#### Sistema Socio Sanitario



#### Agenzia di Tutela della Salute di Brescia Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - www.ats-brescia.it - <u>informa@ats-brescia.it</u>
Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it
Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 534

del 23/12/2016

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Approvazione di nuovi Percorsi, Accordi e Protocolli per la presa in

carico integrata di pazienti cronici e fragili.

Il DIRETTORE GENERALE - Dr. Carmelo Scarcella nominato con D.G.R. X/4615 del 19.12.2015

Acquisiti i *pareri* del DIRETTORE SANITARIO e del DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr. Fabrizio Speziani

Dott.ssa Teresa Foini



\_\_\_\_\_\_

#### IL DIRETTORE GENERALE

#### Viste:

- la Legge Regionale n. 23 del 11.08.2015, ad oggetto: "Evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo. Modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di Sanità)", come modificata dalla L. R. n. 41 del 22.12.2015;
- la D.G.R. n. X/4468 del 10.12.2015, ad oggetto: "Attuazione L. R. 23/2015: costituzione Agenzia di Tutela della Salute (A.T.S.) di Brescia" e s.m.i.;

#### Viste:

- la Deliberazione Regionale n. X/4702 del 29.12.2015, ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2016";
- la D.G.R. n. X/5514 del 02.08.2016, ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e AREU relativa definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2016";
- il Decreto n. 9607 del 03.10.2016, ad oggetto: "D.G.R. 5514/2016 Definizione indicatori di dettaglio in relazione agli obiettivi aziendali 2016";
- il Decreto D.G. n. 358 del 07.09.2016 ad oggetto: "Definizione e assegnazione alla Direzione Strategica degli obiettivi per l'anno 2016" obiettivo strategico "tempi di attesa – implementazione di percorsi dedicati ai pazienti cronici con contestuale miglioramento dell'accessibilità per le patologie acute";

Considerato che la succitata L.R. n. 23/2015 ha costituito nuovi soggetti giuridici denominati Agenzie per la Tutela della Salute (ATS) e Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) subentrati rispettivamente alle Aziende Sanitarie Locali ed alle Aziende Ospedaliere, con ridefinizione dei ruoli e delle competenze in un'ottica di integrazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria con quella sociale ed attribuzione ad ATS la funzione di governo della presa in carico e dei percorsi assistenziali attraverso la definizione di criteri e modalità;

<u>Atteso</u> che al fine di garantire equità ed omogeneità di comportamenti in tutto il territorio di ATS, sono state condotte iniziative finalizzate a perfezionare, definire e aggiornare nuovi percorsi, accordi e protocolli;

<u>Ritenuto</u>, in considerazione di quanto sopra esposto, di procedere all'approvazione dei percorsi, accordi e protocolli come di seguito specificati:

- 1) Percorso Codice Argento per la gestione del paziente anziano che accede in pronto Soccorso (Allegato A composto da n. 10 pagine);
- 2) Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale decadimento cognitivo/demenza (Allegato B composto da n. 65 pagine);
- 3) Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per la gestione integrata di pazienti affetti da sclerosi multipla (Allegato C composto da n. 36 pagine);
- 4) Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente con disturbi alcologici (Allegato D composto da n. 32 pagine);
- 5) Accordo di collaborazione per le dimissioni e ammissioni protette Ospedaleterritorio (Allegato E composto da n. 11 pagine, integrato dai documenti "Scheda di segnalazione per dimissione protetta" allegato n. 1 composto da n. 1 pagina, "Scheda di segnalazione all'equipe di valutazione multidimensionale" allegato n. 2 composto da n. 2 pagine, "Scheda di segnalazione per ammissione protetta" allegato n. 3 composto da n. 1 pagina, "Criteri e modalità per l'accesso a posti tecnici sub acuti" allegato n. 4 composto da n. 1 pagina e "Scheda unica di invio e valutazione per ricovero in unità di cure intermedie" allegato n. 5 composto da n. 9 pagine);



6) Protocollo di dimissione del paziente dializzato (Allegato F composto da n. 10 pagine).

<u>Considerato</u> che i percorsi, accordi e protocolli sono stati condivisi nell'incontro del 19 dicembre, con i Direttori Sanitari e Sociosanitari delle ASST e con i Direttori Sanitari delle Strutture di Ricovero e cura private accreditate e nell'incontro del 21 dicembre con il Comitato Aziendale dei Medici di Medicina Generale;

<u>Vista</u> la proposta del Direttore Sociosanitario, Dr.ssa Annamaria Indelicato, che attesta in qualità di responsabile del procedimento la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;

<u>Dato atto</u> che il parere di competenza del Direttore Sociosanitario è assorbito nella funzione esercitata dal medesimo in qualità di proponente;

<u>Acquisiti</u> i pareri del Direttore Sanitario, Dr. Fabrizio Speziani e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Teresa Foini che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

#### DECRETA

- a) di approvare per le motivazioni sopra esposte i percorsi, accordi e protocolli come di seguito specificati:
  - 1) Percorso Codice Argento per la gestione del paziente anziano che accede in pronto Soccorso (Allegato A composto da n. 10 pagine);
  - 2) Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale decadimento cognitivo/demenza (Allegato B composto da n. 65 pagine);
  - 3) Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per la gestione integrata di pazienti affetti da sclerosi multipla (Allegato C composto da n. 36 pagine);
  - 4) Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente con disturbi alcologici (Allegato D composto da n. 32 pagine);
  - 5) Accordo di collaborazione per le dimissioni e ammissioni protette Ospedaleterritorio (Allegato E composto da n. 11 pagine, integrato dai documenti "Scheda di segnalazione per dimissione protetta" allegato n. 1 composto da n. 1 pagina, "Scheda di segnalazione all'equipe di valutazione multidimensionale" allegato n. 2 composto da n. 2 pagine, "Scheda di segnalazione per ammissione protetta" allegato n. 3 composto da n. 1 pagina, "Criteri e modalità per l'accesso a posti tecnici sub acuti" allegato n. 4 composto da n. 1 pagina e "Scheda unica di invio e valutazione per ricovero in unità di cure intermedie" allegato n. 5 composto da n. 9 pagine);
  - 6) Protocollo di dimissione del paziente dializzato (Allegato F composto da n. 10 pagine).
- b) di demandare ogni conseguente adempimento, anche in riferimento all'attuazione dei contenuti dei percorsi, accordi e protocolli succitati ai Direttori dei Dipartimenti PIPSS e Cure Primarie per quanto di rispettiva competenza;
- c) di dare atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- d) di provvedere alla pubblicazione dei suddetti percorsi, accordi e protocolli sul sito www.ats-brescia.it nella sezione Operatori > Medici delle strutture > Strumenti Professionali per Medici delle Strutture;
- e) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale in conformità ai contenuti dell'art.3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i e dell'art.12, comma 12, della L.R. n. 33/2009;
- f) di disporre, a cura della U.O. Affari Generali, la pubblicazione all'Albo on-line sezione Pubblicità legale ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, e

#### Sistema Socio Sanitario



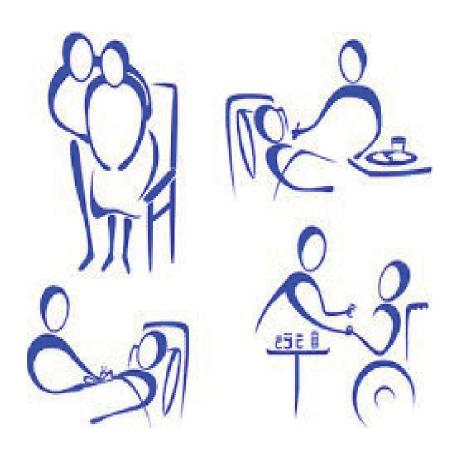
\_\_\_\_\_

dell'art. 32 della L. n. 69/2009, ed in conformità al D.Lgs. n. 196/2003 e secondo le modalità stabilite dalle relative specifiche tecniche.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale Dr. Carmelo Scarcella Sistema Socio Sanitario



# PERCORSO CODICE ARGENTO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO CHE ACCEDE IN PRONTO SOCCORSO



dicembre 2016

#### **Composizione Gruppo di Lavoro**

**Coordinatore Tavolo:** 

Dr.ssa Annamaria Indelicato Direttore Sociosanitario ATS Brescia

**COMPONENTI ATS:** 

Dr. Michele Magoni Responsabile U.O. Osservatorio

**Territoriale** 

**COMPONENTI ALTRI ENTI:** 

Prof. Giuseppe Romanelli ASST Spedali Civili di Brescia

**Dr. Gianfranco Campagnari ASST Franciacorta** 

Dr. Francesco Nardin ASST Garda

Dr. Renzo Rozzini Fondazione Poliambulanza

Dr.ssa Paola Pigozzi Casa di Cura San Camillo

Dr. Bianchetti Angelo I.C. S. Anna, I.C. S. Rocco, I.C. Città di

Brescia

Dr. Marco Trabucchi Gruppo di Ricerca Geriatrica

#### Premessa - quadro epidemiologico

Il problema del ricovero in ospedale del paziente anziano affetto da malattia acuta è divenuto uno degli aspetti più rilevanti dell'utilizzo dei servizi sanitari. L'ospedale rappresenta la risposta più adatta ai bisogni di salute del paziente anziano in caso di eventi acuti; va precisato che, a fronte dell'evidenza degli effetti negativi della ospedalizzazione sugli anziani, negli ultimi anni si è osservato un maggiore ricorso all'ospedale, in particolare ai servizi specialistici ad alta intensità tecnologica.

Nel 2015, nel territorio dell'ex ASL di Brescia ora ATS, il numero dei ricoveri degli ultrasessantacinquenni è stato del 44.9% del totale (77.420 su 172.420), per 740.000 giornate di degenza (61.7% del totale) con un corrispettivo utilizzo del 56.4% delle risorse.

I dati disponibili evidenziano un'elevata progressiva afferenza dei pazienti anziani al PS, con necessità di interventi medici o chirurgici acuti, spesso ad elevata tecnologia, quali il ricovero in terapia intensiva polifunzionale (TIP). Il tasso di ricovero aumenta in modo direttamente proporzionale con l'aumentare dell'età superando il 60% nei maschi ed il 40% nelle femmine ultraottantenni.

Secondo le rilevazioni di ATS Brescia, negli ultimi 5 anni si è osservato un incremento del ricorso al pronto soccorso sia per numero di persone che di accessi totali, passando da 61.468 persone nel 2011 a 68.206 nel 2015; da 99.602 accessi nel 2011 a 111.911 nel 2015 (con prevalenza del sesso femminile). Anche la modalità di accesso mediante ambulanza rispetto ai mezzi propri aumenta con l'aumentare dell'età, come pure la gravità del codice di triage e la relativa appropriatezza.

Da uno studio effettuato in Italia emerge che il 21% delle persone che afferiscono al PS presenta un'età superiore ai 65 anni. Tra i pazienti afferiti, la percentuale di coloro che vengono ricoverati aumenta con l'età: va dall'11% di chi ha meno di 65 anni, al 56% degli ultranovantenni.

Un altro studio, effettuato nel Nord Italia, ha evidenziato che negli ultraottantenni che giungono in PS più dell'80% è rappresentato da malati di demenza, dei quali il 30% da demenza severa, ed il 20% da forme moderate di malattia (pazienti seguiti al domicilio da un supporto informale). Per il 43% i pazienti vengono valutati per una patologia somatica acuta, mentre il 33% per una malattia somatica cronica scompensata.

I dati sono confermati anche in ATS Brescia: con l'aumentare dell'età aumenta la percentuale dei pazienti che viene ricoverata in ospedale dopo l'accesso in PS, percentuale che dopo i novant'anni supera il 50%.

La maggior parte dei pazienti ricoverati dal PS nei reparti medici è ultrasessantacinquenne (60%), mentre rappresenta il 25% nei reparti chirurgici; inoltre il 6% dei pazienti afferiti al PS e ricoverati è affetto da demenza di grado severo.

Va precisato che il malato anziano fragile che arriva al PS viene spesso ricoverato in quanto la gravità della sua patologia somatica acuta necessita di un trattamento ospedaliero, come è dimostrato dal valore più elevato del DRG medio degli anziani rispetto ai giovani. Inoltre, per la gravità di patologia, anche la durata della degenza si protrae maggiormente rispetto al giovane; sono gli ultraottantenni che rimangono più a lungo ricoverati, per la necessità di maggiore intensità di cura rispetto ai giovani; inoltre, in ragione delle maggior gravità e dalla complessità clinica è maggiore la durata della degenza dei maschi rispetto a quella delle femmine.

Le patologie che più frequentemente spingono l'anziano a chiedere il ricovero sono cardiovascolari (scompenso cardiaco), dell'apparato respiratorio (infezione delle basse vie respiratorie, riacutizzazione di bronchite cronica), le neoplasie, le malattie neurologiche (vasculopatia cerebrali acute, alterazioni dello stato di coscienza). Per queste patologie, la cui terapia si fonda necessariamente sulla definizione strumentale di parametri specifici, è difficile immaginare un trattamento extra ospedaliero. Il ricovero rimane infatti indispensabile quando la criticità del paziente impone cure intensive non gestibili al domicilio, sia perché si richiedono interventi di diagnostica strumentale, sia perché è necessaria la presenza costante dei sanitari, motivata da una possibile rapida e mutevole evoluzione del quadro clinico che comporta scelte terapeutiche immediate. La demenza complica la gestione delle patologie croniche, compromettendo l'abilità dei pazienti di percepire la presenza di un malfunzionamento incipiente, di rilevare la severità della malattia, di riportare accuratamente i sintomi, di seguire con attenzione le prescrizioni mediche.

Altre patologie che determinano l'arrivo al PS sono rappresentate da emergenze cliniche che richiedono un differente livello di intervento: talora meno tecnologico e più clinico (disidratazione, delirium, infezioni delle vie urinarie, subocclusione intestinale), altre volte più specifico (insufficienza respiratoria acuta da infezione delle vie aeree, infarto miocardio acuto). Infine, in alcuni casi il paziente affetto da demenza viene inviato al PS per problemi clinici legati ad una gestione domiciliare non

corretta: sedazione da eccesso di terapia psicofarmacologica, effetti collaterali da farmaci (ipotensione iatrogena, ipoglicemia iatrogena). In questi casi una attenta anamnesi clinica e farmacologica è lo strumento, a bassa tecnologia, ma legato ad una buona prassi clinica, che permette di giungere rapidamente alla diagnosi ed alla soluzione del problema.

Gli studi finora effettuati dipingono uno scenario che merita attenzione specifica: un elevato numero di pazienti anziani, e tra questi un'alta percentuale di malati di demenza, afferiscono ad una struttura storicamente preparata per la gestione dell'acuzie nel giovane; lo scenario futuro deve necessariamente modificarsi, poiché il numero di pazienti con queste caratteristiche storiche tende a diminuire nel tempo.

