counseling al caregiver (inclusa la tematica della tutela giuridica).</p> <p>Valutazione dello stato nutrizionale del paziente.</p> <p>Rilascio della relazione clinica per il MMG.</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

<p>PRESA IN CARICO Fase moderata CDR: 2</p>	<p>Collegamento in rete con CDCD.</p> <p>Valutazione delle condizioni cliniche generali e monitoraggio dei sintomi.</p> <p>Counseling con il caregiver (inclusa la tematica della tutela giuridica).</p>	<p>Controlli clinici periodici dello stato neurologico e neuropsicologico nonché delle eventuali patologie concomitanti..</p> <p>Valutazione funzionale, cognitiva e comportamentale.</p> <p>Terapia farmacologica specifica.</p> <p>Implementazione PAC per deterioramento cognitivo.</p> <p>Valutazione funzionale e stesura programma riabilitativo personalizzato in collaborazione con gli specifici servizi.</p> <p>Attività riabilitative fisioterapiche, occupazionali, logopediche e psichiatriche.</p> <p>Attività riabilitative individuali e/o di gruppo, con utenti, familiari/care givers, anche in modalità teleriabilitativa,</p> <p>Counseling al caregiver (inclusa la</p>	<p>Indicazione alle Aziende ospedaliere/Policlinici di attivare modalità specifiche di accoglienza e gestione del paziente con demenza al Pronto Soccorso/reparto, con accesso consentito anche al caregiver.</p> <p>Operatività in collegamento con i MMG e i CDCD.</p>		<p>Monitoraggio dell'adeguatezza dell'ambiente e del contesto.</p> <p>Attività riabilitativa (terapia occupazionale, fisioterapica, logopedica e psichiatrica individuale, di gruppo) focalizzata su aspetti comportamentali, cognitivi e di benessere psicofisico.</p> <p>Mantenimento/recupero e potenziamento autonomie.</p> <p>Monitoraggio dei sintomi cognitivi e comportamentali.</p> <p>Supporto e orientamento al caregiver.</p>	<p>Formazione al caregiver volta alla strutturazione adeguata dell'ambiente di vita e del contesto.</p> <p>Interventi clinici e psicosociali volti al mantenimento/recupero e potenziamento autonomie.</p> <p>Supporto e orientamento al caregiver.</p> <p>Indicazione di attività riabilitativa focalizzata su aspetti comportamentali, cognitivi e di benessere psicofisico.</p>	<p>Collaborazione con gli altri professionisti per la valutazione dei criteri di accesso alle CP e la gestione dei pazienti in relazione a questo livello di CDR e delle concomitanti condizioni cliniche.</p>
--	--	--	--	--	---	--	--

		tematica della tutela giuridica). Rilascio relazione clinica per il MMG. Valutazione dello stato nutrizionale del paziente.					
PRESA IN CARICO Fase grave CDR: 3	Collegamento in rete con CDCCD. Valutazione delle condizioni cliniche generali. Collegamento in rete con assistenza domiciliare. Counseling al caregiver. Attivazione della Valutazione Multidimensionale (VMD). Attivazione delle CP di base.	Controlli clinici periodici dello stato neurologico e neuropsicologico nonché delle eventuali patologie concomitanti . Valutazione funzionale, cognitiva e comportamentale. Terapia farmacologica specifica Implementazione PAC per Deterioramento Cognitivo Stesura del programma riabilitativo personalizzato in collaborazione con gli specifici servizi.	Indicazione alle Aziende ospedaliere/Policlinici i di attivare modalità specifiche di accoglienza e gestione del paziente con demenza al Pronto Soccorso/reparto, con accesso consentito anche al caregiver. Operatività in collegamento con i MMG e i CDCCD.	Valutazione funzionale e stesura del programma riabilitativo personalizzato e/o attività di consulenza, centrate sui bisogni del paziente e dei caregiver, anche in modalità teleriabilitativa. Mantenimento delle competenze cognitive-comunicative conservate, anche attraverso ausili. Gestione della disfagia. Counseling con il caregiver.	Valutazione funzionale e stesura del programma riabilitativo personalizzato. Strutturazione di un adeguato ambiente di vita, facilitante il benessere, il rispetto dei bisogni e il mantenimento delle abilità conservate.	Interventi clinici e psicosociali per evitare l'istituzionalizzazione. Valutazione funzionale e stesura del programma riabilitativo personalizzato. Counseling al caregiver per la strutturazione di un adeguato ambiente di vita. Prescrizione di ausili protesici. Collegamento con le Cure Palliative per favorire le cure domiciliari nella fase di fine vita.	Collaborazione con gli altri professionisti per la valutazione dei criteri di accesso alle CP e la gestione dei pazienti con demenza in relazione a questo livello di CDR e delle concomitanti condizioni cliniche.

		<p>Mantenimento delle competenze cognitive-comunicative conservate, anche attraverso ausili.</p> <p>Counseling con il caregiver.</p> <p>Rilascio della relazione clinica per usi consentiti dalla legge.</p> <p>Valutazione dello stato nutrizionale del paziente</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

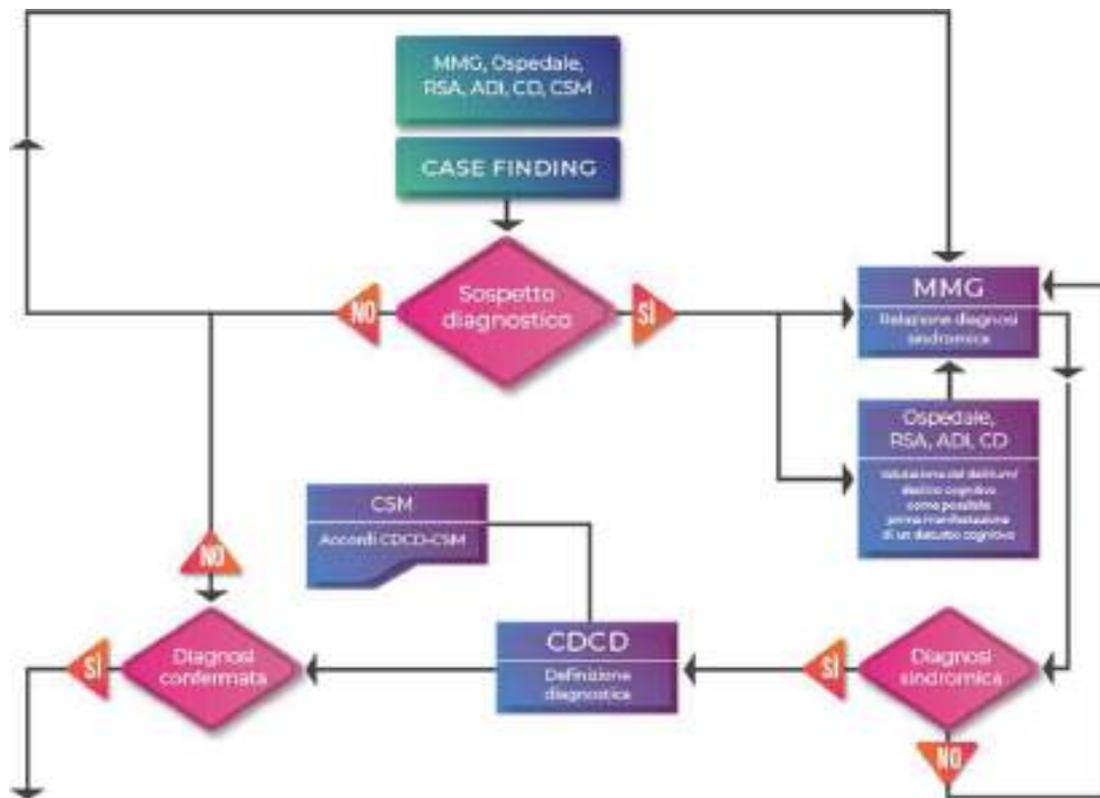
<p>PRESA IN CARICO Fase molto grave/terminale CDR: 4 - 5</p>	<p>Attivazione della Valutazione Multidimensionale (VMD) e delle Cure palliative.</p>	<p>Visite domiciliari</p> <p>Terapia farmacologica specifica.</p> <p>Counseling al caregiver.</p> <p>Publicizzazione dei benefici previsti e riferimento ai Servizi Sociali.</p> <p>Rilascio della relazione clinica per usi consentiti dalla legge.</p>	<p>In questa fase di malattia, il ricorso al Pronto Soccorso o ad un ricovero non risultano appropriati. In caso di problematiche acute, non altrimenti gestibili nel setting delle cure domiciliari e/o cure palliative, si dà indicazione alle Aziende ospedaliere/Polispecialistiche di attivare modalità specifiche di accoglienza e gestione del paziente con demenza al Pronto Soccorso/reparto, con accesso consentito anche al caregiver.</p>		<p>Valutazione funzionale e stesura programma riabilitativo personalizzato.</p> <p>Strutturazione di un adeguato ambiente di vita, facilitante il benessere, il rispetto dei bisogni e il mantenimento delle abilità conservate.</p> <p>Counseling al caregiver</p>	<p>Interventi clinici e psicosociali per evitare l'istituzionalizzazione.</p> <p>Valutazione funzionale e stesura del programma riabilitativo personalizzato.</p> <p>Strutturazione di un adeguato ambiente di vita, facilitante il benessere, il rispetto dei bisogni e il mantenimento delle abilità conservate.</p> <p>Counseling al caregiver. Prescrizione di ausili protesici.</p> <p>Collegamento con le Cure Palliative per favorire le cure domiciliari nella fase di fine vita.</p>	<p>Collaborazione con gli altri professionisti per la valutazione dei criteri di accesso alle CP e la gestione dei pazienti in relazione allo stadio di malattia e alle condizioni cliniche.</p>
--	---	--	---	--	---	--	--

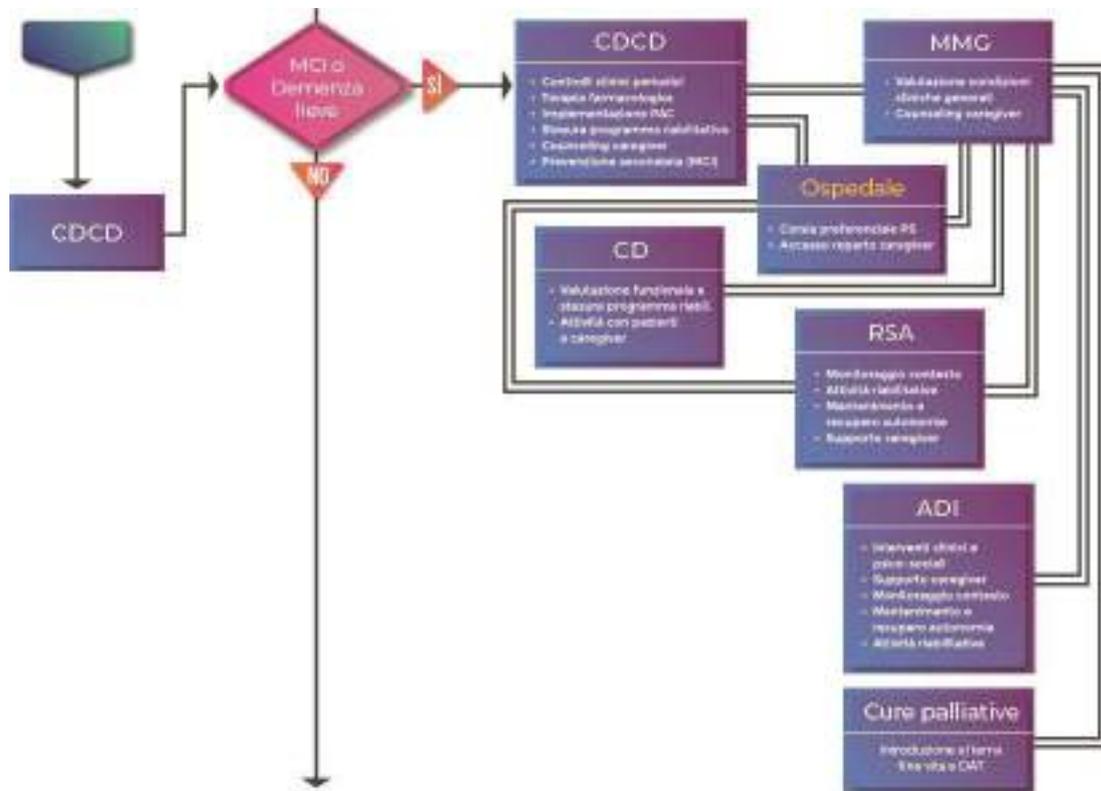
SERVIZI FASI	MMG	CDCD	Ospedale	CD	RSA	Cure Domiciliari/Case della Comunità	SERVIZI DI SALUTE MENTALE	Cure Palliative
PREVENZIONE PRIMARIA	<p>Promozione dei corretti stili di vita</p> <p>Individuazione fattori di rischio modificabili per demenza</p> <p>Attuazione di azioni per contrastare i fattori di rischio modificabili.</p> <p>Strategie di <i>case-finding</i> con l'uso del GPcog</p>	<p>Monitoraggio dei pazienti con diagnosi di disturbo soggettivo di memoria, MCI, Demenza per i fattori di rischio conosciuti nell'insorgenza del deficit cognitivo.</p> <p>Programmi educazionali per pazienti e caregiver.</p>		<p>Promozione attività di socializzazione, attività fisica.</p> <p>Promozione educazione alimentare e modifica degli stili di vita (fumo, consumo alcol).</p>	<p>Promozione di stili di vita corretti e monitoraggio dell'aderenza (Valutazioni periodiche attraverso VMD).</p>	<p>Promozione di stili di vita corretti e monitoraggio dell'aderenza (Valutazioni periodiche attraverso VMD).</p>	<p>Strategia di <i>case-finding</i> con rilevazione periodica delle funzionalità cognitive.</p>	

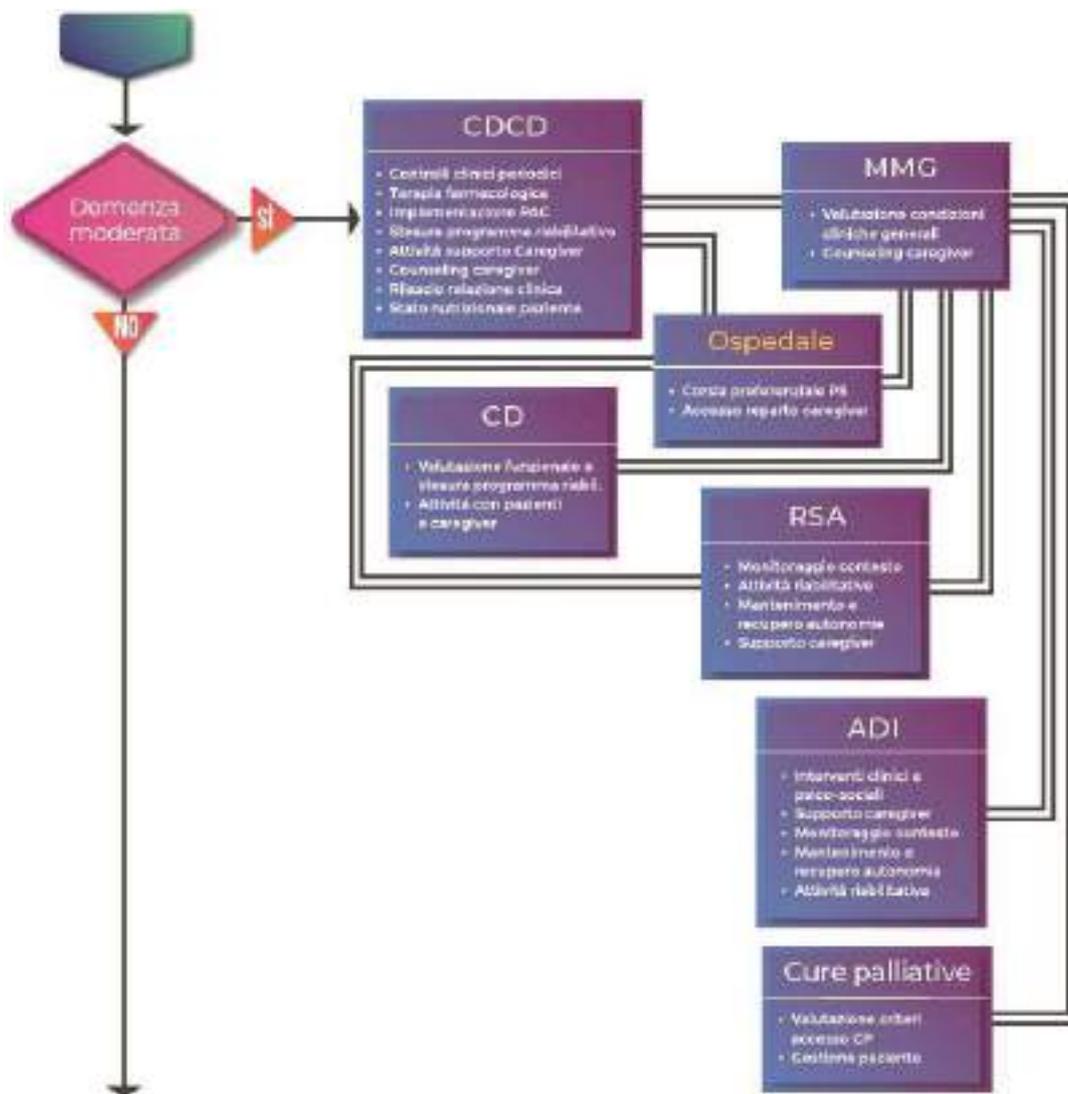
SERVIZI FASI	MMG	CDCD	Ospedale	CD	RSA	Cure Domiciliari/Case della Comunità	SERVIZI DI SALUTE MENTALE	Cure Palliative
PREVENZIONE SECONDARIA (MCI)	<p>Monitoraggio dei fattori di rischio noti, associati all'insorgenza ed al peggioramento del quadro cognitivo</p> <p>Informazione/counseling al caregiver.</p> <p>Valutazione delle possibili interazioni farmacologiche.</p>	<p>Indicazione di attività di stimolazione cognitiva.</p> <p>Indicazione di attività riabilitativa.</p> <p>Mantenimento/recupero e potenziamento delle autonomie.</p> <p>Monitoraggio della adesione alle terapie.</p> <p>Interventi riguardanti i fattori di rischio.</p> <p>Supporto e orientamento del caregiver.</p>		<p>Monitoraggio dei fattori di rischio noti, associati all'insorgenza ed al peggioramento del quadro cognitivo</p>			<p>Interazione tra CDCD e SERVIZI DI SALUTE MENTALE per l'identificazione e la diagnosi dei deficit cognitivi in pazienti psichiatrici</p> <p>Indicazione di attività riabilitativa focalizzata su aspetti comportamentali, cognitivi e di benessere psicofisico.</p> <p>Mantenimento/recupero e potenziamento autonomie.</p> <p>Supporto e orientamento del caregiver.</p>	