#### Il percorso dal PS al ricovero ospedaliero

Quando i pazienti anziani fragili afferiscono al pronto soccorso per problemi di salute fisica o per l'accentuazione dei disturbi cognitivi o comportamentali, l'aspetto fondamentale è rappresentato dal rilevare e comprendere la reale necessità ed utilità di un ricovero ospedaliero, ovvero, se il problema per cui si è presentato al PS è risolvibile nello stesso pronto soccorso, oppure se diventa necessario un ricovero in ospedale per diagnosi e cura. In alcuni casi sintomi aspecifici (confusione, agitazione, ansia, o al contrario apatia e sopore) possono rappresentare l'esordio di una patologia somatica acuta (infezione polmonare, scompenso cardiaco acuto, infarto miocardio acuto, fratture) che richiede l'ospedalizzazione. In questo caso la capacità diagnostica, clinica, strumentale e del personale del PS permette di giungere ad un orientamento di patologia che "deve essere trattata" in ospedale. Talora, al contrario, dalla valutazione clinica e strumentale effettuata in PS non emergono condizioni cliniche tali da richiedere l'ospedalizzazione, l'accentuazione dei disturbi del comportamento, infatti, può conseguire a problemi clinici risolvibili con adeguata terapia anche domiciliare, una volta giunti alla diagnosi.

Quando la valutazione clinica e strumentale, associata ad un accurato assessment cognitivo e funzionale, rilevano la presenza di problemi clinici "minori", questi possono venire risolti direttamente in PS, con trattamento del paziente in loco (terapia antidolorifica, antibiotico terapia orale, ecc.) e suo rientro al domicilio, oppure nella Residenza Sanitaria Assistenziale di provenienza.

La funzione di "filtro" del PS diventa pertanto fondamentale soprattutto quando viene effettuata nei confronti dei malati affetti da decadimento cognitivo.

Tale funzione, esercitata secondo criteri condivisi, favorisce un approccio adeguato al paziente, anche quando complesso e di difficile gestione, come nel caso delle demenze.

Anche i pazienti con patologie croniche sono degni della miglior attenzione possibile, per una valutazione globale che non trascuri il reale problema clinico.

All'interno del PS andrebbero individuati spazi dedicati alle persone anziane, in particolare a quelle affette da demenza che possono venire particolarmente disturbate e condizionate dagli elementi tipici di un luogo di emergenza: affollamento, comportamenti ansiogeni e di tensione, tempi di attesa, ecc.

#### La classificazione della fragilità

In questo contesto nasce il progetto "Codice argento"; la finalità è quella della precoce individuazione del paziente anziano fragile per favorire la riduzione dei tempi di attesa in PS, il suo rientro al domicilio, quando il ricovero non è necessario, od il suo accompagnamento durante il ricovero ospedaliero, per favorirne la successiva dimissione protetta.

Il "codice argento" infatti costituisce priorità d'accesso, a parità di codice, per il paziente fragile al fine di costruire un percorso di presa in cura dedicato.

Alcuni studi hanno identificato indicatori di fragilità rilevabili già al triage in PS: si tratta di dati clinici e demografici attraverso i quali si individuano i pazienti più vulnerabili classificandoli con un codice specifico, che li accompagnerà per l'intero ricovero.

L'Osservatorio Epidemiologico di ATS Brescia ha recentemente elaborato un'anagrafe della fragilità, con l'obiettivo di identificare nel modo più preciso la popolazione fragile graduando il rischio di outcome sfavorevole che i soggetti hanno nell'anno o nei mesi successivi alla classificazione. Tale classificazione è basata su database correnti disponibili; la metodologia è stata testata sui dati degli anni passati, al fine di valutarne il valore predittivo ed apportare adeguate correzioni. Partendo da alcuni modelli della letteratura, sono stati identificati per ogni assistito in carico all'ex ASL di Brescia negli anni 2013 e 2014 i principali fattori di rischio predittivi per un decesso nell'anno successivo; tali fattori (n=30) includono variabili demografiche, sociali, cliniche e di uso dei servizi sanitari e sociali ricavabili dai dati correnti disponibili presso ATS Brescia. La principale variabile di esito, la morte nell'anno successivo, è stata analizzata con un modello multivariato di regressione logistica in relazione ai suddetti fattori di rischio ed i relativi odds ratio. Sulla base di questa analisi e con la

finalità di individuare un indice costituito da un numero inferiore di variabili di rischio, sono state selezionate variabili specifiche e di sintesi per il paziente anziano che considerassero età, lo stato mentale, funzionale e il bisogno sociale).

La tabella 1 descrive l'associazione tra fattori di rischio nella popolazioni di cittadini residenti nell'ATS di Brescia (n. 1.174.365) nel 2015 e vivi al 31/12/2015 e mortalità negli 8 mesi successivi (gennaio-agosto2016: n.=6.341 deceduti, fonte NAR), indicando i principali fattori di rischio.

Tabella 1. Associazione tra fattori di rischio nella popolazioni di cittadini residenti nell'ATS di Brescia (n. 1.174.365) nel 2015 e vivi al 31/12/2015 e mortalità negli 8 mesi successivi (gennaio-agosto2016: n.=6.341 deceduti fonte NAR)

	casi/eventi	OR (95% CI)	p value
-Età: 75+	119.729/1.174.365 (10,2%)	8,5 (7,9-9,1)	<0,0001
-Sesso maschile	578.617 (49,3%)	1,6 (1.6-1.8)	<0,0001
-Invalidità	92.707 (7,9%)	4,1 (3,8-4,4)	<0,0001
-PIC-SSS: 1+	24.906 (2,1%)	3,1 (2,9-3,3)	<0,0001
-Ricovero ospedaliero ≥1	52.788 (4,5%)	2,9 (2,7-3,2)	<0,0001
-Demenza	17.993 (1,5%)	1,4 (1,3-1,5)	<0,0001
-Accessi PS ≥1	273.136 (23,3%)	1,3 (1,2-1,4)	<0,0001

#### R2=0,30

Fonte per: Età e sesso: anagrafica; PS: dati PS; Ricovero ospedaliero: SDO; Invalidità: Esenzioni; Demenze: SDO; esenzioni, SOSIA, SISA, VIVIDI, farmaceutica, piani terapeutici; Presa in carico Servizi Socio Sanitari (PIC-SSS): RSA, ADI, altri (SOSIA, SISA, VIVIDI)

Partendo da questi dati è stata realizzata una griglia di valutazione della fragilità composta da 6 variabili dicotomiche, facilmente indagabili età, demenza, disabilità, accesso PS, ricovero ospedaliero, presa in carico dei servizi socio-sanitari, la cui rilevazione richiede poco tempo (tabella 2). Per la definizione di deterioramento cognitivo-demenza viene utilizzata la domanda delle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) con maggior attinenza alla sfera della salute (uso dei medicinali).

Nella classificazione della gravità della demenza secondo la Clinical Dementia Rating Scale (CDR) la compromissione della funzione "prendere farmaci" equivale al punteggio di compromissione moderata o più che moderata; tale variabile può essere sostituita o supportata da altre più specifiche quali la diagnosi accertata di demenza, (visite o CDCD, piani terapeutici, ecc.). Per quanto riguarda la disabilità viene utilizzata la funzione motoria la cui compromissione comporta un'attenzione assistenziale specifica già in PS.

La griglia, somministrata ad ogni paziente anziano al momento dell'accesso al Triage del PS da parte dell'infermiere dedicato, permette di definire un nuovo codice "Codice argento" che identifica la fragilità dell'anziano qualora il punteggio ottenuto sia  $\geq 3$  (tabella 2).

La griglia, identificando il paziente fragile, consente allo staff del PS una presa in carico mirata, sia per quanto riguarda i percorsi diagnostici-assistenziali differenziati (tempo di attesa), sia per quanto attiene alla specificità clinica (aiuta il medico a identificare i pazienti fragili, bisognosi di cure più attente e mirate prima di un work-up diagnostico o di un trattamento secondo la prassi clinica).

Lo strumento permette altresì di effettuare confronti orizzontali (tra ospedali) e verticali (nel tempo) e di valutare gli eventuali benefici, risk-adjusted, di un ricovero in reparto dedicati (o che abbiano una specifica vocazione geriatrica).

Tabella 2. Codice argento: griglia di valutazione delle variabili associate alla fragilità dell'anziano

		No=0	Si=1
1	Ha compiuto 75 anni?		
2	Ha avuto un accesso in PS negli ultimi sei mesi?		
3	È stato ricoverato in ospedale negli ultimi sei mesi?		
4	Ha bisogno di qualcuno che gli prepari o somministri le medicine?		
5	Ha bisogno di una persona che l'aiuti ad alzarsi dal letto o camminare?		
6	È seguito dai servizi socio assistenziali (Centro diurno, casa protetta, RSA, SAD, ADI)		
	Totale		
	Codice argento punteggio totale ≥3		

È dimostrato che con l'aumentare dell'età, un'elevata percentuale di pazienti molto "vecchi", fra cui in particolare quelli affetti da demenza, viene ricoverata per esigenze cliniche che non possono trovare altrove le risposte sanitarie. Il vero problema è rappresentato dall'appropriatezza dei percorsi di cura che devono essere finalizzati a commisurare l'intensità diagnostica e terapeutica con gli outcome attesi: ad ogni paziente fragile deve essere fornito il massimo della cura utile alla sua sopravvivenza in condizioni di minor disabilità e dipendenza, di minor dolore e sofferenza.

L'ospedale ed il personale del PS, in genere, non sono adeguatamente formati a fronteggiare le continue (e progressivamente crescenti nel tempo) richieste di cura da parte della popolazione anziana fragile, indipendentemente dalla gravità delle condizioni cliniche. Infatti, con l'aumentare dell'età aumenta anche la complessità clinica dei malati che afferiscono all'ospedale.

Lo scenario futuro dovrà prevedere un piano di specifica formazione -teorica e pratica per tutto il personale sanitario che lavora in un ospedale per acuti, al fine di preparare operatori sia a gestire l'urgenza del giovane e dell'adulto, sia a saper riconoscere i quadri clinici, spesso atipici, delle patologie acute del paziente fragile.

Inoltre fondamentale è la pianificazione e realizzazione di percorsi formativi per sostenere il personale del PS nell'adozione di un approccio più adeguato anche in queste situazioni, in particolare venga preparato alla valutazione ed alla pianificazione dell'intervento sul paziente anziano fragile.

L'identificazione tempestiva, già in PS, di un codice in grado di misurare la fragilità del paziente favorisce attenzioni e percorsi di cura dedicati in questo senso; favorisce cioè la nascita di una clinica della fragilità sintonica con la nuova domanda demografica.

#### **INDICATORI**

- **1. Percentuale accessi con codice argento:** N° accessi in PS con assegnato codice argento /N° totale accessi al PS.
- 2. Percentuale accessi con codice argento di anziani: N° accessi in PS di persone anziane-(>=75 anni) con codice argento/ N° accessi di persone anziane al PS.

- **3.** Tempi di presa in carico al PS per anziani con codice argento: minuti dal triage alla visita medica (indicare media e mediana).
- **4. Tempi di presa in carico al PS di anziani senza codice argento:** minuti dal triage alla visita medica (indicare media e mediana).
- **5. Tempi di dimissione per pz anziani con codice argento:** minuti dal triage alla dimissione (indicare media e mediana).
- **6. Tempi di dimissione per pz anziani senza codice argento:** minuti dal triage alla dimissione (indicare media e mediana).
- 7. Percentuale persone anziane con codice argento che vengono ricoverate in seguito ad accesso al PS: N° persone anziane con codice argento che vengono ricoverate in seguito ad accesso al PS/N° di persone anziane che accedono al PS.
- **8.** Percentuale persone anziane senza codice argento che vengono ricoverate in seguito ad accesso al PS: N° persone anziane senza codice argento che vengono ricoverate in seguito ad accesso al PS/N° di persone anziane che accedono al PS.
- 9. Rapporto tra percentuale di ricoverati di anziani con e senza codice argento: indicatore-7/indicatore-8.

Gli indicatori verranno monitorati dalle strutture e inviati trimestralmente alla Direzione Sociosanitaria e al Dipartimento PAAPSS. Le strutture provvederanno anche a inviare annualmente una relazione consuntiva.

#### **Tempi**

La sperimentazione degli indicatori di valutazione delle variabili associate alla fragilità dell'anziano (tabella 2), ha una validità annuale nel 2017, al fine di monitorarne l'efficacia della capacità di identificazione dell'anziano fragile che accede al PS e che possa beneficiare del codice argento.

#### Sistema Socio Sanitario



## PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE DECADIMENTO COGNITIVO/DEMENZA





3° edizione dicembre 2016

(precedenti 2011 – 2013)

#### Direzione Sociosanitaria Direttore dr.ssa Annamaria Indelicato

## **Dipartimento PIPSS Dott.ssa Fausta Podavitte**

Hanno partecipato alla redazione del PDTA

Coordinatore Gruppo di Lavoro: Dott.ssa Fausta Podavitte

Dr. Bargnani Cesare	Istituto Clinico S. Rocco – Ome Responsabile CDCD
Dr. Bianchetti Angelo	Istituto Clinico S. Anna Responsabile CDCD
Dr. Boffelli Stefano	Fondazione Poliambulanza Rappresentante CDCD
Dr. Brianza Marco	Rappresentante MMG
Dr. Carabellese Corrado	Medico RSA - Rappresentante UNEBA
Dr. Di Fazio Ignazio	Ospedale e Casa di Riposo Richiedei
Dr.ssa Facchi Emanuela	CDCD – Palazzolo s/O
Dr. Montanari Stefano	ASST della Franciacorta Responsabile CDCD Chiari
Prof. Padovani Alessandro	ASST SPEDALI CIVILI di Brescia Università degli Studi di Brescia
Dr. Rozzini Luca	ASST SPEDALI CIVILI di Brescia Responsabile CDCD
Dr. Rozzini Renzo	Fondazione Poliambulanza Responsabile CDCD
Dr. Saviotti Francesco Maria	ASST del Garda Responsabile CDCD
Dr. Tabaglio Erminio	Rappresentante MMG
Prof. Trabucchi Marco	Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia
Dr. Vollaro Stefano	Istituto Clinico Città di Brescia Rappresentante CDCD
Dr. Zanetti Orazio	IRCSS Centro S. Giovanni di Dio
Dr.ssa Geroldi Cristina	CDCD

#### INDICE

PREMESSA	PAG. 4
PDTA FRA CONTINUITA' ED AGGIORNAMENTO	PAG. 5
LE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA NEL TERRITORIO ATS BRESCIA	PAG. 6
FASI DI PARTICOLARE RILIEVO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE	PAG. 6
PERCORSO TIPO E COMPETENZE Fase pre-diagnostica, prima verifica ed eventuale invio al CDCD Modalità di invio ai CDCD - Percorso dedicato agli specialisti invianti da UO Strutture di Ricovero e Cura per soggetti ospedalizzati Conferma diagnostica, diagnosi differenziale ed eventuale avvio del trattamento Fase post-diagnostica e di follow-up	PAG. 7
GESTIONE STRUMENTI NUOVI PER DIAGNOSI PRECOCE Consulenza genetica Rendicontazione prestazioni ambulatoriali – Visita multidisciplinare CDCD	PAG. 10
CRITERI PER IL TRATTAMENTO CON FARMACI ANTICOLINESTERASICI Avvio del trattamento: criteri di scelta Valutazione di tollerabilità ed efficacia Utilizzo della memantina	PAG. 12
INVIO PER VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE AI FINI DELL' ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI Rapporto CDCD – Medici RSA/RSD	PAG. 13
GESTIONE DISTURBI COMPORTAMENTALI Trattamento dei disturbi comportamentali (BPSD) nelle demenze: percorso terapeutico	PAG. 14
CERTIFICAZIONE PER LA VALUTAZIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA AI FINI DELL'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE	PAG. 15
I SERVIZI DELLA RETE TERRITORIALE Centri per i disturbi cognitivi e demenze (CDCD)	PAG. 16
SERVIZI CONSOLIDATI I servizi comunali a supporto della domiciliarità	PAG. 17
LE CURE INTERMEDIE Profilo 5 – Demenze Requisiti di accreditamento Alcuni esiti preliminari	PAG. 19
INNOVAZIONE REGIONALE E SPERIMENTAZIONI LOCALI Misura 4 - RSA Aperta Comunità Residenziali per persone con decadimento cognitivo/demenza lieve	PAG. 20

LA VALORIZZAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE BANCHE DATI	PAG. 22
IL PAZIENTE CON DEMENZA IN PRONTO SOCCORSO	PAG. 23
PROTEZIONE GIURIDICA	PAG. 25
MODALITÀ DI DIFFUSIONE ED ATTUAZIONE DEL PDTA	PAG. 27

Iniziative a supporto del caregiver: Scuola di Assistenza Familiare

#### **PREMESSA**

La terza edizione del PDTA dedicato alle demenze viene elaborata a distanza di cinque anni dalla sua prima edizione e tre dal primo aggiornamento.