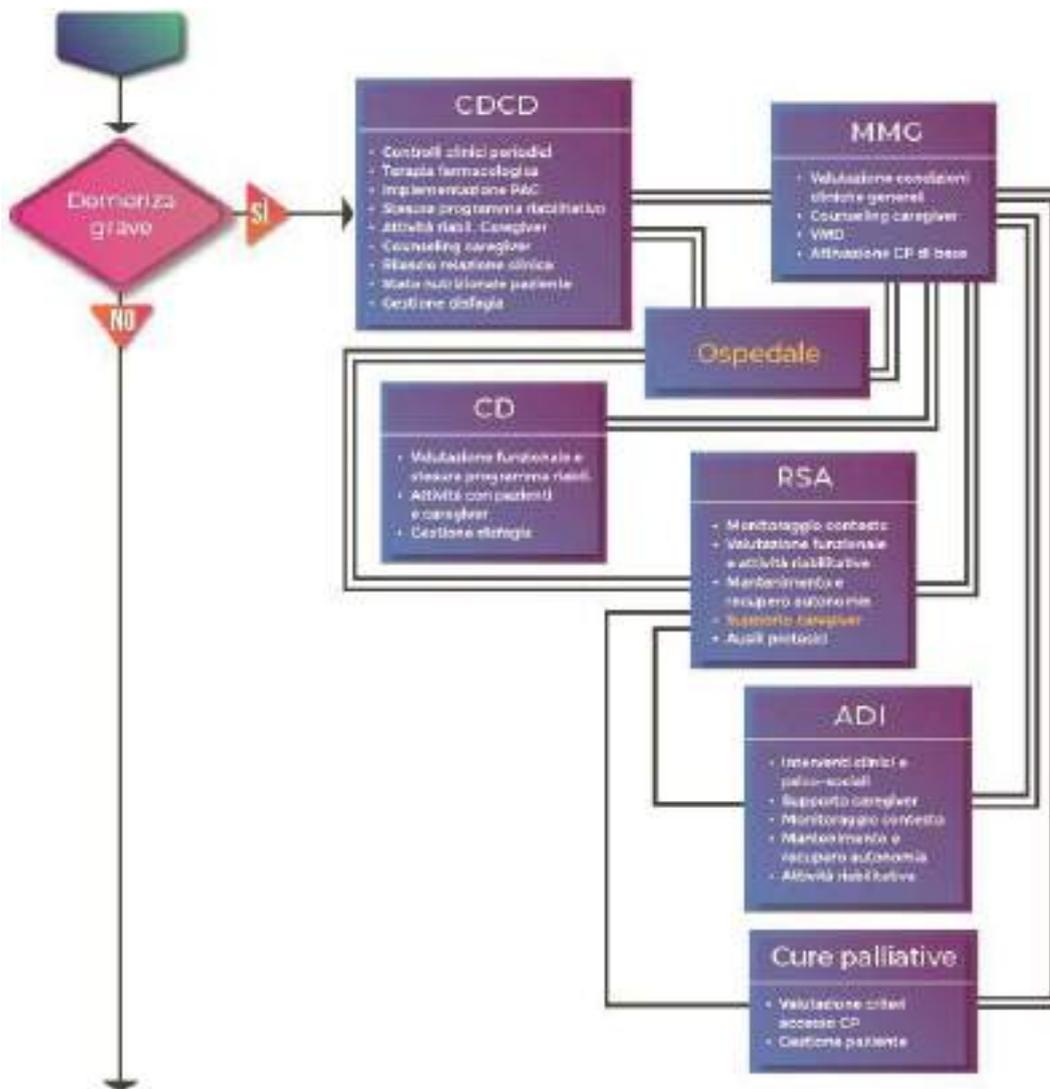
FASI \ SERVIZI	MMG	CDCD	Ospedale	CD	RSA	Cure domiciliari/Case della Comunità	Servizi salute mentale	Cure Palliative
PREVENZIONE TERZIARIA (Demenza)	<p>Strategie di prevenzione per l'insorgenza e il controllo dei Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia – BPSD</p> <p>Monitoraggio antidolorifici e uso appropriato di neurolettici.</p> <p>Gestione dello stress del caregiver attraverso invio a gruppi strutturati di counselling e sostegno psicologico presso il CDCD.</p>	<p>Strategie di prevenzione per l'insorgenza e il controllo dei Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia – BPSD</p> <p>Valutazione dei cambiamenti ambientali.</p> <p>Supporto psicoeducazionale ai familiari sulla prevenzione/gestione dei BPSD.</p> <p>Percorsi facilitati per la presa in carico di pazienti con BPSD dimessi da altri reparti di degenza dello stesso nosocomio.</p> <p>Procedure semplificate per i bisogni nutrizionali nelle diverse fasi di malattia, in collaborazione con i Servizi NAD.</p> <p>Intervento psicoeducazionale ai caregiver.</p>	<p>Indicazione alle Aziende ospedaliere/Policlinici di attivare modalità specifiche di accoglienza e gestione del paziente con demenza al Pronto Soccorso/reparto, con accesso consentito anche al caregiver.</p> <p>Percorsi facilitati per il riferimento dei pazienti con BPSD dimessi dai reparti di degenza al CDCD e ai servizi distrettuali dedicati.</p> <p>Procedure semplificate per i bisogni nutrizionali nelle diverse fasi di malattia, in collaborazione con i Servizi NAD.</p>	<p>Strategie di prevenzione per l'insorgenza e il controllo dei Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia – BPSD</p> <p>Stimolazione cognitiva, riattivazione cognitiva, sostegno delle capacità conservate.</p> <p>Monitoraggio antidolorifici ed uso appropriato di neurolettici.</p>	<p>Strategie di prevenzione per l'insorgenza e il controllo dei Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia – BPSD</p> <p>Attività riabilitativa volta a ridurre il rischio di cadute e le complicanze da allettamento, nonché a gestire gli aspetti comportamentali, cognitivi e di benessere psicofisico.</p> <p>Monitoraggio antidolorifici e uso appropriato di neurolettici.</p>	<p>Strategie di prevenzione per l'insorgenza e il controllo dei Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia – BPSD</p> <p>Attività riabilitativa volta a ridurre il rischio di cadute e le complicanze da allettamento, nonché a gestire gli aspetti comportamentali, cognitivi e di benessere psicofisico.</p> <p>Monitoraggio antidolorifici e uso appropriato di neurolettici.</p> <p>Procedure semplificate per i bisogni nutrizionali nelle diverse fasi di malattia, in collaborazione con i Servizi NAD.</p> <p>Intervento psicoeducazionale ai caregiver.</p>	<p>Interazione tra CDCD e SERVIZI DI SALUTE MENTALE per l'implementazione delle strategie di prevenzione terziaria.</p> <p>Accordi CDCD-SERVIZI DI SALUTE MENTALE</p>	

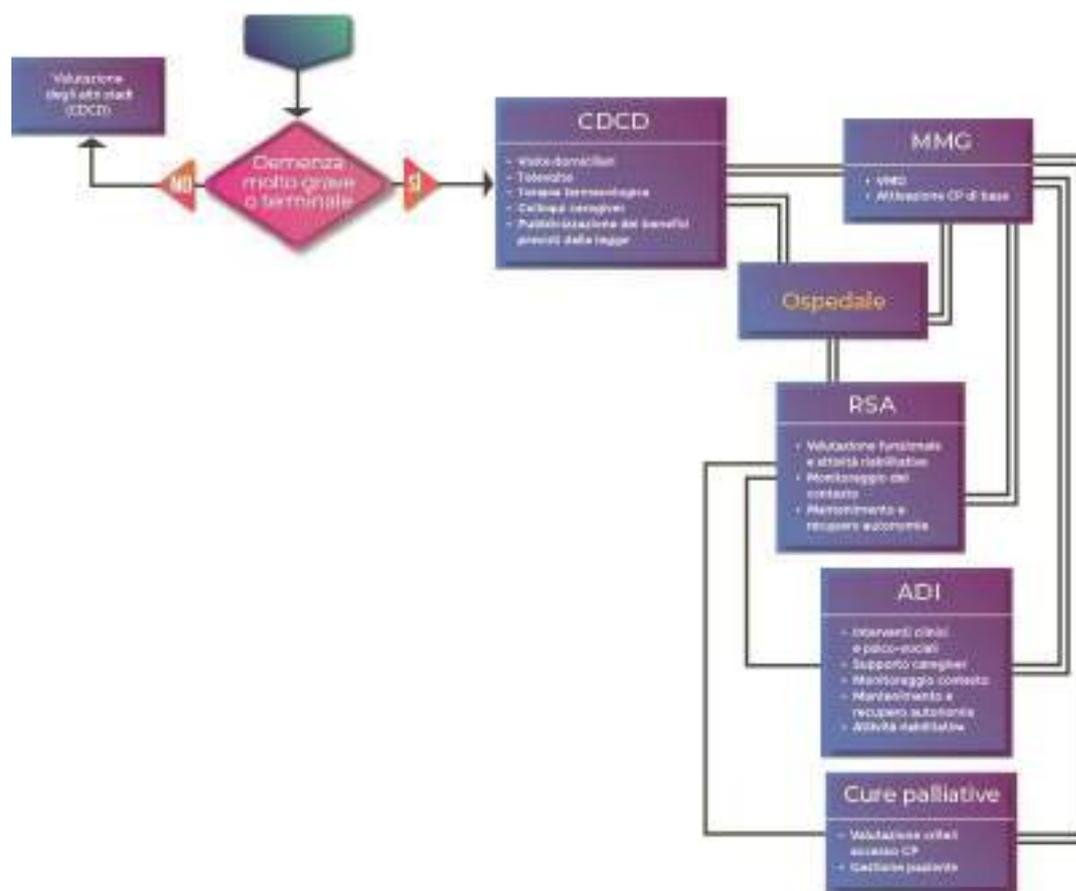
6.2 Diagramma di flusso











7. EMPOWERMENT DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER E RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI

La demenza è una sindrome che comprende un complesso di condizioni, con alcune caratteristiche comuni. Si contraddistingue per il deterioramento della memoria e di almeno un'altra funzione cognitiva.

Il deterioramento interferisce con le attività sociali, lavorative e di relazione della persona affetta e provoca un declino delle sue capacità.

La demenza è una malattia "onerosa", in termini economici ed umani, attualmente gestita quasi totalmente dalle famiglie dei soggetti. La complessità della malattia è correlata alla presenza di un danno che compromette il livello cognitivo e comportamentale: tale compromissione porta inevitabilmente ad un deficit funzionale, con una conseguente perdita dell'autonomia del soggetto.

La compromissione è talmente totalizzante che questa patologia può essere considerata il paradigma della necessità di una forte integrazione socio sanitaria. I bisogni di salute, seppure inizialmente fortemente orientati sul versante sanitario (necessità di diagnosi precoce e tempestiva), divengono sempre più orientati sul versante sociale, in relazione all'evolversi della storia naturale di malattia e al decorso inevitabilmente ingravescente.

Una diagnosi corretta è di fondamentale importanza al fine di instaurare adeguate strategie terapeutiche (farmacologiche e psicosociali) che possano rallentare il decorso naturale della malattia, intervenendo sulle cause delle demenze reversibili, potenziando le capacità cognitive conservate, contrastando importanti compromissioni dell'autosufficienza ed attivando, a livello del contesto familiare e ambientale, le misure necessarie per fronteggiare i problemi legati al progressivo peggioramento del quadro demenziale.

La demenza è una malattia età dipendente e risente quindi della complessità che presiede al processo fisiologico dell'invecchiamento. L'età rappresenta il maggior fattore di rischio conosciuto.

Il presente PDTA, oltre ad occuparsi del percorso diagnostico, vuole porre l'attenzione anche agli aspetti esistenziali, legati ad esempio alla comunicazione della diagnosi e alla gestione del paziente da parte dei familiari / caregiver.

Una volta diagnosticata la malattia, infatti, si pone il problema di comunicarla al paziente, in relazione al grado di consapevolezza della persona, della sua tolleranza allo stress e del sostegno dell'ambiente che la circonda.

Il caregiver principale, quasi sempre un familiare, che spesso affianca la persona con demenza anche legalmente in qualità di amministratore di sostegno, rappresenta una risorsa fondamentale nel PDTA, tranne nel caso in cui, e solo all'esordio di malattia, il paziente esprima la volontà di vivere la diagnosi in solitudine.

In realtà, nel processo assistenziale il caregiver è il testimone della storia ed è colui che organizza e riorganizza il contesto ambientale della persona, fondamentale per assicurare un decorso di malattia congruo, stabile e personalizzato, come dimostrato da numerose evidenze scientifiche.

Le Associazioni dei familiari devono dar voce ai reali bisogni materiali e spirituali dei pazienti e di tutte le persone che se ne occupano, devono sviluppare un pensiero solidale, forte e responsabile, un approccio positivo ai problemi che insorgono nell'ambito della società attuale. L'obiettivo è creare un ponte tra caregiver e operatori del settore, affinché da tale integrazione possano scaturire le *buone pratiche* necessarie alle persone, evitando così la separazione fra bisogni espressi e risposte concrete.

Le Associazioni dei familiari, pertanto, in ogni nodo della rete assistenziale sono portavoce della dignità e dei diritti delle persone, senza sostituirsi alle Istituzioni, ma essendone stimolo e monitoraggio continuo.

Secondo le raccomandazioni di Alzheimer Europe, che raggruppa tutte le Associazioni nazionali, in merito alla consapevolezza del paziente (che è da sostenere fino a prova contraria), è bene che sia favorita la costituzione di gruppi di persone con demenza lieve, ancora capaci di prendere le loro decisioni e di fare le loro scelte di vita, da poter ascoltare ed accogliere.

E' altrettanto necessario che le Aziende Sanitarie, in collaborazione con le Associazioni dei familiari, promuovano e realizzino corsi di formazione ai caregiver sulla gestione della vita quotidiana, nonché gruppi di sostegno focalizzati sulla complessa relazione paziente-caregiver.

Le attività promosse dalle Associazioni, basate su studi osservazionali validi e sperimentazioni positive opportunamente documentate, potranno affiancare ed integrarsi con la rete assistenziale.