Scaturisce innanzitutto dall'impegno assunto a mantenerne aggiornati i contenuti, al passo con le novità intervenute nei vari ambiti di intervento.

La versione 2016 è motivata inoltre dalla necessità di tenere in considerazione sia il Piano Nazionale per le Demenze (2014), sia la riforma sanitaria regionale (L.R. 23/2015).

Il primo ha definito le strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze.

L'obiettivo principale del Piano riguarda la creazione di una rete integrata per le demenze per una gestione coordinata del paziente e della sua famiglia. Al fine di garantire modalità omogenee di assistenza, ricomprende fra le varie azioni la costruzione, condivisione e implementazione di percorsi di cura, meglio declinati in un percorso diagnostico terapeutico-assistenziale, che assicuri tale modalità di gestione, migliorando la qualità delle cure e riducendo ritardi e frammentazione nell'erogazione dei trattamenti appropriati.

Pertanto, il Piano Nazionale conferma la validità del percorso intrapreso da anni dall'ex ASL di Brescia, oggi proseguito da ATS, in collaborazione stretta con gli specialisti del settore e altri attori che operano in tale ambito.

Il Piano Nazionale propone, inoltre, la ridenominazione delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), nate con il Progetto Cronos nel 2000, in "Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze" (CDCD), al fine di sottolineare l'esplicitazione della presa in carico della persona affetta da disturbi cognitivi e/o da demenza. Anche in questo caso la scelta nazionale risulta perfettamente in linea con la visione locale sancita già con la prima edizione del PDTA dedicato al decadimento cognitivo e non solo alle demenze. Nel territorio di ATS era già stata effettuata nel 2010 la scelta di ridenominare le UVA in ASTD (Ambulatorio Specialistico Territoriale Dedicato) e CD (Centro per le Demenze) di secondo livello, come da proposta di Regione Lombardia; scelta volta a valorizzare ed ufficializzare il ruolo dei centri specialistici di riferimento per tutte le varie forme di demenza.

Con la terza versione aggiornata del PDTA si è deciso di adeguare la denominazione a quella prevista per il territorio nazionale.

La Riforma Regionale ha invece modificato assetti e competenze con l'istituzione di ATS (dalle ex ASL) e delle ASST.

Ad ATS è attribuito il ruolo programmatorio, di indirizzo e governo del sistema sanitario e sociosanitario ed il raccordo con quello sociale, con particolare attenzione al governo di domanda/offerta ed alla gestione della cronicità e dei pazienti fragili, anche attraverso l'implementazione di PDTA. Alle ASST è attribuito invece il ruolo erogativo, anche della valutazione multidimensionale, sulla base del modello adottato da ATS. La versione aggiornata del PDTA ha tenuto conto delle nuove competenze.

La versione aggiornata conferma invece i contenuti relativi al ruolo di MMG e CDCD nella fase del sospetto di malattia, e della diagnostica, mentre integra il testo precedente con aspetti inerenti nuove azioni intraprese e servizi attivati. Ne mantiene lo stile snello, sintetico, organizzato per punti chiave, di facile consultazione da parte di tutti gli addetti ai lavori. Contiene sia aggiornamenti di sezioni già esistenti sia alcune nuove sezioni, ritenute degne di interesse e parti integranti del percorso attuale.

In particolare le variazioni riguardano:

- l'aggiornamento dei dati relativi alle persone affette da demenza nel territorio di ATS;
- modalità di invio ai CDCD da parte delle UO di ricovero e cura per pazienti degenti;
- la gestione di strumenti nuovi per diagnosi precoci/complesse e la consulenza genetica;
- la gestione del paziente con demenza con BPSD;

- l'aggiornamento della rete dei servizi e delle iniziative innovative, in particolare con riferimento ad RSA Aperta, Cure Intermedie e Comunità Residenziali per demenze lievi;
- la gestione del paziente con demenza in pronto soccorso.

#### PDTA FRA CONTINUITA' ED AGGIORNAMENTO

L'elaborazione della prima edizione del PDTA dedicato alle demenze è divenuto un atto storico, spartiacque fra il periodo caratterizzato dalla frammentazione e disomogeneità di comportamenti a quello della condivisione, conoscenza e pianificazione coordinata degli interventi, valorizzando le eccellenze presenti nel territorio.

Il bilancio mette in evidenza molti aspetti positivi dell'esperienza maturata, in particolare grazie al Tavolo di lavoro permanente composto dalle Strutture per le Demenze (ASTD/CD) - ora CDCD, dai rappresentanti dei MMG e di RSA/CDI/RSD/CDD, oltre che di ATS.

Il PDTA è stato elaborato per migliorare nel territorio di ATS Brescia la gestione integrata del paziente con decadimento cognitivo/demenza e della sua famiglia, favorendo una conoscenza più puntuale di bisogni, modalità e criteri di utilizzo e chiarezza di ruoli.

In particolare, grazie al PDTA sono stati definiti i principali passaggi del percorso che il malato e la sua famiglia affrontano, in modo da migliorare il funzionamento del sistema di rete, ottimizzare l'utilizzo delle risorse e ridurre i disagi a loro carico. Questo lavoro ha favorito anche l'integrazione dei percorsi e delle attività consolidate con varie iniziative innovative arricchenti le opzioni disponibili nella presa in carico del malato e della sua famiglia.

L'obiettivo principale raggiunto dal PDTA consiste nell'aver definito con chiarezza chi fa che cosa e modalità di connessione fra articolazioni diverse, alimentando un approccio professionale e culturale evoluto nella gestione delle demenze.

La valorizzazione delle banche dati disponibili in ATS permette una conoscenza aggiornata e sufficientemente dettagliata della realtà locale, orientando l'attenzione verso il futuro, per progettare aree di sviluppo migliorative dell'intero sistema, benché già ricco di alte professionalità e numeri elevati di servizi attivi.

Il PDTA considera, fra i destinatari del percorso, i pazienti affetti dai diversi tipi di decadimento cognitivo/demenza nelle varie fasi della malattia, dalla fase iniziale di sospetto diagnostico fino alla fase terminale. L'alternanza nell'uso della terminologia decadimento cognitivo/demenza è in relazione al livello di definizione diagnostica.

Il PDTA contiene criteri ed indicazioni operative riguardanti servizi/strutture che si occupano dei pazienti affetti da decadimento cognitivo/demenza e delle loro famiglie, in modo da garantire la continuità e l'appropriatezza dell'assistenza.

Attori principali dell'attuazione del PDTA sono:

- le Strutture per le Demenze (ASTD CD) ridefinite CDCD;
- i MMG;
- le équipe per la valutazione multidimensionale, transitate dall'ex ASL alle ASST a seguito della riforma l.r. 23/2015;
- gli operatori sociali comunali.

Tali attori sono coinvolti con ruoli specifici nella fase pre-diagnostica, diagnostica, di cura ed assistenza.

Sono inoltre attori essenziali della rete:

- le Strutture residenziali e semi-residenziali per anziani (RSA CDI) e per disabili (RSD e CDD);
- gli enti erogatori ADI;
- le RSA erogatori della Misura "RSA aperta";

• i gestori delle Comunità Residenziali per persone con demenza lieve.

#### LE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA NEL TERRITORIO ATS DI BRESCIA

E' obiettivo annuale fondamentale nell'ambito della programmazione l'indagine sulla situazione dei pazienti con diagnosi di demenza nel territorio di ATS, aggiornata al 2015, al fine di monitorare il numero di pazienti ed i bisogni emergenti. Un dato interessante riguarda la rilevazione delle unità d'offerta maggiormente utilizzate dai malati e dai loro familiari. Nel 2015 sono stati censiti 21.182 pazienti con demenza, di cui 16.097 con diagnosi certa, 8.224 con DA, 7.873 con altre forme di demenza.

Evidente è l'evoluzione negli anni delle prime diagnosi considerando che nel 2003 erano 7.083 i pazienti a fronte dei 16.097 del 2015. Le persone affette da demenza sono il 59,4% degli ospiti di RSA, il 46,7% dei CDI, il 23,9% dell' ADI ed il 42,5% di quelli con ADP del MMG. Dal 2015 il quadro si arricchisce con 830 pazienti fruitori della RSA Aperta, servizio innovativo di Regione Lombardia, specificato in seguito; numero salito a 1.260 nei primi dieci mesi del 2016.

La valorizzazione delle banche dati disponibili è parte centrale della pianificazione, supporto oggettivo alle scelte di priorità di intervento. Negli ultimi quattro anni si sta registrando un incremento costante del numero di persone malate che fruiscono di almeno un servizio della rete sociosanitaria.

#### FASI DI PARTICOLARE RILIEVO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE

Il PDTA prevede i seguenti passaggi fondamentali:

- fase del sospetto diagnostico, prima verifica diagnostica ed invio alla fase specialistica, con percorso preferenziale che garantisce il contenimento dei tempi di attesa per prima visita presso i Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD);
- diagnosi ed eventuale avvio del trattamento;
- gestione del follow-up con percorsi preferenziali, per garantire il contenimento dei tempi di attesa;
- monitoraggio e gestione domiciliare del malato che vive a casa (rapporto MMG/specialista CDCD, équipe per la valutazione multidimensionale, e i servizi della rete);
- gestione dei disturbi psico-comportamentali;
- informazione, formazione e supporto ai familiari e caregiver per una corretta gestione del paziente;
- formazione degli operatori per un'assistenza qualificata.

Il ruolo assunto dai CDCD nel percorso dedicato ai pazienti, si esplica in particolare in due fasi:

- una prima fase, finalizzata alla diagnosi ed all'eventuale avvio del trattamento;
- una seconda fase, post-diagnostica, di monitoraggio del malato, attraverso la sua periodica rivalutazione, al fine di rilevare eventuali problemi intercorrenti (somatici, cognitivocomportamentali, sociali, assistenziali) ed elaborare strategie per la loro risoluzione.

Questo percorso vede agire in modo integrato CDCD, MMG ed équipe territoriali per la valutazione multidimensionale in un unico piano di intervento, prevedendo anche il coinvolgimento dei Servizi sociali comunali e della rete territoriale.

Il ruolo che i CDCD esercitano, oltre che diagnostico/terapeutico, è anche di orientamento verso i servizi più adeguati. In questo nuovo scenario sono chiamati a:

• certificare la condizione di demenza ai fini dell'accesso alla RSA aperta;

- redigere la scheda ai fini della proposta di ricovero in posti letto di Cure Intermedie con profilo 5 (dedicato alle demenze).
- valutare la presenza di caratteristiche che rendono la persona malata idonea all'ingresso in Comunità Residenziale per persone con demenza lieve;

Di seguito la tabella aggiornata 2016 relativa alle Strutture per le Demenze attive nel territorio di ATS Brescia con indicata la nuova denominazione come da Piano Nazionale Demenze.

Tabella 1

Struttura di appartenenza	U.O. di afferenza	Sede	Precedente Classifi- cazione	Nuova Classifi- cazione
ASST Spedali Civili di Brescia	Clinica Neurologica	Brescia	CD	CDCD
ASST Franciacorta	U.O. Neurologia	Chiari	ASTD	CDCD
ASST del Garda	Dip.to di Salute Mentale	Manerbio	ASTD	CDCD
Fondazione Poliambulanza	Dip. Medicina e Geriatria	Brescia	CD	CDCD
Fond.ne Ospedale e Casa di Riposo		Palazzolo		CDCD
Richiedei	U.O. Riabilitazione	s/O	ASTD	
IRCCS Centro S. Giovanni di Dio F.B.F.	U.O. Alzheimer	Brescia	CD	CDCD
Istituto Clinico Città di Brescia	U.O. Neurologia	Brescia	CD	CDCD
Istituto Clinico S. Anna	U.O. Medicina	Brescia	CD	CDCD
Istituto Clinico San Rocco Franciacorta	U.O. Riabilitazione	Ome	ASTD	CDCD

**CDCD** = Centro per disturbi cognitivi e Demenze

#### PERCORSO TIPO E COMPETENZE

Sulla scorta del percorso-tipo del paziente affetto da decadimento cognitivo/demenza vengono confermati i passaggi fondamentali di seguito illustrati e le relative competenze.

#### 1) Fase pre-diagnostica, prima verifica ed eventuale invio al CDCD

Obiettivo: pervenire ad una diagnosi precoce di decadimento cognitivo attraverso lo sviluppo di capacità di sospetto diagnostico e l'applicazione di strumenti di prima conferma in modo più omogeneo nel territorio ATS;

Attori principali: MMG;

Compiti: individuazione dei soggetti con sospetto di decadimento cognitivo attraverso lo screening effettuato secondo modalità ben definite;

*Strumenti*: in caso di sospetto diagnostico il MMG effettua lo screening delle funzioni cognitive raccogliendo dai familiari/caregiver precise informazioni anamnestiche attraverso il questionario di cui all'Allegato A.

In caso di lieve anomalia (un solo item positivo, che presenta però un impatto con l'attività quotidiana), il questionario può essere nuovamente somministrato dal MMG a breve distanza di tempo (3 mesi) per meglio valutare l'evoluzione delle performance del paziente.

E' facoltà del MMG somministrare al paziente anche il MMSE – Mini Mental State Examination (Allegato B), in particolare quando lo screening tramite questionario evidenzia criticità.

In caso di risultato patologico, il MMG avvia il processo di esclusione diagnostica/diagnosi differenziale attraverso la prescrizione e la valutazione dei risultati degli esami strettamente necessari di seguito riportati:

VES	colesterolo totale e HDL
emocromo	trigliceridi
sodio, potassio	B12 e folati
glicemia	TSH REFLEX
creatinina	esame urine
AST, ALT	ECG
elettroforesi sieroproteica	TC encefalo senza mezzo di contrasto

In tal modo vengono raccolti i principali elementi di inquadramento diagnostico, si semplifica e rende più rapido l'iter diagnostico, si razionalizza ed ottimizza l'utilizzo delle risorse del Sistema Sanitario (gli esami sopra citati sono validi anche se eseguiti entro i sei mesi precedenti la valutazione specialistica).