8. IL MONITORAGGIO DEL PDTA

8.1 Gli indicatori

Per monitorare e valutare la performance del PDTA è stato messo a punto un set di indicatori di struttura, di processo e di esito individuati e condivisi nell'ambito del gruppo multidisciplinare costituito dalla Regione Lazio. Gli indicatori sono variabili ad alto contenuto informativo che descrivono sinteticamente fenomeni complessi e che, se misurati e interpretati appropriatamente, ne consentono la valutazione.

L'obiettivo del sistema di indicatori proposto per il PDTA è duplice: da un lato descrivere l'intero percorso del paziente, in termini di prestazioni offerte e modalità organizzative dei servizi coinvolti nell'assistenza; dall'altro, avere uno strumento di misura di processo (funzionamento del percorso assistenziale e livello di aderenza agli standard di riferimento della miglior pratica clinica basata sull'evidenza) e di esito (miglioramento complessivo dell'assistenza e della qualità della vita nelle diverse fasi della malattia) per valutare l'efficacia sul campo dell'adozione del PDTA.

Il gruppo di lavoro regionale ha individuato gli indicatori presentati in questo documento tenendo in considerazione quanto riportato nelle *Linee di indirizzo Nazionali sui PDTA per le demenze* e nelle *Linee di indirizzo sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze*. Tali documenti tecnico-scientifici sono stati elaborati dal Tavolo di monitoraggio dell'implementazione del Piano Nazionale per le Demenze (PND), operante presso il Ministero della Salute, e sono stati approvati dalla Conferenza Unificata nell'Accordo CSR del 26 Ottobre 2017. I due documenti sono stati prodotti e condivisi da tutti i componenti del tavolo considerando le tematiche di particolare rilievo ed urgenza per la concreta attuazione dei PDTA a livello regionale e locale. Nella definizione degli indicatori sono stati esaminati tutti gli snodi del percorso diagnostico terapeutico per la demenza, valutando non solo la loro rilevanza nella misura/valutazione delle attività di assistenza ma anche la fattibilità del loro calcolo.

Nella scelta degli indicatori si è dovuto tenere conto della disponibilità dei dati necessari per il loro calcolo, che al momento è diversa per il livello aziendale e quello regionale.

Come indicato nelle *Linee di indirizzo Nazionali sui PDTA per le demenze* e nelle *Linee di indirizzo sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze*, anche nel presente documento regionale si sottolinea la necessità di implementare nuovi flussi e/o adeguare quelli esistenti a livello regionale e nazionale per la valutazione della qualità, della appropriatezza e dell'equità del percorso di cura integrato e degli esiti dell'assistenza al paziente con demenza.

Gli indicatori identificati in questo PDTA sono misurabili attraverso l'integrazione degli archivi dei sistemi informativi sanitari correnti delle ASL e di quelli gestiti a livello regionale. Inoltre, alcuni indicatori saranno definiti sulle informazioni rilevate dalla scheda informatizzata che la Regione Lazio metterà a disposizione dei CDCD e che confluiranno nel Registro regionale della *Malattia di Alzheimer e altre forme di demenza*, istituito con la Legge Regionale 2 giugno 2012, Numero 6.

Le attività di monitoraggio permettono non solo di verificare se gli obiettivi relativi alla diagnosi, cura e trattamento sono stati raggiunti e in che misura, ma anche di individuare i punti del percorso diagnostico e assistenziale che necessitano di un intervento migliorativo per rafforzare la presa in carico del paziente e rendere più efficace ed efficiente il percorso assistenziale. La valutazione rispetto a standard predefiniti e la condivisione tra gli operatori coinvolti nel PDTA dei risultati del monitoraggio costituiscono i punti di partenza del processo dell'audit clinico-assistenziale-organizzativo. Attraverso la valutazione sistematica degli aspetti

di struttura, dei processi e degli esiti dell'assistenza, è possibile individuare le criticità, identificare e implementare strategie di correzione da valutare poi con lo stesso approccio metodologico (ciclo dell'audit). Il calcolo degli indicatori consentirà di determinare dei valori di riferimento regionali utili al monitoraggio nel tempo dell'impatto dell'adozione del PDTA e di individuare eventuali significativi scostamenti dalla media regionale da analizzare e utilizzare in modo appropriato a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo.

8.1.1 Indicatori di struttura

Indicatore	#1 Numero di profili professionali presenti (CDCD + CD + RSA)
Numeratore	Numero di profili di professionisti socio-sanitari inclusi nel PDTA
Denominatore	Numero totale di profili di professionisti previsti dalle Linee di Indirizzo PDTA (n=12)
Fonte di dati	Survey periodiche delle Dir. Generali/Sanitarie - Survey Assessorato alle Politiche per l'Inclusione (per i Centri Diurni)
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio (DEP)
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	Almeno 5 su 12
Note	-

Indicatore	#2 Numero di aziende con PDTA sulle demenze
Numeratore	Numero di ASL presenti nella Regione con PDTA Demenze
Denominatore	Numero totale delle ASL della Regione
Fonte di dati	Rilevazione ad hoc
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	Almeno 5 su 10
Note	-

8.1.2 Indicatori di processo

Indicatore	#3 Valutazione per intervento Riabilitativo
Numeratore	Numero di pazienti che ricevono un PAI riabilitativo
Denominatore	Numero totale di pazienti stimati con demenza nella Regione (stime da letteratura)
Fonte di dati	Flusso SIAR/Flusso SIAD
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio (DEP)
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	70%
Note	-

8.1.3 Indicatori di esito

Indicatore	#4 Frequenza d'uso degli antipsicotici
Numeratore	Numero dei pazienti con demenza e prescrizione di farmaci antipsicotici
Denominatore	Numero totale pazienti stimati con demenza nella Regione (da letteratura)
Fonte di dati	Flusso CDCD/Flusso prescrizioni farmaceutiche
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio (DEP)
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	30%
Note	-

Indicatore	#5 Tasso di ospedalizzazione
Numeratore	Numero di pazienti ospedalizzati (Flussi informatizzati)
Denominatore	Numero totale di pazienti stimati con demenza nella Regione (da letteratura)
Fonte di dati	Flusso Schede di dimissione ospedaliera
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio (DEP)
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	30%
Note	Definire le cause - BPSD

Indicatore	#6 Tasso di accesso al PS
Numeratore	Numero di pazienti che accedono al PS con diagnosi di deterioramento cognitivo e delirium, allucinazioni...
Denominatore	Numero totale di pazienti stimati con demenza nella Regione (da letteratura)
Fonte di dati	Flusso Accessi al Pronto Soccorso
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio (DEP)
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	
Note	Definire le cause - BPSD

Indicatore	#7 Mortalità delle persone con demenza inserite nel PDTA
Numeratore	Numero delle persone decedute con demenza
Denominatore	Numero totale dei pazienti stimati con demenza nella Regione (da letteratura)
Fonte di dati	Registro Nominativo delle Cause di Morte
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio (DEP)
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	10%
Note	Definire le cause di morte -

9. IL PIANO DI DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PDTA

Il piano di diffusione è un passaggio fondamentale per la reale implementazione del percorso a livello aziendale.

Si propone, pertanto, che le Direzioni Aziendali accompagnino il processo di implementazione, garantendo i seguenti passaggi:

- individuazione con atto formale del referente organizzativo per l'implementazione del PDTA a livello aziendale e di un referente clinico (da comunicare alla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria **entro tre mesi dalla approvazione del presente documento**);
- fornire le risorse necessarie all'implementazione del PDTA;
- adozione, **entro sei mesi dalla pubblicazione del presente documento**, del PDTA aziendale, prevedendone il monitoraggio secondo le indicazioni regionali contenute nel presente documento (indicatori di struttura);
- monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività, con il supporto del referente per l'implementazione del PDTA.

In particolare, il Referente organizzativo per l'implementazione del PDTA:

- definisce e programma le attività da realizzare per l'implementazione del PDTA secondo le indicazioni regionali ed è responsabile delle attività di monitoraggio a livello aziendale;
- partecipa agli incontri ed eventi previsti a livello regionale per il monitoraggio delle attività di implementazione del PDTA;
- definisce e favorisce la realizzazione e il monitoraggio delle attività di formazione a sostegno dell'implementazione del PDTA, rivolte a operatori sanitari e ad altro soggetti (caregivers, rappresentanti di associazioni, Enti locali o del terzo settore);
- definisce e favorisce la realizzazione e il monitoraggio delle attività di comunicazione a sostegno dell'implementazione del PDTA, rivolte a operatori sanitari e ad altro soggetti (caregivers, rappresentanti di associazioni, Enti locali o del terzo settore);
- favorisce la definizione di protocolli operativi condivisi tra i diversi servizi coinvolti a livello aziendale e sovraaziendale;
- favorisce la definizione di accordi intersettoriali di collaborazione tra con rappresentanti di associazioni, Enti locali o del terzo settore;
- valuta l'andamento del processo di implementazione e, in caso di criticità, individua con il la Direzione Aziendale e con i servizi/professionisti coinvolti, le soluzioni da adottare per il loro superamento.
- redige una relazione semestrale sullo stato di avanzamento dell'implementazione del PDTA che sarà validata dalla Direzione Aziendale e trasmessa alla Direzione Salute e integrazione Sociosanitaria.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. suppl. ordinario al Numero 204 del 1/9/2000;
2. Accordo C.S.R. del 30/10/2014 sul documento recante “Piano Nazionale Demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”. Rep. Atti Numero 135/CSR del 30 ottobre 2014;
3. Accordo C.S.R. “Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze” e “Linee di indirizzo nazionali sull’uso dei Sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze”. Rep. Atti Numero 130/CU del 26 ottobre 2017;
4. Accordo C.S.R. “Linee di indirizzo nazionali per la costruzione di Comunità amiche delle persone con demenza”. Repertorio atti Numero 17/CU del 20 febbraio 2020;
5. Documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome prot. 20/153/CR9b/C7 del 6 agosto 2020;
6. <https://www.consiglio.regione.lazio.it/consiglio-regionale/?vw=leggiregionalidettaglio&id=9245&sv=vigente;>
7. Bollettino Ufficiale Regione Lazio. Numero 5 del 15/01/2015;
8. Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. Numero 83 del 02/07/2020;
9. Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. Numero 2 del 07/01/2021;
10. Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. Numero 16 del 17/02/2022;
11. Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. Numero 1 del 10/01/2004;
12. Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. Numero 64 del 11/08/2016;
13. Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. Numero 67 del 27 novembre 2012;
14. Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. Numero 2 del 3 gennaio 2013;
15. Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. Numero 64 del 2 agosto 2022;
16. Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. Numero 108 del 29 dicembre 2022;
17. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1;>
18. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245;>
19. https://www.alcove-project.eu/index_option_com_content_view_article_id_53_Itemid_21
20. <https://webarchive.nrsotland.gov.uk/20210302011848/https://www.actondementia.eu/about>
21. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
22. Bacigalupo I, 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 IV Diagnostic Criteria. *J Alzheimers Dis.* 2018;66(4):1471-1481. doi:10.3233/JAD-180416;
23. Sachdev PS, Lipnicki DM, Kochan NA, et al. The Prevalence of Mild Cognitive Impairment in Diverse Geographical and Ethnocultural Regions: The COSMIC Collaboration *Numero PLoS One.* 2015;10(11): e0142388. Published 2015 Nov 5. doi:10.1371/journal.pone.0142388;
24. Chiari A, Vinceti G, Adani G, et al. Epidemiology of early onset dementia and its clinical presentations in the province of Modena, Italy. *Alzheimers Dement.* 2021;17(1):81-88. doi:10.1002/alz.12177;

25. <https://demo.istat.it/app/?l=it&a=2020&i=POS>
26. Canevelli M, Bruno G, Remiddi F, et al. Spontaneous Reversion of Clinical Conditions Measuring the Risk Profile of the Individual: From Frailty to Mild Cognitive Impairment. *Front Med Lausanne*. 2017;4:184. Published 2017 Oct 30. doi:10.3389/fmed.2017.00184;
27. 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 Jul 4;89(1):88-100. doi: 10.1212/WNL.0000000000004058. Epub 2017 Jun 7. PMID: 28592453; PMCID: PMC5496518;
28. Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*. 2011 Mar 15;76(11):1006-14. doi: 10.1212/WNL.0b013e31821103e6. Epub 2011 Feb 16. PMID: 21325651; PMCID: PMC3059138;
29. Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*. 2011 Sep;134(Pt 9):2456-77. doi: 10.1093/brain/awr179. Epub 2011 Aug 2. PMID: 21810890; PMCID: PMC3170532. International Frontotemporal Dementia Consortium criteria for behavioural variant frontotemporal dementia;
30. G. C. Román, T. K. Tatemichi, T. Erkinjuntti, J. L. Cummings, J. et al. Vascular dementia Diagnostic criteria for research studies: Report of the NINDS-AIREN International Workshop*. *Neurology* Feb 1993, 43 (2) 250; DOI: 10.1212/WNL.43.2.250 NINDS-AIREN criteria (National Institute of Neurological Disorders and Stroke and Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences) for vascular dementia;
31. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR Jr, Kawas CH, Klunk WE, Koroshetz WJ, Manly JJ, Mayeux R, Mohs RC, Morris JC, Rossor MN, Scheltens P, Carrillo MC, Thies B, Weintraub S, Phelps CH. 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 May;7(3):263-9. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.005. Epub 2011 Apr 21. PMID: 21514250; PMCID: PMC3312024;
32. Dubois B, Burn D, Goetz C, Aarsland D, Brown RG, Broe GA, Dickson D, Duyckaerts C, Cummings J, Gauthier S, Korszyn A, Lees A, Levy R, Litvan I, Mizuno Y, McKeith IG, Olanow CW, Poewe W, Sampaio C, Tolosa E, Emre M. Diagnostic procedures for Parkinson's disease dementia: recommendations from the movement disorder society task force. *Mov Disord*. 2007 Dec;22(16):2314-24. doi: 10.1002/mds.21844. PMID: 18098298;
33. Zerr I, Kallenberg K, Summers DM, Romero C et al. Updated clinical diagnostic criteria for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *Brain*. 2009 Oct;132(Pt 10):2659-68. doi: 10.1093/brain/awp191. Epub 2009 Sep 22. Erratum in: *Brain*. 2012 Apr;135(Pt 4):1335. PMID: 19773352; PMCID: PMC2759336;
34. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, Gamst A, Holtzman DM, Jagust WJ, Petersen RC, Snyder PJ, Carrillo MC, Thies B, Phelps CH. 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 May;7(3):270-9. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.008. Epub 2011 Apr 21. PMID: 21514249; PMCID: PMC3312027;
35. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020 Aug 8;396(10248):413-446. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6. Epub 2020 Jul 30. PMID: 32738937; PMCID: PMC7392084.

11. GLOSSARIO E ACRONIMI

ADL: Activity of Daily Living
ALCOVE: Alzheimer Cooperative Valuation in Europe
BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia
CD: Centri Diurni
CDCD: Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenza
CDR: Clinical Dementia Rating Scale
COT: Centrali Operative Territoriali
CP: Cure Palliative
CSM: Centri di Salute Mentale
CUR: Catalogo Unico Regionale
D.G.R: Deliberazione di Giunta Regionale
DAT: Disposizioni Anticipate di Trattamento
DCA: Decreto del Commissario ad Acta
DCCG: Disturbi cognitivi comportamentali gravi
EOD: Demenza ad esordio giovanile
GPCog: General Practitioner assessment of Cognition
IADL: Instrumental Activity of Daily Living
ISS: Istituto Superiore di Sanità
L.R.: Legge Regionale
MCI: Mild Cognitive Impairment
MG: Medicina Generale
MMG: Medico di Medicina Generale
MMSE: Mini Mental State Examination
NAD: Nutrizione Artificiale Domiciliare
NICE: National Institute for Health and Care Excellence
OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità
PAC: Pacchetti Ambulatoriali Complessi
PAI: Piano Assistenziale Individualizzato
PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PND: Piano Nazionale delle Demenze
PUA: Punto Unico di Accesso
RSA: Residenza Sanitaria Assistita

SNLG: Sistema Nazionale Linee Guida

UCP: Unità di Cure Palliative

UVM: Unità di Valutazione Multidimensionale

WHO: World Health Organization

12. APPENDICE

12.1 Sistema dell'offerta

12.1.1 Offerta assistenziale e stima del fabbisogno: Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze

Nel DCA 448/2014, il rapporto tra numero di pazienti e CDCD prevedeva un fabbisogno di 59 CDCD per 60.807 pazienti (1.030 pazienti per ogni CDCD),

Il gruppo di lavoro ha deciso di considerare 1.900 pazienti in carico a ciascun CDCD e di calcolare il nuovo fabbisogno, in base alle recenti evidenze scientifiche di tipo epidemiologico, che risulta essere di 77 CDCD (tabella 8).

Come già indicato, i potenziali pazienti che afferiscono ai CDCD sono i soggetti con MCI (80% del totale) ed i soggetti con demenza lieve e moderata*.

Tabella 8. Stima dei casi e del fabbisogno dei CDCD**, distinti per tipologia

Territorio di appartenenza/ASL	Casi stimati*	Potenziale bacino di utenza per CDCD	Pazienti in carico ai CDCD**	Attuale offerta		Fabbisogno		Attivi vs fabbisogno	
				CDCD diagnostici	CDCD territoriali	CDCD diagnostici	CDCD territoriali	CDCD diagnostici	CDCD territoriali
ASL Area metropolitana (Roma 1, 2, 3)	76.724	4.038	28.224	17	2	13	27	4	-25
ASL Roma 4	7.262	7.262	2.774	0	1	1	3	-1	-2
ASL Roma 5	10.788	5.394	1.300	1	1	2	4	-1	-3
ASL Roma 6	12.460	4.153	3.655	0	3	2	4	-2	-1
ASL Latina	13.383	6.691	2.139	2	0	2	5	0	-5
ASL Rieti	4.590	4.590	1.040	1	0	1	2	0	-2
ASL Viterbo	8.544	1.709	1.150	1	4	1	3	0	1
ASL Frosinone	12.806	3.201	2.990	1	3	2	4	-1	-1
Totale	146.556	3.961	43.272	23	14	26	51	-3	-37

* Casi stimati = MCI (80%) + demenza lieve + demenza moderata (per il MCI si è considerato che circa il 20% dei pazienti ritorna ad un quadro cognitivo normale negli anni successivi alla diagnosi)

**Fonte: Rilevazione Regione Lazio, settembre 2019 (autodichiarazioni delle DDGG aziendali)

Secondo i risultati della survey dei CDCD condotta nel periodo luglio-dicembre 2022 nell'ambito delle attività previste dal Decreto sul Fondo per l'Alzheimer e le demenze, risultano attivi n. 37 CDCD (23 diagnostici e 14 territoriali) che, in alcuni casi, presentano ulteriori articolazioni organizzative territoriali (n. 17), presentate in dettaglio nel seguente elenco dei CDCD regionali.

Elenco CDCD Regione Lazio (fonte: Monitoraggio dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con la Direzione Salute e Integrazione Socio sanitaria, Regione Lazio, 2022)

Azienda sanitaria	Struttura di appartenenza	Distretto Territorio ASL	Provincia	Comune	Indirizzo	Telefono
ASL Roma 1	P.O. S. Filippo Neri		Roma	Roma	Via G. Martinotti	0633062374
ASL Roma 1	Presidio Nuovo Regina Margherita		Roma	Roma	Viale Trastevere	06 58446698
ASL Roma 1	UOC Geriatria *	3	Roma	Roma	Via Monte Rocchetta	06 77306329
ASL Roma 1	ASL Roma 1 – S. Maria della Pietà	14	Roma	Roma	Piazza S. Maria della Pietà	0668356019
ASL Roma 2	P.O. S. Eugenio - UOC Transmurale Geriatria Ospedale- Territorio		Roma	Roma	Piazzale Umanesimo, 10	0651003131-3132-3134-2482
ASL Roma 2	Distretto 4*	4	Roma	Roma	L.go De Dominicis, 7	0651003131-3132-3134-2482
ASL Roma 2	Distretto 5*	5	Roma	Roma	Via Forteguerra	0651003131-3132-3134-2482
ASL Roma 2	Distretto 6*	6	Roma	Roma	Via Tenuta di Torrenova, 138	0651003131-3132-3134-2482
ASL Roma 2	Distretto 7*	7	Roma	Roma	Via Cartagine, 85	0651003131-3132-3134-2482
ASL Roma 2	Distretto 8*	8	Roma	Roma	P.le A. Tosti, 4	0651003131-3132-3134-2482
ASL Roma 2	Distretto 9*	9	Roma	Roma	Viale Camillo Sabatini, snc	0651003131-3132-3134-2482
ASL Roma 3	Neurologia e Geriatria UOC Medicina	10	Roma	Ostia	Via G. Passeroni, 28	06 56483228 - 0656483160
ASL Roma 3	Neurologia Poliambulatorio di Fumicino*	10	Roma	Fiumicino	Via Coni Zugna, 173	0656484537
ASL Roma 3	Poliambulatorio e CAD Magliana*	11	Roma	Roma	Via Vaiano, 53	06 56485502 - 5555
ASL Roma 3	Poliambulatorio Monteverde*	12	Roma	Roma	Via B. Ramazzini, 31	06 56486329
ASL Roma 3	Poliambulatorio di Ostia antica*	10	Roma	Roma	Via delle Saline, 3	06 56483283
ASL Roma 3	Poliambulatorio Geriatria - Casal Bernocchi*	10	Roma	Roma	Via Casal Bernocchi, 61	0656487633
ASL Roma 4	Distretto F1	F1	Roma	Civitavecchia	Via R. Cadorna, 14	0696669634
ASL Roma 4	Distretto F1*	F1	Roma	Civitavecchia	Via R. Cadorna, 14	0696669753