Prendendo visione dei referti, il MMG completa un primo screening di esclusione (ad esempio per patologie somatiche, problemi psichici, ecc.) o di inclusione. In quest'ultimo caso invia la persona al CDCD con richiesta - su ricetta SSR – di "visita multidisciplinare", completa del quesito diagnostico "decadimento cognitivo", accompagnata dai risultati dello screening, degli esami e da relazione contenente le comorbidità, le terapie in atto, gli eventuali effetti collaterali.

## 2) Modalità di invio ai CDCD - Percorso dedicato agli specialisti invianti da UO Strutture di Ricovero e Cura per soggetti ospedalizzati

Dati epidemiologici e di letteratura confermano il costante aumento di ricoveri in strutture ospedaliere di pazienti anziani con elevata comorbilità che è causa di maggiore vulnerabilità e conseguente minore resilienza.

Ne deriva che la spedalizzazione spesso porta al manifestarsi di disturbi psico-comportamentali, epifenomeno di danno neurodegenerativo già presente al domicilio, ma ben compensato dal "capitale mentale".

Tale condizione (nota come Delirium) si verifica con maggiore frequenza nei reparti che necessitano di manovre complesse (ortopedie, chirurgie, neurochirurgie, rianimazioni) in seguito alle quali il paziente anziano può manifestare confusione, disorientamento spaziale e temporale, inattenzione e pensiero disorganizzato. Sebbene reversibile, questo stato clinico è con frequenza fonte di preoccupazione da parte del familiare e dello Specialista che vedono mutare il tratto comportamentale e cognitivo del paziente in modo repentino senza ripristino della condizione clinica precedente il ricovero.

Ne consegue la successiva richiesta allo Specialista, al fine di valutare e monitorare le abilità cognitive del paziente. Spesso però l'espletamento della richiesta non può essere effettuato mentre il paziente è ancora ricoverato, ciò a causa delle condizioni cliniche del paziente non ancora ottimali che renderebbero la misurazione delle performance sottostimata. Ne consegue la necessità di una successiva valutazione ambulatoriale presso CDCD.

Per i soggetti giovani con trauma cranico, affetti da danno secondario ad evento cerebrovascolare, da patologie cerebrali infettivo/infiammatorie o da neoplasie, non è indicata la valutazione presso il CDCD bensì presso Laboratori di Neuropsicologia dedicati.

Vengono di seguito sintetizzati i passaggi che consentano l'invio del paziente alla struttura diagnostica CDCD (preferenzialmente per pazienti con sospetto di decadimento cognitivo o con familiarità di demenza):

- 1) alla dimissione il paziente deve essere in possesso di ricetta SSR con indicazione di "Visita Multidisciplinare per decadimento cognitivo"; per l'appuntamento il paziente può telefonare al centro di riferimento di competenza territoriale (CUP o centro prenotazione struttura al quale decide di afferire).
- 2) il paziente inviato deve essere in possesso degli esami: indicati in tabella 2, ad esclusione di TC

encefalo (vedi punto B);

3) prima della valutazione ambulatoriale presso il CDCD si ritiene indicata, in soggetti con età inferiore agli 80 anni, esecuzione di RMN encefalo senza mdc in regime di ricovero. Se ed ove non possibile, è raccomandata almeno TC encefalo.

#### 3) Conferma diagnostica, diagnosi differenziale ed eventuale avvio del trattamento

Obiettivo: pervenire ad una diagnosi certa e decidere l'eventuale avvio dell'intervento terapeutico (farmacologico o non farmacologico);

Attori principali: CDCD

Compiti: corretto inquadramento diagnostico anche attraverso richiesta diretta di esami strumentali di secondo livello, somministrazione di test neuropsicologici, utilizzo di strumenti diagnostici complessi (es.: RMN, PET/SPECT, esame liquorale); eventuale avvio del trattamento farmacologico (secondo quanto alla nota 85 CUF/AIFA); comunicazione della diagnosi; informazione e supporto ai familiari.

Strumenti: nel territorio di ATS di Brescia, l'attività dei CDCD è sviluppata con comune riferimento alle Linee guida per le demenze della Società Italiana di Neurologia - anno 2004 e della Società Italiana di Psicogeriatria - anno 2006.

#### Sintesi dell'iter diagnostico - primo inquadramento presso il CDCD

Il medico del CDCD:

- riceve il malato con i familiari e la documentazione clinica (relazione del MMG, risultati dello screening e degli esami), effettua l'anamnesi, esegue una valutazione obiettiva somatica e neurologica ed una prima valutazione secondo le regole dell'assessment multidimensionale (MMSE, IADL, BADL, NPI - quest'ultima formale anche se non esistono disturbi del comportamento, cioè 0/144);
- 2. decide quali accertamenti eseguire per completare la diagnosi (es.: test neuropsicologici, RM encefalo, PET, FDG o amiloide, es. liquor, es genetici o altro); al termine degli accertamenti (anche già in prima visita, quando non vi sono dubbi), effettua una diagnosi, imposta una terapia farmacologica, cognitiva e/o comportamentale se indicate e stabilisce i tempi dei follow-up per la verifica della compliance e dei risultati terapeutici e per l'adeguamento del piano terapeutico (secondo nota 85 CUF/AIFA) a 1 mese per la valutazione degli effetti collaterali; a 3 mesi per la rivalutazione dell'efficacia e successivamente ogni sei mesi;
- 3. prescrive su impegnativa SSR (*vista neurologica/medica di controllo* + *test per la memoria*) le visite successive e fissa i relativi appuntamenti (è auspicabile che le visite di controllo e successive siano fissate già in sede di prima visita) per evitare ritardi e allungamenti nei tempi dei controlli;
- 4. redige relazione per il MMG con consiglio di effettuare almeno una visita di controllo da parte del MMG nell'intervallo tra le visite specialistiche semestrali.
- 5. qualora nel corso della visita si rilevassero condizioni somatiche che richiedano approfondimenti o adeguamenti della terapia (es. malattie cardiovascolari o metaboliche) le segnala al MMG che avvierà i controlli o le eventuali modifiche terapeutiche.

#### 4) Fase post-diagnostica e di follow-up

Obiettivo: garantire precisi riferimenti al malato e alla sua famiglia; monitorare la malattia e il trattamento; intervenire prontamente e in modo integrato nella gestione dei problemi clinici intercorrenti;

Attori principali: MMG; CDCD;

Compiti: il MMG partecipa al follow-up garantendo il controllo del malato nel periodo intercorrente (6 mesi) tra una visita CDCD e la successiva, la rivalutazione degli eventuali effetti collaterali della terapia cognitiva e/o sedativa, la pronta gestione degli eventuali problemi clinici intercorrenti. Il CDCD, oltre a redigere on line il piano terapeutico, resta disponibile a fornire al MMG consulenza tramite telefono e/o e-mail e a rispondere prontamente alle sue eventuali richieste di rivalutazione. Strumenti: MMG e CDCD fanno riferimento alle tappe del PDTA come sopra sintetizzate. In occasione di ogni valutazione:

- il MMG aggiorna la situazione inviando al medico CDCD una breve relazione-raccordo anamnestico;
- il medico del CDCD rilascia una relazione per il MMG che riporta gli accertamenti eseguiti e il piano di cura aggiornato.

#### GESTIONE STRUMENTI NUOVI PER DIAGNOSI PRECOCE

Numerosi studi hanno dimostrato la stretta relazione tra alcune forme di demenza, per lo più ad esordio precoce, e la mutazione di alcuni geni.

In tali forme, definite familiari, sono stati identificati alcuni geni che, se mutati, possono causare la malattia. Tra di essi vanno annoverati:

- *Il gene della proteina precursore dell'amiloide (APP)*, localizzato nel cromosoma 21: le mutazioni dell'APP sono molto rare e causano una malattia ad esordio precoce (35-50 anni).
- *Il gene della presenilina 1 (PSEN1)* localizzato nel cromosoma 14: oltre 50 diverse mutazioni di questo gene sono state finora identificate in pazienti con forme familiari ad esordio precoce.
- Il gene della presenilina 2 (PSEN2) localizzato nel cromosoma 1.

Tali mutazioni rappresentano la causa più comune di origine genetica della malattia di Alzheimer Familiare ad esordio precoce.

Sia per le forme familiari sia per quelle sporadiche viene spesso effettuato un esame genetico con lo studio dell'allele epsilon 4 del gene della ApolipoproteinaE (APOE). L'APOE è una proteina plasmatica, coinvolta nel trasporto del colesterolo, che si lega alla proteina amiloide,e della quale esistono tre forme: APOE2, APOE3, APOE4, codificate da tre diversi alleli (E2, E3, E4).

Diversi studi hanno mostrato che l'allele E4 è più frequente nelle persone affette da Malattia di Alzheimer rispetto a quelle sane; la presenza del genotipo E4 sembrerebbe aumentare di circa tre volte il rischio di sviluppare la malattia nelle forme ad esordio tardivo, familiari e sporadiche.

Il genotipo APOE2 avrebbe invece un effetto protettivo nei confronti della malattia.

La genotipizzazione dell'APOE, fornisce un dato solamente indicativo, insufficiente da solo ad elaborare la diagnosi: infatti, quasi la metà delle persone affette non possiede questo allele, che d'altra parte può essere presente anche in una piccola percentuale di persone sane. Per queste motivazioni l'utilizzo a scopo clinico di questo marker genetico deve avvenire con massima cautela e competenza.

Infine risultano responsabili della maggior parte delle forme di demenza fronto-temporale familiare le mutazioni a carico dei geni che codificano per tau (MAPT), progranulina (GRN) e C9ORF72.

#### Consulenza genetica

Test molecolari sono oggi disponibili per le forme sopra citate e sono stati inseriti nei più recenti criteri diagnostici di ricerca. Questi test possono essere effettuati sul paziente affetto, consentendo una migliore definizione della diagnosi della malattia o possono essere effettuati su persone che, pur non presentando i sintomi della malattia, sono a rischio genetico, poiché un loro familiare di

primo grado è portatore di un'alterazione genetica (test pre-sintomatico). La presenza di mutazioni in uno dei geni associati alle forme familiari di demenza indica che la persona potrà sviluppare con un'elevata probabilità la malattia. A tale proposto vanno valutati e gestiti il possibile impatto psicologico, le conseguenze in ambito lavorativo ed assicurativo e gli aspetti legali.

E' pertanto necessario porre in atto precauzioni e procedure sia nell'offerta del test che nella comunicazione dei suoi risultati.

Nel territorio di ATS Brescia è possibile accedere a tali esami genetici presso ASST Spedali Civili di Brescia e l'IRCCS Fatebenefratelli, esclusivamente all'interno di un *counselling* genetico completo che le strutture garantiscano, parte del percorso, in grado di aiutare il paziente, ed i suoi familiari nella gestione di una problematica ad alto impatto sulla loro vita. Infine la richiesta di test genetici deve essere sempre presentata, modulata e discussa con i medici responsabili del CDCD al quale il paziente è afferito; gli stessi possono indirizzarlo al Centro che effettua gli esami genetici.

#### Rendicontazione prestazioni ambulatoriali - Visita multidisciplinare CDCD

Il primo inquadramento diagnostico del nuovo soggetto con decadimento cognitivo effettuato da CDCD è rendicontato, dall'adozione del PDTA nel 2011, con il codice 89.07 "visita multidisciplinare", che presuppone una valutazione congiunta da parte dei componenti l'équipe e la firma della relazione a cura di due di essi.

#### Esso comprende:

- tutti gli interventi di prima valutazione con le prestazioni elencate nell'iter diagnostico di cui sopra (esclusi eventuali test neuropsicologici e RM encefalo);
- l'attività di consulenza telefonica e/o per e-mail diretta a MMG e/o équipe territoriali per la valutazione multidimensionale;
- la registrazione in un database condiviso e la messa a disposizione dell'ATS dei dati di valutazione e di monitoraggio (MMSE, IADL, BADL, NPI, test neuropsicologici, sintesi TC e RM encefalo, altro) ai fini della verifica della corretta applicazione del PDTA e per finalità epidemiologico-statistiche.

#### CRITERI PER IL TRATTAMENTO CON FARMACI ANTICOLINESTERASICI

Secondo nota 85 CUF/AIFA, se a seguito della diagnosi è opportuno l'avvio del trattamento, lo specialista del CDCD consegna i farmaci anticolinesterasici (fatta eccezione per la rivastigmina per via transdermica) forniti gratuitamente dalle Ditte produttrici per i primi 4 mesi di trattamento.

Se al controllo a 3 mesi dall'avvio, lo specialista del CDCD ritiene opportuna la continuazione del trattamento, compila il piano terapeutico ed effettua la prima prescrizione su ricetta SSR riportando il solo principio attivo, oppure prescrivendo un farmaco equivalente.

Per evitare errori nell'assunzione della terapia dovuti a variazione della sola confezione, è opportuno che le successive prescrizioni su ricetta SSR effettuate dal MMG riportino, di norma, il nome della specialità con la formula "Terapia non sostituibile M.C.".

#### Avvio del trattamento: criteri di scelta

In ragione del favorevole rapporto costo/beneficio si utilizzano i <u>farmaci equivalenti</u> (donepezil, galantamina o rivastigmina <u>per os</u>), con le seguenti eccezioni, per le quali è possibile ricorrere alla formulazione TTS (rivastigmina):

- a. soggetto con disfagia o con difficile controllo della compliance alla terapia per os (es.: senza caregiver) o che assume già molti farmaci per os (con rischio di errore nell'assunzione);
- b. soggetto con gastropatia/duodenopatia o altra patologia gastro-intestinale per il quale l'assunzione orale eleva il rischio di effetti collaterali.

Al fine di evitare l'insorgenza di eventi avversi la <u>scelta del principio attivo</u>, deve tener conto delle caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche dei diversi farmaci a disposizione. In particolare va valutata con cautela la somministrazione di farmaci anticolinesterasici:

- a. con metabolismo epatico, quali donepezil e galantamina, a soggetti in terapia con farmaci antiepilettici, serotoninergici, neurolettici;
- b. con elevata affinità per le proteine plasmatiche, quale il donepezil, a soggetti in terapia con farmaci anticoagulanti;
- c. con elevata affinità per le proteine plasmatiche, quale il donepezil, a soggetti con ipoalbuminemia.

#### Valutazione di tollerabilità ed efficacia

Ai controlli a 1 e 3 mesi vanno valutate:

#### a. la tollerabilità

In caso di intolleranza al farmaco si è autorizzati a passare ad altra molecola (switch) equivalente per os. In presenza di nausea/vomito/dolori addominali è invece opportuno passare alla formulazione TTS.

#### b. l'efficacia

In caso di mancata risposta (a tre mesi), definita come peggioramento del punteggio MMSE, peggioramento funzionale, peggioramento comportamentale (almeno uno di questi), va aumentata la dose alla massima consigliata e poi rivalutato il paziente (a sei mesi).

- 1. se compaiono effetti collaterali vale quanto prima esposto;
- 2. se non si evidenzia risposta al trattamento (riduzione del MMSE >2,4 ad 1 anno) è opportuno lo switch a nuova molecola.

#### Utilizzo della memantina

La memantina è utilizzabile, ad esclusione dei soggetti con anamnesi positiva per epilessia, nelle sequenti situazioni:

- a. come farmaco aggiuntivo nel paziente con MMSE<20, dopo almeno 6-9 mesi di trattamento in monoterapia in caso di risposta clinica giudicata inadeguata sul piano cognitivo (MMSE in peggioramento a 6-9 mesi), funzionale o comportamentale;
- b. <u>come farmaco alternativo</u> (switch) in caso di mancata risposta o di intolleranza alla terapia con anticolinesterasici a dosaggio terapeutico (sia orali che TTS) oppure in presenza di controindicazioni alla stessa (blocco atrio-ventricolare, BPCO severa, epatopatia grave, ulcera gatro-duodenale in atto).

## INVIO PER VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE AI FINI DELL'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI

Le principali condizioni che rendono necessario un contatto diretto (telefonico e/o per e-mail CRS-SISS), oltre la relazione cartacea, fra medico **del CDCD**, MMG ed équipe territoriali per la valutazione multidimensionale sono le seguenti:

- condizioni di urgenza/emergenza clinica legate alla terapia (soprattutto se nuovo avvio o recente modifica di terapia cognitiva e/o sedativa) ed eventuale necessità di modifica del piano terapeutico;
- comparsa di effetti indesiderati da farmaci;

- comparsa o peggioramento di disturbi del comportamento;
- comparsa di nuove, significative comorbilità con le connesse possibili interazioni tra terapie farmacologiche;
- modificazioni della situazione sociale e familiare (valutazioni effettuate con il coinvolgimento delle equipe territoriali per la valutazione multidimensionale);
- qualsiasi altra condizione che richieda una consulenza e/o concordanza di atteggiamento fra i curanti (in particolare, terapia sedativa).

Le modalità di contatto diretto, finalizzato a favorire una gestione congiunta delle varie problematiche che possono insorgere, sono lasciate all'iniziativa di tutti gli attori. Si consigliano, comunque, l'utilizzo del contatto telefonico diretto e/o della comunicazione e-mail, i cui riferimenti vanno sempre riportati nelle rispettive comunicazioni.

#### Rapporto CDCD – Medici di RSA/RSD

I CDCD, a cui competono diagnosi, definizione del piano terapeutico, follow-up specialistico, sono riferimento anche per i medici di RSA/RSD nella gestione clinica di ospiti affetti da decadimento cognitivo/demenza a fini di:

- rivalutazione e consulenza per casi già diagnosticati;
- valutazione a scopo diagnostico per casi con sospetto decadimento cognitivo successivo all'ingresso in RSA/RSD.

I medici di RSA/RSD svolgono tutte le funzioni di cui sopra già in capo ai MMG.

Va evidenziato che, fatta salva la gestione dei primi 4 mesi di terapia farmacologica come sopra indicata, le restanti competenze e costi dei trattamenti sono a carico della RSA/RSD ospitante.

#### **GESTIONE DISTURBI COMPORTAMENTALI**

#### Trattamento dei disturbi comportamentali (BPSD) nelle demenze: percorso terapeutico

La maggior parte dei pazienti affetti da demenza – con profili diversi in rapporto all'eziologia – manifesta nel lungo decorso della malattia disturbi comportamentali, altrimenti definiti sintomi non cognitivi. È noto che i disturbi della sfera comportamentale possono essere fonte di sofferenza per i malati e, nel contempo, sono i principali determinanti dello stress assistenziale del caregiver, siano essi formali o informali; rappresentano inoltre il principale fattore di rischio di istituzionalizzazione.

La frequenza dei sintomi non cognitivi nella demenza è molto variabile a causa dell'assenza di strumenti consolidati e condivisi tramite i quali valutare le alterazioni comportamentali. I disturbi comportamentali che sono stati maggiormente oggetto di studio sono quelli psicotici (deliri e allucinazioni), la depressione ed il comportamento aggressivo. Secondo la letteratura sui sintomi psicotici associati alla malattia di Alzheimer, i deliri sarebbero presenti nell'11-73% dei casi, mentre le allucinazioni visive e uditive nel 3-67% dei casi. Anche i sintomi depressivi sono frequentemente riscontrati nella malattia di Alzheimer: si stima che il 40-50% dei pazienti manifesti tale alterazione durante il decorso.

Prima di iniziare un trattamento farmacologico per controllo dei BPSD, è opportuno tentare un approccio non farmacologico. In particolare, è sempre utile un intervento di supporto e formazione

ai caregiver, perché imparino a utilizzare strategie ambientali e relazionali in grado di contenere i disturbi del comportamento, o almeno di contribuire al controllo di questi sintomi.

L'elevata eterogeneità dei BPSD, sia per manifestazione clinica sia per eziopatogenesi, ostacola la definizione di approcci farmacologici specifici, validati e indirizzati a un sintomo o gruppo di sintomi ben definito. Nella pratica clinica quotidiana, la gestione farmacologica dei disturbi comportamentali che si manifestano nei pazienti affetti da demenza si basa quindi su un approccio empirico, cioè sull'individuazione dei cosiddetti cluster sindromici. Quale guida a tale approccio si rimanda all'allegato C.

Ad oggi, nessun farmaco psicotropo (ad eccezione del risperidone) possiede un'indicazione specifica per la terapia dei disturbi comportamentali del paziente demente; il loro utilizzo è quindi "off label".

La tabella 3 sintetizza i vari passaggi del percorso tipo, prima descritto, dal sospetto alla diagnosi e follow-up

Tabella 3 – CRONOGRAMMA DEL PERCORSO TIPO

ATTIVITA'	F1	F2	F3	то	1 me se	3 me si	Ogni 6 mesi
MMG - Sospetto diagnostico:							
applicazione questionario performance (eventuale ripetizione	X						
a 1 mese + eventuale MMSE)							
MMG - Prescrizione esami (ematochimici + ECG + TC		Х					
encefalo senza m.d.c.)		^					
MMG - Valutazione esami, prescrizione "Visita			Х				
multidisciplinare" e invio a CDCD con documentazione			^				
Specialisti UO Ricovero e Cura per pazienti ospedalizzati		Х	Х				
Prescrizione esami clinici e strumentali		^	^				
CDCD – Entro 1 mese dalla prenotazione, visita							
multidisciplinare per definizione diagnostica, impostazione							
dell'eventuale trattamento farmacologico o non				X			
farmacologico, fornitura diretta farmaci per Alzheimer per i				^			
primi 4 mesi, eventuale segnalazione all' equipe territoriali							
per la valutazione multidimensionale.							
CDCD - Valutazione effetti collaterali del trattamento					Х		
farmacologico					^		
CDCD - Valutazione efficacia ed effetti collaterali del							
trattamento farmacologico; invio relazione al MMG;						X	
definizione ed invio Piano terapeutico farmacologico							
MMG – Monitoraggio con visita almeno a 3 mesi da quella							
specialistica (effetti collaterali; gestione eventuali problemi							
clinici intercorrenti; collaborazione con equipe territoriali per							х
la valutazione multidimensionale); eventuale prescrizione							^
farmaci sulla base del Piano terapeutico specialistico; invio							
raccordo anamnestico a CDCD							
CDCD - Rivalutazione efficacia ed effetti collaterali del							
trattamento; relazione al MMG con accertamenti e piano di							Х
cura aggiornato; eventuale prescrizione-fornitura diretta di							
farmaci per Alzheimer							

MMG – Prescrizione farmaci e monitoraggio (effetti					
collaterali; gestione dei problemi clinici intercorrenti;					
collaborazione con equipe territoriali per la valutazione				X	
multidimensionale); eventuale prescrizione di farmaci per					
Alzheimer					

F1= Fase del sospetto diagnostico

F2= Fase della prescrizione dei controlli ematochimici preliminari

F3= Fase della valutazione dell'esito esami ed eventuale invio al CDCD

T0= Primo inquadramento diagnostico specialistico

## CERTIFICAZIONE PER LA VALUTAZIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA AI FINI DELL'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE

L'accordo sancito fra le commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile ed i CDCD ai fini di modalità omogenee di valutazione dei pazienti affetti da demenza e della stesura della relazione di presentazione, è risultato di grande utilità nel garantire equità nel riconoscimento dei benefici previsti. Ai fini di una qualificata presentazione dei pazienti affetti da demenza alle Commissioni, è prassi consolidata l'utilizzo di strumenti di valutazione uniformi e condivisi, elaborati in accordo tra le ex Strutture per le demenze, oggi CDCD, i Responsabili delle Commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile e l'INPS. Ciò facilita il lavoro delle Commissioni e garantisce ai richiedenti risposte omogenee per tutto il territorio.

Pertanto si conferma l'utilizzo del seguente modello di certificazione (allegato D) da parte dei medici dei CDCD. Si rimanda all'allegato E per alcune raccomandazioni in merito a parametri e finalità della valutazione.

#### I SERVIZI DELLA RETE TERRITORIALE

#### Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)

#### I momenti chiave nel rapporto con il paziente

Il percorso assistenziale del paziente con decadimento cognitivo/demenza si caratterizza per alcuni momenti chiave di particolare rilievo nella gestione sia del paziente che dei rapporti con la famiglia.

#### Essi sono:

- la fase del sospetto di malattia, in cui il primo approccio con lo specialista determina la costruzione di un rapporto fiduciario. Questa fase, di varia durata a seconda della complessità del quadro clinico generale e dell'età del paziente, richiede un sostegno costante affinché l'attesa dell'esito sia accompagnata;
- la fase successiva, di comunicazione della diagnosi che, sancendo l'inizio di una lunga storia di malattia, richiede un approccio consulenziale e di supporto da parte dello specialista e della sua équipe al fine di rendere comprensibile ai diretti interessati il significato della diagnosi e le ricadute sulla vita del paziente;
- la rilevazione di capacità ed effettiva disponibilità familiare al prendersi carico del malato. In una prima fase la gestione domiciliare spesso è solo della famiglia, che necessita di supporto nella ricerca di badante ed indicazioni di comportamento. Deve essere garantita una costante rivalutazione della disponibilità e capacità assistenziale, anche precedentemente all'eventuale attivazione di servizi della rete.

#### Quando e come attivare i Servizi socio-sanitari della rete territoriale

Nei numerosi casi di demenza per i quali non può risultare esaustivo il solo intervento di CDCD e del MMG, ma si rende necessario il coinvolgimento di altre figure professionali per una valutazione multidimensionale e l'attivazione di servizi della rete territoriale, i CDCD inviano la segnalazione al MMG e/o all'équipe di riferimento territoriale per tale valutazione.

Alcune delle condizioni che richiedono l'avvio di tale processo sono:

- il paziente è solo o non dispone più di validi riferimenti familiari/caregiver;
- l'ambiente domestico necessita di adeguamento alle esigenze dal malato;
- i familiari/caregiver presentano un livello non sufficiente di conoscenza della malattia e/o degli strumenti di sua gestione e/o di capacità di utilizzo degli stessi;
- i familiari/caregiver sono in difficoltà o non in grado di gestire i problemi comportamentali del malato o necessitano di supporto e sollievo nelle pratiche assistenziali;
- il quadro del paziente subisce un aggravamento clinico e/o sociale che richiede la ricerca di nuove soluzioni;
- l'assistito con demenza è in fase terminale.

In questi casi il CDCD invia la relazione di dimissione/restituzione al MMG e trasmette copia della stessa quale segnalazione all'équipe per la valutazione multidimensionale. Nel caso in cui il paziente sia degente, attiva la dimissione protetta (come da percorso previsto nel documento "Accordo di collaborazione per le ammissioni e dimissioni protette Ospedale Territorio" ATS di Brescia edizione dicembre 2016). Sulla base delle informazioni fornite dal CDCD e dei dati di valutazione multidimensionale raccolti a seguito di osservazione e rilevazione dei bisogni, l'équipe per la valutazione multidimensionale, con il MMG, definisce la proposta di intervento da condividere con paziente e/o familiari e caregiver, al fine di attivare la tipologia di servizio più adeguata fra quelle disponibili. Inoltre viene garantito il monitoraggio periodico al fine di tutelare la corrispondenza dell'intervento ai bisogni reali, in considerazione anche dell'evoluzione del quadro globale del malato.

Le équipe territoriali per la valutazione multidimensionale, in capo alle ASST, operano nel rispetto del "Protocollo per la valutazione multidimensionale ai fini della presa in carico e gestione dei pazienti cronici, fragili e non autosufficienti" adottato da ATS nel 2016, cui compete il governo del processo della valutazione multidimensionale e presa in carico.

Le équipe lavorano in sinergia con MMG ed operatori sociali comunali.

#### La specificità di approccio al paziente con demenza nei servizi della rete territoriale

Uno degli obiettivi del PDTA è rendere maggiormente dedicati e specifici, in relazione ai bisogni della demenza, i Servizi per anziani della rete sia sanitaria sia sociosanitaria ed assistenziale. Di seguito vengono brevemente elencati ed illustrati i Servizi sociosanitari territoriali attivabili per il paziente affetto da demenza e la sua famiglia.

#### SERVIZI CONSOLIDATI

#### Assistenza domiciliare integrata

L'attivazione dell'ADI avviene, come da "procedura per l'accesso e la presa in carico dell'utente in assistenza domiciliare integrata", a seguito di prescrizione del MMG/PDF su ricetta del SSR per utenti che non possono recarsi presso strutture, poiché impossibilitati a spostarsi dal domicilio.

Può essere attivata anche attraverso le seguenti modalità:

- dimissione struttura ospedaliera con prescrizione su ricetta;
- prescrizione di medico specialista.

Le équipe di valutazione multidimensionale territoriali, afferenti alle ASST, che ricevono la richiesta di attivazione ADI effettuano, entro 72 ore (24 ore in caso di cure palliative, mentre le prestazioni di riabilitazione possono essere attivate anche successivamente alle 72 ore), la valutazione che prevede **due fasi**:

- > TRIAGE: è il primo contatto con il paziente/familiare, anche telefonico, per una prima valutazione-filtro attraverso l'utilizzo di apposita scheda. In caso di bisogno complesso viene attivata la successiva valutazione di secondo livello;
- ➤ VALUTAZIONE DI SECONDO LIVELLO (a domicilio): è effettuata, utilizzando lo strumento di valutazione VAOR, (valutazione funzionale e sociale), integrata con altre opportune scale di valutazione, per la definizione del profilo, del valore economico della prestazione e della durata del PAI.

L'équipe di valutazione multidimensionale territoriale redige, sulla base dei bisogni rilevati, il Progetto Individuale (P.I.) dove vengono determinati:

- ♣ il livello di gravità della persona ed il relativo profilo di voucher corrispondente all'impegno assistenziale:
- A la durata dell'intervento e il numero di accessi in caso di profilo prestazionale;
- ≜ l'eventuale urgenza;
- ♠ il valore economico complessivo del voucher;
- ▲ la frequenza degli interventi;
- A le figure professionali coinvolte e gli obiettivi da raggiungere.

#### ▲ Servizi diurni

Queste unità di offerta sono fruibili dalla persona malata quando esiste la possibilità di rientro serale al domicilio dell'anziano, sia perché trasportabile, sia per la presenza di supporto familiare. Essi sono:

- CDI per anziani che accolgono persone compromesse nell'autonomia, fra cui anche le persone affette da demenza. Sono attivi anche CDI dedicati a pazienti con demenza, alcuni adiacenti ai CDI per anziani, reintroducendo una distinzione di tipologia che la norma regionale relativa agli standard accreditativi ha superato. Tale soluzione risulta utile alla luce delle difficoltà di "convivenza" nello stesso CDI manifestate da parte di anziani con altre problematiche.
- CDD, dedicati alle persone giovani/adulte con disabilità, che possono accogliere casi di demenza precoce, (pazienti con età tendenzialmente inferiore ai 65 anni).