ASL Roma 4	Distretto F3*	F3	Roma	Anguillara Sabazia	Via Volta, 1	0696669616 - 0696669695
ASL Roma 4	Distretto F4*	F4	Roma	Campagnano	Via Adriano I	0696669950
ASL Roma 4	Distretto F4*	F4	Roma	Civitavecchia	Via Cadorna, 14	0696669634
ASL Roma 5	PO Tivoli	Roma	Roma	Tivoli	Via Parrozzani, 3	0774 3164256
ASL Roma 5	Distretto sanitario	Palestrina G5	Roma	Zagarolo	Casa della Salute - Via Borgo S. Martino	06 95322806
ASL Roma 6	Distretto 2	2	Roma	Albano laziale	Via Gallerie di sotto, 2	329 8019101
ASL Roma 6	Distretto 4 - Poliambulatorio di Pomezia	4	Roma	Pomezia	Via dei Castelli romani, 2/9	339 3622270
ASL Roma 6	Casa della Salute Rocca Priora - Distretto 1	1	Roma	Rocca Priora	Casa della Salute - Via Malpasso d'acqua snc	338 8420108
ASL RIETI	Ospedale S. Camillo De Lellis -UOC Neurologia - Stroke		Rieti	Rieti	Viale Kennedy, 1	0746 278366 - 3386167264
ASL VITERBO	Ospedale Belcolle- UOC Neurologia e UTN		Viterbo	Viterbo	Via Sammartinese	0761 339446
ASL VITERBO	Rete aziendale per i Disturbi cognitivi e le Demenze		Viterbo	Acquapendente	Via Cesare Battisti, 68	0763 735294
ASL VITERBO	Rete aziendale per i Disturbi cognitivi e le Demenze		Viterbo	Soriano nel Cimino	Via Innocenzo VIII, 71	0761 745021 - 745777
ASL VITERBO	Rete aziendale per i Disturbi cognitivi e le Demenze		Viterbo	Civita Castellana	Via F. Petrarca,snc	0761 592430 - 592343
ASL VITERBO	Rete aziendale per i Disturbi cognitivi e le Demenze		Viterbo	Tarquinia	Viale Igea, 1	0766 846345 - 846284
ASL LATINA	Ospedale S. Maria Goretti	2	Latina	Latina	Via Guido Reni, 1	0773 6556108 6553606
ASL LATINA	ASL Latina - Ospedale A. Fiorini, Terracina	4	Latina	Terracina	Via Firenze	0773 801726 - 801649
ASL FROSINONE	ASL Frosinone - UOS CDCD - Distretti C/D	C/D	FR	Aquino	Viale Manzoni, snc	0776 729014
ASL FROSINONE	ASL Frosinone - UOS CDCD - Distretto D*	D	FR	Sora	Via San Marciano, snc	0776 8294248 - 249
ASL FROSINONE	ASL Frosinone - UOS CDCD Polo A-B	B	FR	Frosinone	Viale Mazzini, snc - ingresso C	0775 2072506

ASL FROSINONE	ASL Frosinone - UOC ADI - UOS Rete Ospedale Territorio	A/B/C/D	FR	Frosinone	Viale Mazzini, snc -	0775 2072578
ASL FROSINONE	CDCD Diagnostico Specialistico P.O. S. Scolastica		FR	Cassino	Via S. Pasquale, snc - Piano III - percorso giallo	0776 3929738
Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina – Gemelli Isola	UOSD Neurologia	ASL Roma 1	Roma	Roma	Piazza Fatebenefratelli, 2	06 6837250
AO S. Giovanni Addolorata	AO S. Giovanni Addolorata	ASL Roma 2 - distretto 7	Roma	Roma	Via di S. Giovanni in Laterano, 155	06 77055457
AOU S. Andrea	AOU S. Andrea	ASL Roma 1	Roma	Roma	Via di Grottarossa, 1035-1039	06 33775435
Ospedale S. Pietro - FBF	Ospedale S. Pietro - FBF	ASL Roma 1	Roma	Roma	Via Cassia, 600	06 33582681
Policlinico Universitario Campus Biomedico	Policlinico Universitario Campus Biomedico	ASL Roma 2 Distretto 12	Roma	Roma	Via Alvaro del Portillo, 200	06 225411220
AO S. Camillo Forlanini	AO S. Camillo Forlanini	ASL Roma 3	Roma	Roma	Circ.ne Gianicolense, 87	0658704349-3066
Ospedale Israelitico	Ospedale Israelitico	ASL Roma 3	Roma	Roma	Via Fulda, 14	06 65589343
IRCCS Fondazione S. Lucia	IRCCS Fondazione S. Lucia	ASL Roma 2	Roma	Roma	Via Ardeatina, 306	06 51701575
Fondazione Policlinico A. Gemelli	Dipartimento Invecchiamento, Neuroscienze, Testa e Collo e Ortopedia	ASL Roma 1	Roma	Roma	L.go A. Gemelli, 8	06 30154303
Policlinico Universitario Tor Vergata	UOSD Centro Demenze Policlinico Tor Vergata	ASL Roma 2	Roma	Roma	Viale Oxford, 81	02 20903137
Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I	UOC Geriatria	ASL Roma 1	Roma	Roma	Viale del Policlinico, 155 - Roma	0649970617
Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I	Dipartimento di Neurologia e Psichiatria	ASL Roma 1	Roma	Roma	Viale dell'Università, 30 - Roma	06 49914028

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I	Clinica della Memoria – Dipartimento di Neurologia e Psichiatria	ASL Roma 1	Roma	Roma	Viale dell'Università, 30 - Roma	06 49914604
Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I	Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico-Chirurgiche - UOC Neurologia C	ASL Roma 1	Roma	Roma	Viale dell'Università, 30 - Roma	0649914471 - 06 49914454

**articolazioni organizzative territoriali del CDCD di riferimento.*

12.1.2 Offerta assistenziale: Centri Diurni

I Centri diurni attivi al 2021 sono n. 32 (fonte: Direzione regionale Politiche per l'Inclusione).

Elenco Centri Diurni attivi a Roma e Provincia

ASL	Organismo affidatario	Denominazione	Sede	Recapiti telefonici	Municipio	Livello intensità
ASL RM 1	COTRAD onlus	MARIU'	via Vittorio Amedeo II, 14	0677070478 3666603150	I	medio-lieve
	GMA	LA BELLA ETA'	Via Antelao 9	0689017961	III	medio-lieve
		ARCOBALENO E SOLE E LUNA	Via Corrado Barbagallo,48	3886580357	XIII	medio-lieve
		ARCOBALENO E SOLE E LUNA	Via Corrado Barbagallo,48	3886580357 066147347	XIII	medio-gravi
	MEDIHOSPES	SAN GIUSEPPE SOGNATORE (Cielo)	Via di Selva Candida, 671	339-6868416	XIV	medio-lieve
		SAN GIUSEPPE SOGNATORE (Terra)	Via di Selva Candida, 671	339-6868416	XIV	medio-gravi
	IPAB – IRAS	SANTA EUFEMIA	Via G.A. Guattani n.17	0644234230	II	medio-lieve

ASL RM 2	ARCA DI NOE'	IL TIGLIO	Via Beltrami Scalia, 23	62589868/ 335390888	IV	medio- lieve
		AMARCORD	via Ancillotto 32	335390888	V	medio- lieve
		AMARCORD	via Ancillotto 32	335390888	V	medio- gravi
	Nuove Risposte	APE REGINA	Via Naide 116 D	0622793160	V	medio- gravi
		COCCINELLA	Via Naide 116 D	0622793160	V	medio- lieve
	META	ATTIVAMENTE	VIA DEMETRIADE 74	0676967599	VII	medio- lieve
	MEDIHOSPES	TRE FONTANE	VIA LAURENTINA N. 289	065414471	IX	Medio- lievi
			VIA LAURENTINA N. 289	065414471	IX	medio- gravi
ASL RM 3	MEDIHOSPES	LE BETULLE	Via Niccolò benino, 21 Ostia	3457993649	X	medio- lieve
		LE BETULLE	Via Niccolò benino, 21 Ostia	3457993649	X	medio- gravi
	Nuova Socialità ONLUS	PIOPPO	Via Paola Falconieri, 53/55	065586944	XI	medio- lieve
	Nuova Socialità ONLUS	PIOPPO	Via Paola Falconieri, 53/55	065586944	XII	medio- lieve
ASL RM 6	CONSORZIO PARSIFAL	IL BOSCO	Via Malpasso D'Acqua snc - ROCCA PRIORA	06/93274104		medio- lieve medio- grave
	COOPERATIVA SOCIALE ONLUS ALTEYA	Centro Diurno per malati di Alzheimer	VIA CORONA AUSTRALE, 49 - ARDEA	06/669357283		medio- lieve

Centri Diurni attivi nelle Province di Frosinone, Latina, Rieti, Viterbo

ASL	Organismo affidatario	Denominazione	Sede	Recapiti telefonici	Livello intensità
ASL FR	CONSORZIO AIPES (per FRC/FRD)	Centro Alzheimer "Non più soli"	Via Colle Melfa snc - Atina	0776/6984431	lieve-moderato
	Sovrambito FR A+FR B Capofila Frosinone Distretto Sociale B Frosinone	Centro Diurno Alzheimer "Madonna della Speranza"	Località Madonna della Speranza snc. - Giuliano Di Roma	0775 874351	lieve-moderato
	Sovrambito FR A+FR B Capofila Frosinone Distretto Sociale B Frosinone	Centro Diurno Alzheimer "Non ti scordar di me"	Largario Don Carlo Speranza snc - Fiuggi	0776 874351	lieve-moderato
ASL LT	Aprilia LT 1	Struttura semiresidenziale per anziani fragili	Via delle margherite, 169 - Aprilia	06/92708065	
	Distretti socio sanitari LT 1 e LT 2	Gaspere Bruschini	Via G Marconi , 1 - CORI		lieve-moderato
	Distretti socio sanitari LT 1 e LT 2	Centro diurno di Aprilia	Via Fermi snc - APRILIA		lieve-moderato
ASL RI	Consorzio Sociale RI 1	Centro Alzheimer	Via Garibaldi,1 - CANTALICE	0746/653058	lieve-moderato
ASL VT	Tarquinia (distretto VT2) - Gestore Cooperativa Sociale Alicenova	Centro Alzheimer Tarquinia	Via delle Torri - Tarquinia	0766 849317	lieve-moderato
	Viterbo (distretto VT 3) Gestore Cooperativa Sociali Il MOSAICO	Centro Non ti scordar di me	Via Abate Lamberto - San Martino	0761 348585	lieve-moderato
	Vetralla (distretto VT 4)	Centro Il Sole di Anna	Via del Bosco - Vetralla	0761 466960	lieve-moderato

	Consorzio Tineri (distretto VT 5) Gestore ATI coop GEA Nepi- Coop Soc. Alicenova	Centro Alzheimer Distrettuale	Via Archimede - Civita Castellana	333 91005152	
--	---	----------------------------------	--------------------------------------	--------------	--

*fonte: Direzione regionale Politiche per l'Inclusione

Viene riportato in tabella 9 il numero medio di pazienti con demenza moderata, che potenzialmente potrebbero afferire ai Centri diurni, per singola ASL.

Tabella 9. Offerta assistenziale dei CD per pazienti con demenza moderata

ASL	n° pazienti	Centri diurni	Pazienti/CD
ASL Roma 1	5.526	7	789
ASL Roma 2	6.283	8	785
ASL Roma 3	2.860	4	715
ASL Roma 4	1.292	0	n.c.*
ASL Roma 5	1.935	0	n.c.*
ASL Roma 6	2.201	2	1100
ASL Latina	2.416	3	805
ASL Rieti	883	1	883
ASL Viterbo	1.585	4	396
ASL Frosinone	2.383	3	794
Totale	27.364	32	855

* n.c. non calcolabile

12.1.3 Offerta assistenziale: Residenze Sanitarie Assistenziali

Il numero delle RSA attive nella regione è pari a 141.