L'utilizzo appropriato dei Centri Diurni (CDI - CDD) per pazienti affetti da demenza richiede:

- criteri specifici per la selezione dei pazienti con decadimento cognitivo/demenza che possono essere accolti in strutture diurne, in base alle condizioni cliniche e al quadro complessivo, in particolare ad entità e tipologia dei disturbi comportamentali, con predisposizione del PAI periodicamente monitorato;
- attenzione ai sistemi di protezione in uso nei CDI, per valutare la capacità di gestione da parte della struttura dei pazienti;
- la definizione di obiettivi di intervento rispetto a paziente e famiglia.

#### ▲ Servizi residenziali

Sono le strutture per eccellenza a cui si ricorre sia quando il sostegno familiare è assente, sia quando la malattia rende ingestibile il paziente a domicilio. Due sono le tipologie:

- RSA (Residenza Sanitario Assistenziale) per anziani non autosufficienti, fra cui pazienti affetti da demenza. Sono possibili anche ricoveri di sollievo nei posti letto disponibili;
- RSD dedicata a persone in età adulta (indicativamente ≤ 65 anni) portatrici di disabilità; può essere utilizzata per forme di demenza genetiche, malattie rare, ecc., quando compare in età precoce.

Il numero assai elevato di persone affette da demenza ospiti di RSA e la complessità e specificità di approccio che questi pazienti richiedono, motivano l'esigenza di rendere appropriati l'ingresso in struttura e le modalità di gestione dei pazienti nei Servizi residenziali, oltre che nei nuclei dedicati. In particolare:

- la valorizzazione di esperienze pilota di impiego di terapie non farmacologiche e di modalità organizzative gestionali in RSA, al fine di definire modelli di riferimento;
- la verifica dei sistemi di contenzione e dell'utilizzo di terapie farmacologiche;
- il possibile utilizzo di ricoveri di sollievo ad alta protezione, da definire nel PAI, sia pianificati sia per situazioni di emergenza;
- le iniziative innovative (es.: disponibilità di consulenza telefonica, corsi per familiari, ecc.).

#### I Servizi Comunali a supporto della domiciliarità

I Comuni garantiscono, a loro volta, una serie di Servizi orientati a sostenere il mantenimento del paziente nel proprio ambiente di vita. Fra di essi si citano:

- SAD (ASA/OSS, servizio pasti a domicilio, servizio lavanderia);
- servizio di trasporto;
- servizio di Telesoccorso;

#### LE CURE INTERMEDIE

Con DGR 3383 del 10/4/2015 Regione Lombardia ha istituito la rete delle Cure Intermedie, posti letto dedicati a pazienti che, dopo la dimissione ospedaliera o dal domicilio, necessitano di un periodo di assistenza in situazione protetta per completare l'iter di cura, favorendo il recupero del miglior stato di salute e benessere possibile, per meglio reinserirlo nel proprio contesto di vita o per accompagnarlo alla risposta più appropriata al suo bisogno (es. RSA).

Delle quattro attuali strutture due sono ex Strutture Riabilitative della rete socio sanitaria trasformate in Cure Intermedie e due sono RSA che hanno partecipato alle Sperimentazioni per post acuti:

- Fondazione Ospedale Casa di Riposo "Nobile Paolo Richiedei" Gussago e Palazzolo;
- Fondazione Madonna del Corlo Onlus Lonato;
- RSA Fondazione Irene Rubini Falck Onlus Vobarno per 20 posti letto;
- RSA Residenze Anni Azzurri s.r.l.- Rezzato per 20 posti letto.

Ne possono beneficiare utenti fragili con bisogni complessi sia in area clinica che assistenziale e sociale; fra cui anche persone affette da demenza, per le quali è stato definito uno specifico profilo, che richiedono interventi specifici nella sfera sanitaria ed assistenziale, non erogabili al domicilio o in ospedale.

Gli utenti possono essere inviati nella fase di stabilizzazione, a seguito di un episodio di acuzie o di riacutizzazione dopo un ricovero in ospedale, con invio da parte di reparti specialistici, da unità d'offerta sociosanitarie (es. RSA/RSD) o direttamente dal domicilio, con invio da parte dei medici di

medicina generale, previa compilazione, da parte di Specialisti, MMG o medici di RSA/RSD, della Scheda Unica di Invio e Valutazione.

La scheda contiene gli strumenti di valutazione per le aree che concorrono a tracciare il profilo dell'utente tra i 5 previsti per le Cure Intermedie, di cui uno dedicato a utenti con demenza. I 5 profili sono:

- 1. Bassa complessità assistenziale e bassa intensività clinica;
- 2. Media complessità assistenziale e bassa intensività clinica;
- 3. Alta complessità assistenziale e media intensività clinica;
- 4. Alta complessità assistenziale e alta intensività clinica;
- 5. Demenze Alta complessità assistenziale e alta complessità clinica.

#### Profilo 5 - Demenze

Di particolare interesse risulta il Profilo 5 – demenze, in cui si collocano gli utenti affetti da demenza già diagnosticata con disturbi del comportamento in atto, che necessitano di:

- un elevato supporto nell'area assistenziale;
- di riattivazione e recupero funzionale, clinica e sociale e di figure professionali specifiche.

Il profilo è caratterizzato da alta complessità assistenziale e alta intensività clinica.

La durata massima del periodo di remunerazione della degenza in questo caso è di 60 giorni. Nei casi di fragilità sociale riconosciuta, considerate le possibili ricadute sullo stato di salute dell'utente, è prevista la possibilità di prolungare la degenza di 15 giorni oltre le soglie indicate.

#### Requisiti di accreditamento

Sono richieste obbligatoriamente le figure dello psicologo e del terapista occupazionale, che rientrano nel computo del minutaggio assistenziale.

Lo standard assistenziale minimo è di 1.620 minuti settimanali per utente presente.

Nello standard minimo, devono, inoltre, essere garantiti i seguenti minutaggi:

- medico: almeno 120 min/sett/utente;
- infermiere: almeno 300 min/sett/utente, fino al 30% sostituibili da OSS;
- professionista della riabilitazione: almeno 300 min/sett/utente.

#### Alcuni esiti preliminari

I pazienti codificati con profilo 5, sono prevalentemente di sesso femminile, ultraottantenni, con grave compromissione cognitiva e comportamentale. Nella maggior parte dei casi viene inviato dal MMG presso il CDCD per il controllo dei disturbi comportamentali. Questi pazienti presentano anche un'elevata disabilità e necessità riabilitativa. Tre pazienti su quattro, dopo la degenza, fanno rientro al proprio domicilio con idonea assistenza.

L'ambulatorio CDCD riveste un ruolo cruciale durante tutto il percorso di cura del paziente con demenza, ponendosi come importante filtro di accesso alle cure intermedie profilo 5, per necessità inerenti al controllo delle turbe comportamentali, oltre che naturalmente per necessità di ordine riabilitativo. Il CDCD, inoltre, è essenziale nella ripresa in carico del paziente dopo la dimissione e per assicurare la necessaria attenzione durante tutto il processo di cura dei pazienti affetti da demenza. Il paziente che accede al profilo 5 demenze, per la sua disabilità ed in prospettiva di un suo rientro al domicilio, necessita, in relazione alle prerogative di alta complessità clinica, di un esperto intervento medico e riabilitativo orientato ad un miglioramento delle autonomie e delle capacità in relazione alle risorse presenti ed alla peculiarità della persona, al fine di consentire mantenimento nel proprio contesto abitativo per il maggior tempo possibile.

#### INNOVAZIONE REGIONALE E SPERIMENTAZIONI LOCALI

#### a) Misura 4 - RSA Aperta

E' rivolta a persone con diagnosi di demenza (AD o altra forma) certificata dallo specialista, che vivono al proprio domicilio, con documentata presenza di un grado elevato di stress del caregiver, rilevato con autosomministrazione della scala RSS-(punteggio > 31).

Sono previsti interventi tutelari, psico-educativi, specialistici, riabilitativi, di sollievo, rivolti al paziente od orientati a sostenere il caregiver, realizzabili sia a casa sia presso la RSA in regime diurno. L'accesso alla RSA Aperta avviene a seguito di presentazione della richiesta da parte della famiglia ed è subordinato alla valutazione dei bisogni da parte dell'équipe per la valutazione multidisciplinare, autorizzativa dell'intervento, in collaborazione con MMG, specialisti e operatori sociali dei Comuni.

L'esito della valutazione è inserita in un Progetto Individuale (P.I. – allegato F), contenente le indicazioni inerenti la situazione sociale e sanitaria, le informazioni utili alla "costruzione" del budget di cura, obiettivi, Profilo/i e durata del voucher, le prestazioni/interventi proposti e le figure professionali necessarie.

Il servizio viene erogato dalle RSA che, già accreditate e contrattualizzate, sottoscrivono uno specifico contratto con ATS al fine di prendere in carico tali pazienti; la struttura viene scelta dal richiedente.

I profili sono:

- Profilo 1: BASSA intensità Voucher di 350 € al mese
- Profilo 2: MEDIA intensità Voucher di 500 € al mese
- Profilo 3: ALTA intensità Voucher di 700 € al mese

L'assegnazione di voucher mensili, di valore e durata variabile in base al livello di gravità dell'utente, sono finalizzati all'erogazione delle seguenti prestazioni:

- valutative, finalizzate all'inquadramento del contesto ambientale, delle risorse presenti, delle condizioni effettive dell'utente;
- d'intervento:
- integrazione/sostituzione temporanea/addestramento del caregiver;
- a carattere educativo/socializzante;
- di dialogo ed accompagnamento finalizzati al mantenimento dell'autonomia della persona;
- di stimolazione cognitiva e di sostegno per i disturbi comportamentali.

Il PI, viene tradotto in un Piano Assistenziale Individuale (PAI) da parte della RSA scelta dal richiedente l'intervento.

Il PAI ha una durata flessibile ed in esso vengono fornite indicazioni in merito a care manager, obiettivi, descrizione del pacchetto di prestazioni mensili previste per l'utente, figure professionali impiegate e numero di ore.

#### b) Comunità Residenziali per persone con decadimento cognitivo/demenza lieve

Rientrano fra le forme abitative e di residenzialità nuove, flessibili, accoglienti, sostitutive della casa, ma meno "totalizzanti" delle strutture protette. Dal 2013 ATS ha dato avvio alla sperimentazione di Comunità Residenziali per Demenze, un modello di vita comunitaria dedicato alle persone nella fase iniziale della demenza quale risposta all'insufficiente o assente supporto familiare, oltre che alla riduzione della solitudine, a fronte di un incremento di stimoli quotidiani che la vita in gruppo con personale di supporto può offrire.

In particolare la Comunità Residenziale si rivolge a persone affette da Mild Cognitive Impairment (MCI) e da demenza lieve, le cui necessità di supervisione e di supporto nelle attività quotidiane

(compiti che coinvolgono la sfera cognitiva e lo stato funzionale) vengono abitualmente soddisfatte da familiari, o altri caregiver non professionali.

I criteri di ammissione o esclusione dei malati di demenza di grado lieve ai fini dell'inserimento riguardano cognitività, disturbi di comportamento e funzioni (Tabella 4).

Tabella 4

Cognitività:	malati con diagnosi di Mild Cognitive Impairment e demenza lieve (MMSE fra 30 e 18/30)
disturbi comportamentali: (BPSD, UCLA-NPI)	apatia e depressione (esclusa aggressività, vagabondaggio, ecc.)
Funzioni:	una persa (fare il bagno) + aiuto in altra funzione IADL – BADL perse
CIRS:	per valutazione comorbilità (sino a moderata)

Per quanto riguarda la cognitività, possono venire ricoverati i malati con diagnosi di MCI e demenza lieve (MMSE compreso tra 30 e 18/30; Clinical Dementia Rating: da 0.5 a 1). La persona non deve inoltre presentare disturbi psico-comportamentali (BPSD) rilevanti (es.: aggressività, wandering, disturbi sonno/veglia). Un'eccezione può essere rappresentata solo da apatia e depressione (UCLA-NPI: < 18/144). Sono inseribili nella comunità persone che hanno perso una sola funzione di base della vita quotidiana (fare il bagno, in quanto è la prima funzione persa), oltre ad un'altra funzione compromessa, che però richieda solo supervisione (es. vestirsi o lavarsi).

Le funzioni della Comunità sono prevalentemente di tipo assistenziale. La richiesta di ingresso in struttura può essere motivata da condizioni di isolamento sociale o dal venir meno dei sistemi di supporto e controllo familiare.

La diagnosi certificata di demenza, a cura dei CDCD e la valutazione multidimensionale delle équipe multidisciplinari sono la premessa all'ammissione, per definire il grado di compromissione clinica, funzionale e comportamentale del paziente, al fine di tutelare e perseguire la massima personalizzazione degli interventi. La responsabilità della salute degli ospiti rimane in carico al MMG.

Sono previste rivalutazioni semestrali e/o al bisogno da parte dell'équipe multidisciplinare e del CDCD di riferimento, anche per la pianificazione di eventuali dimissioni protette quando sopraggiunge un aggravamento che rende incompatibile la situazione della persona con la vita in Comunità Residenziale.

#### c) Iniziative a supporto del caregiver: Scuola di Assistenza Familiare

Nell'ex ASL di Brescia, oggi ATS, per sostenere i caregiver nel delicato lavoro di cura, da un decennio è stata istituita la Scuola di Assistenza Familiare. Ogni edizione prevede circa 6 incontri dedicati al supporto del familiare/caregiver non professionale su tematiche di varia natura inerenti la perdita di autonomia nella persona portatrice di gravi patologie e/o anziano. La scuola prevede anche edizioni interamente dedicate alle demenze. I corsi di formazione sono realizzati nel territorio con la collaborazione degli operatori sia addetti alla **valutazione multidimensionale** per che delle unità d'offerta per anziani, oltre che di MMG, specialisti, operatori del Comune. Alcuni fra gli obiettivi dei corsi di formazione sono:

- o la maggior appropriatezza dell'approccio nella cura e nell'assistenza;
- o la riduzione dei rischi di rottura di equilibri familiari;
- la riduzione dell'ansia del caregiver nella gestione del malato, in particolare dei disturbi comportamentali.

Le edizioni della Scuola possono essere realizzate dalle ASST, dai gestori di RSA/CDI, dagli Enti Erogatori ADI. ATS è il riferimento organizzativo ed attraverso un applicativo informatico dedicato, vengono registrate informazioni significative relative ai partecipanti ai corsi, sia anagrafiche che inerenti grado di parentela, grado di stress, tempo medio dedicato all'assistenza.

I CDCD possono partecipare, insieme ad altri professionisti, alla realizzazione dei corsi con relazioni dedicate alla demenza ed alle modalità di cura più significative in ambiente familiare.

#### LA VALORIZZAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE BANCHE DATI

Le fonti di informazione relative ai pazienti affetti da demenza sono numerose ed attraverso la loro valorizzazione è possibile contare su dati attendibili ed orientativi per una programmazione mirata e lungimirante.

La tabella 5 sintetizza le banche dati incrociate annualmente da ATS Brescia che permettendo uno studio sulla numerosità dei pazienti e loro caratteristiche a partire dal 2003.

### Tabella 5

BANCHE DATI:	CODIFICHE
ESENZIONI	CODICE ESENZIONE
RICOVERI OSPEDALIERI (SDO)	CODICE DIAGNOSI ICDIX
SOSIA	
SISA	CODICE DIAGNOSI ICDIX
VIVIDI	
Piani terapeutici	Nota 85 e Scheda 1° segnalazione
farmaceutica	Codice=N06DA

Ai fini di facilitare l'applicazione del PDTA da parte di tutti gli attori e di monitorarne le attività e i risultati, è stato messo a disposizione un software on-line da parte di ATS, che integra ed arricchisce le informazioni desumibili dai Piani Terapeutici on-line.

Dal 2013 si è deciso di integrare le informazioni fornite dai Piani Terapeutici Nota 85 con la scheda di prima segnalazione e monitoraggio per la registrazione dei pazienti afferenti ai CDCD.

La scheda in uso per la registrazione dei pazienti, adottata da luglio 2013, ha l'obiettivo di ottenere e rendere fruibile una migliore caratterizzazione, sia sul piano della diagnosi che della gravità clinica, di **tutti i pazienti che afferiscono ai CDCD** e non solo dei pazienti rientranti nella nota 85 CUF/AIFA.

La scheda permette di raccogliere informazioni anche per le persone che non sono avviate al trattamento con i farmaci specifici di cui alla nota 85, in quanto:

- non rientranti nei criteri previsti dalla nota stessa;
- presentano controindicazioni al trattamento con farmaci previsti dalla nota;
- ai quali, dopo un periodo di trattamento, i farmaci di cui alla nota vengono sospesi.

Vengono così rilevati i dati secondo la seguente classificazione diagnostica:

- 1. Alzheimer non trattabile (MMSE <10 o >26)
- 2. Alzheimer non trattabile per intolleranza o controindicazione

- 3. Demenza vascolare
- 4. Malattia a corpi di Lewy
- 5. Demenza fronto temporale
- 6. Parkinson demenza
- 7. Non demenza (depressione, ansia, ecc.)
- 8. Decadimento cognitivo in fase di approfondimento diagnostico.

#### IL PAZIENTE CON DEMENZA IN PRONTO SOCCORSO

Si rileva un crescente aumento di pazienti afferenti al Pronto Soccorso, prevalentemente per interventi medici e chirurgici acuti. Il tasso di ricovero aumenta in modo direttamente proporzionale con l'aumentare dell'età superando il 60% nei maschi ed il 40% nelle femmine ultraottantenni. Anche la modalità di accesso mediante ambulanza rispetto ai mezzi propri aumenta con l'aumentare dell'età, come pure la gravità del codice di triage e la relativa appropriatezza.

Il ricovero ospedaliero rappresenta occasione di significativa criticità per i pazienti con decadimento cognitivo e disturbi psico-comportamentali, sia quando già con diagnosi di demenza, poiché scatena il disorientamento nel malato ed il conseguente acuirsi dei disturbi psico-comportamentali, sia in fase non sospetta di malattia, poiché l'evento acuto (es.: frattura, intervento chirurgico ecc.) può divenire causa scatenante dell'esordio della malattia o per l'emergere di manifestazioni transitorie di delirium. Le U.O. ospedaliere maggiormente coinvolte sono quelle chirurgiche, internistica e medico-geriatrica. Tra i pazienti afferiti al Pronto Soccorso che vengono ricoverati, il 6% è affetto da demenza di grado severo.

E' dimostrato che con l'aumentare dell'età, un'elevata percentuale di pazienti molto "vecchi", fra cui sono altamente rappresentati i pazienti affetti da demenza, viene ricoverata per esigenze cliniche che non possono trovare altrove le risposte sanitarie.

Alcuni studi hanno identificato indicatori di fragilità rilevabili già al triage in PS: si tratta di dati clinici e demografici attraverso i quali si individuano i pazienti più vulnerabili classificandoli con un codice specifico, che li accompagnerà per l'intero ricovero.

Nell'ATS di Brescia è stato attivato un progetto "codice argento", finalizzato alla precoce individuazione in Pronto Soccorso del paziente anziano fragile per favorire sia il suo rientro al domicilio, quando il ricovero non è necessario, sia il suo accompagnamento durante il ricovero ospedaliero, per favorirne la successiva dimissione protetta.

Il "codice argento" costituisce priorità d'accesso, a parità di codice del Pronto Soccorso, per il paziente fragile al fine di costruire un percorso di presa in cura dedicato.

L'Osservatorio Epidemiologico di ATS Brescia ha recentemente elaborato un'anagrafe della fragilità, con l'obiettivo di identificare nel modo più preciso la popolazione fragile graduando il rischio di outcome sfavorevole che i soggetti hanno nell'anno o nei mesi successivi alla classificazione. Con la finalità di individuare un indice costituto da un numero di variabili di rischio più facile da gestire, sono state selezionate variabili specifiche e di sintesi per il paziente anziano che considerassero l'età, lo stato mentale, quello funzionale ed il bisogno sociale.

A partire da tali informazioni è stata elaborata una griglia di valutazione della fragilità composta dalle seguenti sei variabili dicotomiche, facilmente indagabili: età, demenza, disabilità, accesso al Pronto Soccorso, ricovero ospedaliero, presa in carico dei servizi socio-sanitari. La tabella 6 riassume tali variabili.

Tabella 6. Codice argento: griglia di valutazione delle variabili associate alla fragilità dell'anziano.

		No=0	Si=1
1	Ha compiuto 75 anni?		

2	Ha avuto un accesso in PS negli ultimi sei mesi?	
3	È stato ricoverato in ospedale negli ultimi sei mesi?	
4	Ha bisogno di qualcuno che gli prepari o somministri le medicine?	
5	Ha bisogno di una persona che l'aiuti ad alzarsi dal letto o camminare?	
6	È seguito dai servizi socio assistenziali (Centro diurno, casa protetta, RSA, SAD, ADI)	
	Totale	
	Codice argento se punteggio totale ≥3	

Per la definizione di deterioramento cognitivo-demenza viene utilizzata la domanda relativa alle attività strumentali della vita quotidiana (IADL), con maggior attinenza alla sfera della salute (uso dei medicinali). Nella classificazione della gravità della demenza, secondo la Clinical Dementia Rating Scale (CDR), la compromissione della funzione "prendere farmaci" equivale al punteggio di compromissione moderata o più che moderata. Tale variabile può essere sostitutiva o supportata dalla seguente altra più specifica: "ha una diagnosi accertata di demenza" (visite presso CDCD, piani terapeutici, ecc.).

La griglia somministrata ad ogni paziente anziano al momento dell'accesso al Triage del Pronto Soccorso da parte dell'infermiere dedicato permette di definire il nuovo codice ("Codice argento") che identifica la fragilità dell'anziano qualora il punteggio ottenuto sia >= a 3.

La griglia, identificando il paziente fragile, consente allo staff del PS una presa in carico mirata, sia per quanto riguarda i percorsi diagnostici-assistenziali differenziati (tempo di attesa), sia per quanto attiene alla specificità clinica (aiuta il medico a identificare i pazienti fragili, bisognosi di cure più attente e mirate prima di un work-up diagnostico o di un trattamento secondo la prassi clinica).

Il vero problema è rappresentato dall'appropriatezza dei percorsi di cura che devono essere finalizzati a commisurare l'intensità diagnostica e terapeutica con gli outcome attesi: ad ogni paziente fragile deve essere fornito il massimo della cura utile alla sua sopravvivenza in condizioni di minor disabilità e dipendenza, di minor dolore e sofferenza.

Lo scenario futuro deve prevedere un piano di specifica formazione -teorica e pratica- per tutto il personale sanitario che lavora in un ospedale per acuti, al fine di preparare operatori sia a gestire l'urgenza del giovane e dell'adulto, sia a saper riconoscere i quadri clinici, spesso atipici, delle patologie acute del paziente fragile.

Per le dimissioni protette si rimanda all'accordo di collaborazione del 2016 "Protocollo per le dimissioni e ammissioni protette ospedale-territorio".

### PROTEZIONE GIURIDICA

A causa della patologia e della disabilità, la persona perde la capacità di valutare situazioni e problemi e prendere le relative decisioni con competenza. In questi casi può essere necessario attivare una delle forme previste dalla legge mirate a dare rappresentanza giuridica alla persona, in particolare l'amministrazione di sostegno.

Ogni singola situazione deve tuttavia essere valutata con attenzione per discriminare se:

- la tutela della persona è garantita, attraverso una rete di protezione famigliare che le dà assistenza, cure, legami positivi;
- la persona è esposta al rischio di non poter far valere i propri diritti o di essere raggirata.

Nel primo caso, l'attivazione di forme di tutela è necessaria solo se vi sono atti giuridici cogenti da compiere (es. la vendita di un immobile).

Nel secondo caso, invece, è necessario procedere se si verificano alcune condizioni:

- la persona non ha alcun famigliare;
- i famigliari sono in conflitto tra loro rispetto alla cura ed all'assistenza o agiscono in modo pregiudizievole o sono disinteressati,
- la persona agisce in modo pregiudizievole per sé o è vittima di raggiri e la rete di protezione, anche se attiva, non è sufficiente ad evitare il disagio.

La persona stessa o il famigliare o, nei casi sopradetti, anche i responsabili dei servizi direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona possono presentare richiesta al Giudice Tutelare del Tribunale competente per residenza o domicilio abituale della persona (per la provincia di Brescia il Tribunale di Brescia).

Nelle situazioni complesse, caratterizzate ad esempio da relazioni famigliari assenti o compromesse, da opposizione della persona alle cure ed all'assistenza, da condizioni di vita gravemente inadeguate, è necessario che gli operatori coinvolti, sanitari e sociali, agiscano di concerto, confrontandosi circa i modi più opportuni ed efficaci per dare soluzione ai problemi, compresa eventualmente l'attivazione di una misura di protezione giuridica.

Per informazioni ci si può rivolgere:

- all'Ufficio Protezione Giuridica dell'ATS di Brescia;
- agli operatori di riferimento per la Protezione Giuridica o agli operatori dell'area anziani e disabilità delle ASST;
- ai servizi sociali dei Comuni;
- agli sportelli/servizi per la protezione giuridica di Comuni/Ambiti o Terzo Settore.

Per la consulenza relativa a situazioni complesse, gli operatori sociali, sanitari e le strutture possono rivolgersi all'Ufficio Protezione Giuridica dell'ATS di Brescia.

Per approfondimenti, modulistica, procedure si rimanda al sito dell'ATS.

#### **INDICATORE**

N° PAZIENTI CON DIAGNOSI DI DEMENZA IN CARICO AI SERVIZI SOCIO SANITARI ≤ A QUELLI DELL'ANNO PRECEDENTE

## MODALITÀ DI DIFFUSIONE ED ATTUAZIONE DEL PDTA

## Il PDTA viene inviato a:

- articolazioni ATS;
- articolazioni ASST;
- CDCD;
- strutture di ricovero pubbliche e private accreditate;
- strutture Cure Intermedie;
- RSA/RSD;
- enti Erogatori ADI.

Il PDTA viene ratificato dal Comitato Aziendale della Medicina Generale ed inviato a:

- Medici di Medicina Generale;
- Medici di Continuità Assistenziale.

Il PDTA viene adottato con decreto ATS e pubblicato sul sito web aziendale.

### LEGENDA

ATS Agenzia di Tutela della Salute

ASST Aziende Socio Sanitarie Territoriali

CDCD Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze

CDI Centro Diurno Integrato

IDR Istituto di Riabilitazione (ora Struttura riabilitativa socio-sanitaria)

MMG Medico di Medicina Generale

PDTA Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale

RSA Residenza Sanitario Assistenziale

RSD Residenza Sanitaria per Disabili

SSR Servizio Sanitario Regionale

PAI Piano Assistenziale Individuale

PI Progetto Individuale

AD Malattia di Alzheimer

#### **BIBLIOGRAFIA**

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

Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD, Lopez OL, Mahoney J, Pasic J, Tan ZS, Wills CD, Rhoads R, Yager J. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. Am J Psychiatry. 2016 May 1;173(5):543-6.

Zanetti O. Ruolo di trazodone nella gestione farmacologica del paziente con disturbi comportamentali associati a demenza. In Focus, febbraio 2013.

"Gli approfondimenti di NNA Le demenze. La cura e le Cure", a cura di Antonio Guita e Marco Trabucchi - Maggioli Editore 2016

Podavitte: La vita dell'ammalato e della sua famiglia a casa. I servizi di supporto

Boccardi M, Altomare D, Ferrari C, Festari C, Guerra UP, Paghera B, Pizzocaro C, Lussignoli G, Geroldi C, Zanetti O, Cotelli MS, Turla M, Borroni B, Rozzini L, Mirabile D, Defanti C, Gennuso M, Prelle A, Gentile S, Morandi A, Vollaro S, Volta GD, Bianchetti A, Conti MZ, Cappuccio M, Carbone P, Bellandi D, Abruzzi L, Bettoni L, Villani D, Raimondi MC, Lanari A, Ciccone A, Facchi E, Di Fazio I, Rozzini R, Boffelli S, Manzoni L, Salvi GP, Cavaliere S, Belotti G, Avanzi S, Pasqualetti P, Muscio C, Padovani A, Frisoni GB; Incremental Diagnostic Value of Amyloid PET With [18F]-Florbetapir (INDIA-FBP) Working Group. Assessment of the Incremental Diagnostic Value of Florbetapir F 18 Imaging in Patients With Cognitive Impairment: The Incremental Diagnostic Value of Amyloid PET With [18F]-Florbetapir (INDIA-FBP) Study. JAMA Neurol. 2016 Oct 31

Riva M, Caratozzolo S, Cerea E, Gottardi F, Zanetti M, Vicini Chilovi B, Cristini C, Padovani A, Rozzini L. Diagnosis disclosure and advance care planning in Alzheimer disease: opinions of a sample of Italian citizens. Aging Clin Exp Res. 2014 Aug;26(4):427-34.

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

Caroline Van Cauwenberghe, Christine Van Broeckhoven & Kristel Sleegers. The genetic landscape of Alzheimer disease: clinical implications and perspectives. Genetics in Medicine (2016) 18, 421–430.

Winblad B, Amouyel P, Andrieu S, Ballard C, Brayne C, Brodaty H et al. ... Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. Lancet Neurol. 2016 Apr;15(5):455-532.