Elenco RSA regionali **

ASL	DISTRETTO MUNICIPIO	SOGGETTO EROGATORE	INDIRIZZO	Modulo per DCCG #
0201 - ROMA 1	14	VILLA CHIARA (POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO - RSA)	Via di Torrevecchia 578 - 00168 - ROMA	
0201 - ROMA 1	04	VILLA DOMELIA	Via Arbe, 1-3 - 00141 - ROMA	
0201 - ROMA 1	13	CdC Aurelia Hospital	Via Aurelia, 860 - ROMA	
0201 - ROMA 1	13	SANTA MARIA DELLA PROVVIDENZA (Centri di riabilitazione Sant'Agnese e Santa Maria Goretti - RSA Santa Francesca Romana)	via Casal del Marmo 401 - 00166 - ROMA	
0201 - ROMA 1	04	RSA SALUS	VIA PAOLO MONELLI 59 - 00137 - ROMA	
0201 - ROMA 1	01	Don Orione (già Centro Mutilatini)	Via della Camilluccia, 112 - 00135 - ROMA	
0201 - ROMA 1	14	VILLA VERDE	Via di Torrevecchia 250 - 00168 - ROMA	
0201 - ROMA 1	15	RSA SAN RAFFAELE FLAMINIA (già Villa Monica)	Via del Labaro 121 - 00188 - ROMA	
0201 - ROMA 1	19	VILLA GRAZIA RSA	VIA FRANCESCO CHERUBINI, 26 - 00135 - ROMA	SI
0201 - ROMA 1	13	Auxologico Roma Buon Pastore (già ANCELLE FRANCESCANE DEL BUON PASTORE)	Via di Vallelunga 8 - 00166 - ROMA	
0201 - ROMA 1	02	POLICLINICO ITALIA	Piazza del Campidano, 6 - 00172 - ROMA	

0201 - ROMA 1	13	VILLA AURORA	VIA MATTIA BATTISTINI 44/46 - 00167 - ROMA	
0201 - ROMA 1	14	SAN RAFFAELE MONTE MARIO	Via delle benedettine, 18 - ROMA	
0201 - ROMA 1	20	RSA SACRA FAMIGLIA	Largo Ottorino Respighi, 6 - 00135 - ROMA	
0201 - ROMA 1	18	RSA NOSTRA SIGNORA DEL SACRO CUORE DI ISSOUDUN	VIA CARDINAL PACCA, 16 - 00165 - ROMA	
0201 - ROMA 1	14	SANTA LUCIA DEI FONTANILI - RSA	Via Valle dei Fontanili 211 - 00168 - ROMA	
0201 - ROMA 1	17	RSA SAN GIUSEPPE + AMBULATORI	Via Bernardino Telesio 4 - 00195 - ROMA	
0201 - ROMA 1	03	RSA SANTA CHIARA	VIA DELLO SCALO DI SETTEBAGNI 77 - 00138 - ROMA	
0201 - ROMA 1	20	RSA "Anni Azzurri Parco di Veio" - (già RSA BARBARANO ROMANO)	Via Barbarano Romano 43 - 00189 - ROMA	
0201 - ROMA 1		RSA CITTÀ GIARDINO	Via Cimone 110	
0201 - ROMA 1	01	Nuovo Regina Margherita	Via Emilio Morosini, 30, 00153 Roma	
0202 - ROMA 2	05	RSA VILLA LUCIA	Via dei Pioppi, 6 - 00172 - ROMA	
0202 - ROMA 2	04	CASTELLO DELLA QUIETE	Via di Tor Cervara 112 - 00155 - ROMA	
0202 - ROMA 2	05	VILLA MENDICINI	Via degli Olmi 55 - 00172 - ROMA	SI

0202 - ROMA 2	07	VILLA FULVIA - RSA APPIA FELICE - HOSPICE	VIA APPIA NUOVA 901 - 00178 - ROMA	
0202 - ROMA 2	12	Villa Ardeatina	Via Mentore Maggini, 51	
0202 - ROMA 2	08	Istituto Romano di San Michele - RSA TOTI	P.zzale A.Tosti, 4 - 00147 - ROMA	
0202 - ROMA 2	06	CASA DI CURA OPERA MADONNA DIVINO AMORE SECONDA	Via Casilina 1835/F - 00132 - ROMA	
0202 - ROMA 2	07	SAN MICHELE ARCANGELO	VIA DEI SESTILI 18 - 00174 - ROMA	
0202 - ROMA 2	05	RSA ALESSANDRINO	Via delle Susine, 87 - 00172 - ROMA	
0202 - ROMA 2	10	RSA VILLA TUSCOLANA	CIRCONVALLAZIONE TUSCOLANA 16 - 00174 - ROMA	
0202 - ROMA 2	09	NEUROLOGICAL CENTRE OF LATIUM -ISTITUTO DI NEUROSCIENZE (già Nuova Clinica latina)	Via Patrica, 15 - 00177 - ROMA	
0202 - ROMA 2	08	RSA RESIDENZA MAGNOLIA	VIA MONTEPRANDONE, 65 - 00132 - ROMA	
0202 - ROMA 2	07	RSA LONGONI	Via Emilio Longoni, 69 - 00155 - ROMA	
0202 - ROMA 2	08	Medica Group	Via Federico Calabresi, 27 - ROMA	
0202 - ROMA 2	07	RSA "Residenza Raffaella"	Viale Lemonia n. 223- 227	
0203 - ROMA 3	12	VILLA MARIA IMMACOLATA	Via Del Casaletto 391/395 - 00155 - ROMA	

0203 - ROMA 3		VILLA ARMONIA NUOVA	VIA DEI BEVILACQUA 43	
0203 - ROMA 3	11	RSA VALLE DEI CASALI (già RSA CORVIALE)	Via dei Candiano, 70 - 00148 - ROMA	
0203 - ROMA 3	11	RSA VILLA GIULIA	Via delle Vigne 92 - 00148 - ROMA	
0203 - ROMA 3	13	VILLA DELLE MAGNOLIE	Via delle Vigne, 96 - 00148 - ROMA	
0203 - ROMA 3	11	RSA PARCO DELLE ROSE	Via Portuense, 746 (già VIA DI VILLA TROILI 9 - 00163) - 00148 - ROMA	
0203 - ROMA 3	15	CASA DI CURA VILLA GIUSEPPINA	Viale Prospero Colonna, 46 - 00149 - ROMA	SI
0203 - ROMA 3	10	MERRY HOUSE	via G. Beduschi 28 - 00126 - ROMA	
0203 - ROMA 3		Policlinico Luigi Di Liegro (già San Vincenzo, poi Policlinico Portuense)	Via dei Buonvisi, 50 - Roma	
0203 - ROMA 3	1	RSA VILLA CARLA	via Ippolito Salviani, 12 - 00054 - FIUMICINO	
0203 - ROMA 3	11	RSA EBRAICA	Via Portuense, 214-216 - 00149 - ROMA	
0203 - ROMA 3	11	Residenza "Olimpia"	Via Portuense, 746 - 00148 - ROMA	
0204 - ROMA 4	2	RSA SAN LUIGI GONZAGA	VIA AURELIA KM 41,3 - 00055 - LADISPOLI	
0204 - ROMA 4	3	RSA SAN RAFFAELE TREVIGNANO	Via della Rena 73 - 00069 - TREVIGNANO ROMANO	

0204 - ROMA 4	1	RSA BELLOSGUARDO	VIA DELLE BOCCELLE, 3/A - 00053 - CIVITAVECCHIA	
0204 - ROMA 4	1	ISTITUTO SANTO VOLTO (CDC e RSA)	Via Cesare Battisti, 7 - 00058 - SANTA MARINELLA	
0204 - ROMA 4	1	CASA DI CURA PRIVATA MADONNA DEL ROSARIO	Via Buonarroti 81 - 00053 - CIVITAVECCHIA	
0204 - ROMA 4	1	RSA OASI TABOR	Via S. Maria della Visitazione, 35 - 00058 - SANTA MARINELLA	
0204 - ROMA 4	4	RSA LIVIA TIBERINA	VIA MONTE MAJ 4 - 00060 - CASTELNUOVO DI PORTO	
0204 - ROMA 4	4	RSA FLAMINIA (già SORATTE)	VIA CAMPAGNANESE, 188 - 00067 - MORLUPO	SI
0204 - ROMA 4	3	LE QUERCE - CASA DEI NONNI	Via Casale delle Grazie, 4 - 00066 - MANZIANA	
0204 - ROMA 4	1	REGINA COELORUM	Via Cesare Battisti, 10 - 00058 - SANTA MARINELLA	
0204 - ROMA 4	1	Residenza Aurelia (già RSA SANTA MARINELLA)	Via Aurelia, 183 - 00058 - SANTA MARINELLA	
0204 - ROMA 4	1	RSA QUINTA STELLA	Via Gramsci, 1 - 00059 - TOLFA	
0204 - ROMA 4	1	Semiresidenziale Villa Adriana	Via Etruria, 19-23 - CIVITAVECCHIA	SI
0205 - ROMA 5	G3	VILLA LUANA	Via Tivoli 66 - 00010 - POLI	
0205 - ROMA 5	G3	VILLA LUANA	Via Tivoli 66 - 00010 - POLI	

0205 - ROMA 5	G6	RSA Aurora Hospital (Presidio 1)	Via S. Ambrogio, 1 - 00034 - COLLEFERRO	
0205 - ROMA 5	G4	RSA RIO OASI	Piazza Sebastiani Antonio, snc - 00020 - RIOFREDDO	
0205 - ROMA 5	G3	COLLE CESARANO RSA	Via Maremmana Inferiore Km 3,2 - 00010 - TIVOLI	
0205 - ROMA 5	G3	GLI ANNALI	Via degli Annali snc - 00020 - CINETO ROMANO	
0205 - ROMA 5	G3	Casa di cura Privata INI divisione MEDICUS (già MONTERIPOLI HOTEL)	P.le San Giovanni di Dio - 00019 - TIVOLI	
0205 - ROMA 5	G3	Casa di cura Privata INI divisione MEDICUS (già MONTERIPOLI HOTEL)	P.le San Giovanni di Dio - 00019 - TIVOLI	
0205 - ROMA 5	G1	NOMENTANA HOSPITAL	Largo Nicola Berloco, 1 (già Via Valle dei Corsi, 60) - 00013 - FONTENUOVA (Già Mentana)	
0205 - ROMA 5	G1	NOMENTANA HOSPITAL	Largo Nicola Berloco, 1 (già Via Valle dei Corsi, 60) - 00013 - FONTENUOVA (Già Mentana)	
0205 - ROMA 5	G2	IHG - RSA 1 GERIATRIA	Via Tiburtina, 188 - 00012 - GUIDONIA MONTECELIO	
0205 - ROMA 5	G2	IHG - RSA 2 DISABILITA'	Via Tiburtina, 188 - 00012 - GUIDONIA MONTECELIO	
0205 - ROMA 5	G2	IHG - RSA 3 GERIATRIA	Via Tiburtina, 188 - 00012 - GUIDONIA MONTECELIO	
0205 - ROMA 5	G4	RSA ICILIO GIORGIO MANCINI	Viale Icilio Giorgio Mancini 12 - 00020 - ARCINAZZO ROMANO	
0205 - ROMA 5	G5	FONDAZIONE TURATI (RSA e Centro di Riabilitazione)	Via Colle del Pero, 1/a- b-c - 00039 - ZAGAROLO	

0205 - ROMA 5	G2	IHG - RSA ESTENSIVA DCCG1	Via Tiburtina, 188 - 00012 - GUIDONIA MONTECELIO	SI
0205 - ROMA 5	G2	IHG - RSA ESTENSIVA DCCG2	Via Tiburtina, 188 - 00012 - GUIDONIA MONTECELIO	SI
0205 - ROMA 5	G2	IHG - RSA "DON UVA"	Via Tiburtina, 188 - 00012 - GUIDONIA MONTECELIO	
0205 - ROMA 5	G6	RSA Regina Pacis	Corso Garibaldi, n. 24-26 - 00034 - COLLEFERRO	
0205 - ROMA 5	G2	RSA "Maria Immacolata"	Piazza Roma 5 -NEROLA	
0205 - ROMA 5	G5	RSA La Melagrana (Ex Ospedale San Giovanni Battista)	Piazza Massimo D'Azeglio, 41, 00039 Zagarolo RM	
0206 - ROMA 6	6.3	Clinica Villa Nina	Via Nettunense Vecchia, 110 - 00040 - MARINO	
0206 - ROMA 6	6.2	MATER DEI	via dei villini 17 - 00040 - ARICCIA	
0206 - ROMA 6	6.2	VILLA DELLE QUERCE	via delle vigne 19 - 00040 - NEMI	
0206 - ROMA 6	6.2	VILLA DELLE QUERCE	via delle vigne 19 - 00040 - NEMI	
0206 - ROMA 6	6.6	CASA DEGLI ANGELI CUSTODI	Via Antonio Gramsci, 65 - 00048 - NETTUNO	
0206 - ROMA 6	6.6	RSA VILLA GAIA	Via Antonio Gramsci, 77 - 00048 - NETTUNO	
0206 - ROMA 6	6.6	LA TERESIANA	P.za Santa Teresa 6 - 00042 - ANZIO	

0206 - ROMA 6		Villa Delia	Via Oberdan 25	
0206 - ROMA 6	6.2	Istituto San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli	Via Fatebenefratelli 3 - 00045 - GENZANO DI ROMA	
0206 - ROMA 6	6.2	Istituto San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli	Via Fatebenefratelli 3 - 00045 - GENZANO DI ROMA	SI
0206 - ROMA 6	6.6	Villa dei Pini	via Casal di Brocco 19 - 00042 - ANZIO	
0206 - ROMA 6	6.1	Casa di Cura San Raffaele Rocca di Papa (già Madonna del tufo)	Via Ariccia, 16 - 00040 - ROCCA DI PAPA	
0206 - ROMA 6	6.1	SAN RAFFAELE MONTECOMPATRI	Via S. Silvestro 67 - 00040 - MONTECOMPATRI	
0206 - ROMA 6	6.3	RSA IL TETTO	VIA PIETRO NENNI, 12 - 00047 - MARINO	
0206 - ROMA 6	6.5	RSA IL PIGNETO	Via di Cori 18 - 00049 - VELLETRI	
0206 - ROMA 6	6.2	RSA SACRO CUORE	Via San Lorenzo, 12 - 00040 - LANUVIO	
0206 - ROMA 6	6.2	Centro Salus - RSA DCCG - ADI	Via Galloro, 12/14/16 - 00040 - ARICCIA	SI
0206 - ROMA 6	6.2	Centro Villa Ilaria - RSA - ADI	Via Galloro, 16/18 - 00040 - ARICCIA	
0206 - ROMA 6	6.6	Villa Linda	Indicazioni stradali Via Dei Gigli, 12, 00048 Nettuno	SI
109 - VITERBO	C	RSA L'ASSUNTA	Via dei Cappuccini, 1 - 01030 - BASSANO ROMANO	

109 - VITERBO	B	RSA VILLA BENEDETTA (già Cdc VILLA ARMONIA)	VIA S. BARBARA, 3 - 01100 - VITERBO	
109 - VITERBO	C	Casa di Cura Nepi - RSA S. RITA - HOSPICE MY LIFE (già Cdc S. Rita, poi Centro di Riabilitazione e Assistenza)	Via Cassia km 37.000 - 01036 - NEPI	
109 - VITERBO	B	VILLA ROSA (R.S.A., Hospice, Lab. Anal., Radiologia, Poliambulatorio) (già Hospice "Nostra Madre")	VIALE FRANCESCO BARACCA 21 - 01100 - VITERBO	
109 - VITERBO	C	RSA VILLA ANNA (già CDC FALERIA, poi RSA SORRENTINO)	Via Falisca, 21 - 01030 - FALERIA	
109 - VITERBO	B	RSA VITERBO (GIA' RSA GIOVANNI XXIII)	Viale Fiume, 112 - 01100 - VITERBO	
109 - VITERBO	B	MYOSOTIS - RSA	Via Verga snc - 01020 - BOMARZO	
109 - VITERBO	A	RSA PADRE LUIGI MONTI MONTEFIASCONE	Via Bertina, 15 - 01027 - MONTEFIASCONE	
109 - VITERBO	C	RESIDENZA CIMINA - RSA	Via dell'Ospedale 2 - 01030 - RONCIGLIONE	
109 - VITERBO	A	RSA VILLA SERENA	S.S. Cassia Km 103.000 - 01027 - MONTEFIASCONE	
109 - VITERBO	B	CASA DI CURA - COMPLESSO SOCIO SANITARIO E RIABILITATIVO VILLA IMMACOLATA (già Complesso Socio Sanitario ed Ospedaliero Villa Immacolata)	Strada Sammartinese 65/a - 01100 - VITERBO	
109 - VITERBO	A	RSA San Giuseppe	Via del Seminario 58 - 01021 - ACQUAPENDENTE	
110 - RIETI	1	RSA SANTA RUFINA	VIA SALARIA KM 91.800 - 02015 - CITTADUCALE	SI
110 - RIETI	2	RSA MONTE BUONO	via Maglianese 6 - 02040 - MONTEBUONO	

110 - RIETI	2	RSA CIRENE	Via Sant'Egidio. 26 - 02049 - TORRI IN SABINA	
110 - RIETI	1	RSA (San Raffaele) Borbona	Via Cagnano Amiterno, 2 - 02010 - BORBONA	
110 - RIETI	1	RSA "Città di Rieti"	Via Palmiro Togliatti, n. 20 - 02100 - RIETI	
111 - LATINA	1	Villa Silvana (Casa di Cura & Hospice)	Viale Europa 1/3 - 04011 - APRILIA	
111 - LATINA	1	Residenza Villa Carla RSA	Via Italia 1 - 04011 - APRILIA	
111 - LATINA	4	VILLA AZZURRA	Lungomare Matteotti 4 - 04019 - TERRACINA	
111 - LATINA	5	CENTRO RESIDENZIALE ANZIANI DOMUS AUREA	Via S. Sebastiano 8-10 Loc. Petrete - 04021 - CASTELFORTE	
111 - LATINA	2	RSA RESIDENZA PONTINA	VIA FRANCO FAGGIANA 1668 - 04100 - LATINA	
111 - LATINA	1	RSA SAN MICHELE HOSPITAL	Via Monticello, 6 - 04011 - APRILIA	
111 - LATINA	2	RSA SAN RAFFAELE SABAUDIA	Via Borgo Nuovo snc - Borgo San Donato - 04016 - SABAUDIA	
111 - LATINA	5	RSA MINTURNO POGGIO DUCALE	VIA DEGLI EROI - 04026 - MINTURNO	
111 - LATINA	1	RSA CORI	Loc. Valle Sugatti, 112 A/B - 04010 - CORI	SI
112 - FROSINONE	A	RSA SAN FRANCESCO	Via San Francesco Di Fuori, 14 - 03011 - ALATRI	

112 - FROSINONE	D	SAN RAFFAELE CASSINO - RSA & Hospice (già CENTER HOSPITAL)	Via Gaetano Di Biasio, 1 - 03043 - CASSINO	
112 - FROSINONE	D	RSA S. MARIA CASTROCELO	Via Indipendenza, 2 - 03030 - CASTROCELO	
112 - FROSINONE	B	Casa di cura INI divisione CITTÀ BIANCA	via Foiano, 4 - 03029 - VEROLI	
112 - FROSINONE	D	RSA MADONNA DELLE GRAZIE	VIA FARNETE 5 - 03037 - PONTECORVO	
112 - FROSINONE	D	VILLA DEGLI ULIVI RSA	Via Tascitara, 9 - 03049 - SANT'ELIA FIUMERAPIDO	
112 - FROSINONE	C	RSA San Camillo	via Valleradice - 03039 - SORA	
112 - FROSINONE	B	RSA CLINICA S. ANTONIO	Via Marittima 228 - 03100 - FROSINONE	
112 - FROSINONE	C	SALUS BROCCOSTELLA (CONFLUITA A ISOLA LIRI)	Via Aurita, 4 - 03030 - BROCCOSTELLA	
112 - FROSINONE	D	RSA SAN GERMANO	VIALE MARCONI, 10 - 03030 - PIEDIMONTE SAN GERMANO	SI
112 - FROSINONE	C	SALUS ISOLA LIRI - RSA BROCCOSTELLA - RSA	VIA VALCATOIO, 20 - 03036 - ISOLA DEL LIRI	
112 - FROSINONE	A	SANT'ELISABETTA RSA	via Guglielmo Marconi 1 - 03014 - FIUGGI	
112 - FROSINONE	B	RSA VILLA LETIZIA	S.S.156 MONTE LEPINI KM 11,300 - 03010 - PATRICA	SI
112 - FROSINONE	A	RSA SANT'ELISABETTA 2	Via Vecchia Fiuggi, 209 - 03014 - FIUGGI	

***Fonte: Area Autorizzazione, Accreditamento e Controlli della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio.*

Viene riportato in tabella 10 il numero medio di pazienti con demenza severa che rappresentano il potenziale bacino di utenza delle RSA, per singola ASL.

Tabella 10. Offerta assistenziale delle RSA per pazienti con demenza grave

ASL	n° pazienti	RSA	Pazienti/RSA
ASL Roma 1	4.912	21	234
ASL Roma 2	5.585	15	372
ASL Roma 3	2.542	12	212
ASL Roma 4	1.149	13	88
ASL Roma 5	1.720	21	82
ASL Roma 6	1.956	19	103
ASL Latina	2.148	9	239
ASL Rieti	785	5	157
ASL Viterbo	1.409	12	117
ASL Frosinone	2.118	14	151
Totale	24.324	141	173

12.2 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.

CUR	descrizione prestazione	BRANCA
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