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

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

## **QUESTIONARIO A CURA DEL MMG**

N.	PERFORMANCE	ESITO	
1	Ha difficoltà a ricordare conversazioni, eventi e appuntamenti?	SI	NO
2	Ha difficoltà a ricordare il giorno della settimana o la data attuale?	SI	NO
3	Ripone frequentemente gli oggetti in luoghi inappropriati?	SI	NO
4	È più ripetitivo nel parlare?	SI	NO
5	Ha difficoltà nel seguire un pensiero complesso o nell'eseguire compiti che richiedono numerose azioni?	SI	NO
6	È incapace di rispondere a problemi banali insorti a casa o sul lavoro?	SI	NO
7	Si mostra stranamente poco riguardoso delle regole sociali di comportamento?	SI	NO
8	Ha difficoltà nell'orientamento durante la guida dell'automobile?	SI	NO
9	Tende a perdersi anche in luoghi familiari?	SI	NO
10	È passivo, non reagisce adeguatamente alle differenti situazioni e si mostra indifferente e distaccato?	SI	NO
11	Interpreta in modo sbagliato stimoli uditivi e visivi?	SI	NO
12	È più irritabile e sospettoso del solito?	SI	NO
13	Ha difficoltà sempre maggiori a trovare parole che esprimono ciò che vuole comunicare ("sulla punta della lingua") e a seguire le conversazioni?	SI	NO

In caso di lieve anomalia (1 solo item positivo, che presenta però un impatto con l'attività quotidiana), il questionario può essere nuovamente somministrato dal MMG a breve distanza di tempo (3 mesi) per meglio valutare l'evoluzione delle performance del paziente.

E' facoltà del MMG somministrare al paziente anche il MMSE – Mini Mental State Examination (Allegato B), in particolare quando lo screening tramite questionario evidenzia criticità.

Cognome		Nome	
Data di nascita	Codice Fiscale		

## MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E.)

	<u>Test somministrabile</u> ☐ SI ☐ NO		
1.	In che anno siamo?		0 0
2.	In che stagione siamo?	0 0	
3.	In che mese siamo?		0 1
4.	Mi dica la data di oggi?	0 0	
5.	Che giorno della settimana è oggi?		0 1
6.	Mi dica in che nazione siamo?	0 0	
7.	In quale regione italiana siamo?		<b>(1)</b>
8.	In quale città ci troviamo?	0 0	
9.	A che piano siamo?		0 1
10.	Far ripetere: "pane, casa, gatto" (La prima ripetizione dà adito al pun	teggio.	
	Ripetere finchè il soggetto esegue correttamente, max 6 volte)	0 0 2 3	
11.	Far contare a ritroso da 100 togliendo 7 per cinque volte:		
	O-93 O-86 O-79 O-72 O-65		
	Se non completa questa prova, allora far sillabare all'indietro la parola	a:	
	MONDO: O-O O-D O-N O-O O-M	0 0 2 3	4 5
12.	Chiedere la ripetizione dei tre soggetti precedenti	0 0 2 3	
13.	Mostrare un orologio ed una matita chiedendo di dirne il nome	<b>0 1</b>	
14.	Ripeta questa frase: "Non c'è ne se ne ma"	0 0	

- 15. Prenda questo foglio con la mano destra, lo pieghi a metà con entrambe le mani, e lo butti per terra
- 0 1 2 3

16. Legga ed esegua quanto scritto su questo foglio

0 1

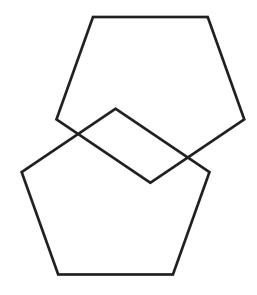
# Chiudi gli occhi

17. Scriva una frase (deve ottenere soggetto e verbo)

0 1

18. Copi questo disegno (pentagoni intrecciati)

0 1



\*\* Coefficienti di aggiustamento del MMSE per classi di età ed educazione nella popolazione italiana.

Intervallo di età	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Anni di scolarizzazione					
0-4 anni	+0,4	+0,7	+1,0	+1,5	+2,2
5-7 anni	-1,1	-0,7	-0,3	+0,4	+1,4
8-12 anni	-2,0	-1,6	-1,0	-0,3	+0,8
13-17 anni	-2,8	-2,3	-1,7	-0,9	+0,3

Il coefficiente va aggiunto (o sottratto) al punteggio grezzo del MMSE per ottenere il punteggio aggiustato.

## Trattamento BPSD

Demenza	BPSD	Farmaco prima scelta	Alternative (SE ALLORA)
Tutte	Depressione	SSRI	<ul> <li>SE agitazione da SSRI o SSRI inefficace e demenza di grado lieve,</li> <li>ALLORA provare SNRI e/o TRAZODONE</li> <li>SE SSRI inefficaci e decadimento cognitivo severo ALLORA utile</li> <li>TRAZODONE</li> </ul>
			- <b>SE</b> presenti anche altri BPSD che non rispondono a SSRI, <b>ALLORA</b> scegliere TRAZODONE
			Evitare sempre TRICICLICI
AD — VaD — Altre	Psicosi (Deliri/Allucinazioni)	ACHEI	- <b>SE</b> agitazione da AchEI, <b>ALLORA</b> sospendere e preferire TRAZODONE o SSRI
demenze a parte LBD e FTD			<ul> <li>SE agitazione da AchEI e Trazodone / SSRI inefficaci, ALLORA passare a NEUROLETTICO TRADIZIONALE (aloperidolo o promazina) o ATIPICO (risperidone o olanzapina, o quetiapina)</li> </ul>
			<ul> <li>SE non agitazione da AchEI ma AchEI inefficaci nel controllo della psicosi, ALLORA proseguire, ma associare prima TRAZODONE e/o SSRI</li> </ul>
			<ul> <li>SE AchEI + TRAZODONE e/o SSRI inefficaci nel controllo della psicosi, ALLORA proseguire AchEI, sospendere antidepressivo e associare NEUROLETTICO TRADIZIONALE o ATIPICO</li> </ul>
FTD	Psicosi (Deliri/Allucinazioni)	TRAZODONE e/o SSRI	<ul> <li>SE Trazodone e SSRI inefficaci o effetto paradosso, ALLORA passare a NEUROLETTICO TRADIZIONALE (aloperidolo o promazina) o ATIPICO (risperidone o olanzapina, o quetiapina) per il minor tempo necessario</li> </ul>
			<ul> <li>SE possibile senza ricomparsa del disturbo, ALLORA riduzione graduale nel neurolettico fino alla minima dose efficace o fino a sospensione</li> </ul>
LBD	Allucinazioni	ACHEI	- <b>SE</b> agitazione da AchEI e allucinazioni non disturbanti e ben tollerate dal paziente, <b>ALLORA</b> sospendere e non trattare il sintomo
			<ul> <li>SE agitazione da AchEI e allucinazioni disturbanti per il paziente,</li> <li>ALLORA sospendere e preferire TRAZODONE o SSRI e/o CLONAZEPAM</li> </ul>
			<ul> <li>SE agitazione da AchEI e Trazodone / SSRI / CLONAZEPAM inefficaci,</li> <li>ALLORA passare a neurolettico atipico (risperidone o olanzapina, o quetiapina)</li> </ul>
			<ul> <li>SE non agitazione da AchEI ma AchEI inefficaci nel controllo delle allucinazioni, ALLORA proseguire, ma associare prima TRAZODONE e/o SSRI e/o CLONAZEPAM</li> </ul>
			- <b>SE</b> AchEI + TRAZODONE e/o SSRI e/o CLONAZEPAM inefficaci nel controllo della psicosi, <b>ALLORA</b> proseguire AchEI, sospendere antidepressivo e benzodiazepina, e associare neurolettico atipico
AD – VaD – Altre demenze a	Agitazione, affaccendamento, sundowning	TRAZODONE e/o SSRI	- <b>SE</b> TRAZODONE inefficace o effetto paradosso, <b>ALLORA</b> sospendere e iniziare NEUROLETTICO TRADIZIONALE o ATIPICO per il minor tempo necessario
parte LBD			- <b>SE</b> possibile senza ricomparsa del disturbo, <b>ALLORA</b> riduzione graduale nel neurolettico fino a sospensione, se necessario con associazione di TRAZODONE (se non effetto paradosso) o STABILIZZANTE (es. Valproato o Pregabalin)
LBD	Agitazione, affaccendamento,	TRAZODONE	- <b>SE</b> TRAZODONE inefficace o effetto paradosso, <b>ALLORA</b> sospendere e iniziare NEUROLETTICO ATIPICO per il minor tempo necessario
	sundowning		<ul> <li>SE possibile senza ricomparsa del disturbo, ALLORA riduzione graduale nel neurolettico fino a sospensione, se necessario con associazione di TRAZODONE (se non effetto paradosso)</li> </ul>
Tutte	Ansia, somatizzazioni	TRAZODONE e/o SSRI	- <b>SE</b> TRAZODONE inefficace e/o SSRI non efficaci, <b>ALLORA</b> associare BENZODIAZEPINA emivita media, a basse dosi
			<ul> <li>SE anche Benzodiazepina inefficace, ALLORA iniziare NEUROLETTICO (atipico se LBD) per il minor tempo necessario</li> </ul>
AD – VaD – Altre demenze a parte LBD	Insonnia	TRAZODONE	- <b>SE</b> TRAZODONE parzialmente efficace (migliora ma non controlla de tutto l'insonnia) e non sono presenti altri BPSD, <b>ALLORA</b> associare BENZODIAZEPINA emivita media a basse dosi e/o ANTISTAMINICO (meglio Prometazina, meno Idrossizina)
			- SE TRAZODONE inefficace o effetto paradosso e non sono presenti

			altri BPSD, <b>ALLORA</b> sospendere e iniziare BENZODIAZEPINA emivita media a basse dosi e/o ANTISTAMINICO (meglio Prometazina, meno Idrossizina)  - <b>SE</b> TRAZODONE parzialmente efficace (migliora ma non controlla del tutto l'insonnia) e sono presenti altri BPSD (es. psicosi e/o agitazione e/o affaccendamento) <b>ALLORA</b> associare NEUROLETTICO TRADIZIONALE o ATIPICO per il minor tempo necessario, anche in associazione con ANTISTAMINICO (meglio Prometazina, meno Idrossizina)
			- <b>SE</b> TRAZODONE inefficace o effetto paradosso e sono presenti altri BPSD (es. psicosi e/o agitazione e/o affaccendamento) <b>ALLORA</b> sospendere e iniziare NEUROLETTICO TRADIZIONALE o ATIPICO per il minor tempo necessario, anche in associazione con ANTISTAMINICO (meglio Prometazina, meno Idrossizina)
			<ul> <li>SE possibile senza ricomparsa del disturbo, ALLORA riduzione graduale nel neurolettico fino alla minima dose efficace o fino a sospensione; se necessario, proseguire il resto della terapia</li> </ul>
LBD	Insonnia	TRAZODONE	- <b>SE</b> TRAZODONE parzialmente efficace (migliora ma non controlla del tutto l'insonnia) e non sono presenti altri BPSD, <b>ALLORA</b> associare BENZODIAZEPINA emivita media a basse dosi
			<ul> <li>SE TRAZODONE inefficace o effetto paradosso e non sono presenti altri BPSD, ALLORA sospendere e iniziare BENZODIAZEPINA emivita media a basse dosi</li> </ul>
			<ul> <li>SE presenti anche disturbo del sonno REM o allucinazioni notturne non ben controllati da TRAZODONE, ALLORA associare CLONAZEPAM</li> </ul>
			- <b>SE</b> TRAZODONE inefficace o effetto paradosso e presente anche disturbo del sonno REM o allucinazioni notturne, <b>ALLORA</b> sospendere e iniziare CLONAZEPAM
			- <b>SE</b> TRAZODONE parzialmente efficace (migliora ma non controlla del tutto l'insonnia) e sono presenti altri BPSD (es. psicosi e/o agitazione e/o affaccendamento) <b>ALLORA</b> associare NEUROLETTICO ATIPICO per il minor tempo necessario, anche in associazione con ANTISTAMINICO (meglio Prometazina, meno Idrossizina)
			- <b>SE</b> TRAZODONE inefficace o effetto paradosso e sono presenti altri BPSD (es. psicosi e/o agitazione e/o affaccendamento) <b>ALLORA</b> sospendere e iniziare NEUROLETTICO ATIPICO per il minor tempo necessario, anche in associazione con ANTISTAMINICO (meglio Prometazina, meno Idrossizina)
			<ul> <li>SE possibile senza ricomparsa del disturbo, ALLORA riduzione graduale nel neurolettico fino alla minima dose efficace o fino a sospensione; se necessario, proseguire il resto della terapia</li> </ul>

Nota: nei pazienti con demenza i neurolettici tipici e atipici non sono prescrivibili a carico del SSN

INTESTAZIONE OSPEDALE O STRUTTURA

#### INTESTAZIONE DIPARTIMENTO e-mail:



tel. (reparto); tel. (segreteria)

Brescia, XX.XX.2016

Stimatissimo Collega

Ho visitato in data odierna il paziente Sig.ra Residente a,

Di anni

Stato civile: (vedovo coniugato celibe/nubile) Vive solo: (si no)

lice di Comorbilità (CIRS)	1	2	3	4	5
Patologia cardiaca (SCC, cardiopatia ischemica, ipertensiva e valvolare, pregresso	<u> </u>	X	Ť		Ť
IMA; pregresso by-pass aorto coronarico, pregressa PTCA+stent, FA permanente in TAO,					
PM)					
Ipertensione arteriosa			Х		
Vascolari (carotidosclerosi, TEA carotidea dx/sin anamnestico, pregresso intervento		Х			
per aneurisma dell'aorta addominale, AOCP, flebopatia varicosa, insufficienza venosa					
degli arti inferiori, anemia multifattoriale)					
Respiratorie (BPCO, insufficienza respiratoria, ex tabagismo)		Х			
Occhio, orecchio (ipovisus moderato, grave; ipoacusia moderata, grave)				X	
Apparato gastrointestinale superiore (malattia peptica attuale/pregressa; ernia jatale,			Х		
gastrite cronica; esiti di gastroresezione per ca dello stomaco; colelitiasi; pregressa					
colecistectomia)					
Apparato gastrointestinale inferiore (stipsi, malattia diverticolare colon, pregressa		Х			
emicolectomia per ca, incontinenza fecale cronica stabilizzata)					
Patologie epatiche (steatosi epatica; cirrosi epatica, HCV+)		X			
Patologie renali (IRC; pregressa nefrectomia dx/sin per ca)		Х			
Altre patolologie genito-urinarie (incontinenza urinaria cronica stabilizzata; ca			Х		
prostata; IPB. Pregressa isterectomia)					
Sistema muscolo-scheletro-cute (artrosi grave sintomatica; osteoporosi con crolli			X		
vertebrali. Cadute recidivanti: ultimo episodio occorso . Pregressa frattura di femore					
sin/dx. Esiti di mastectomia-quadrantectomia per ca)					
Sistema nervoso centrale e periferico (pregressa vasculopatia cerebrale con		Х			
emiparesi sin-destra e afasia; morbo di Parkinson; epilessia)					
Patologie endocrino-metaboliche (diabete mellito tipo 2 con complicanze,			Х		
ipotiroidismo)					
Patologie psichiatrico-comportamentali (decadimento cognitivo compatibile con AD-			Х		
VD, e disturbi del comportamento; depressione; psicosi)			<u></u>	L	
lice di severità			To	tale/1	3=_
lice di comorbilità					
dice di severità, risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (es	scluder	ndo p	oatolo	gie	
chiatriche/comportamentali); ndice di comorbidità, che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un p					

Tel.

Legenda gravità CIRS: Non esiste patologia;

- La patologia non interferisce con la normale attività, il trattamento può anche essere evitato; la prognosi è buona; La patologia interferisce con la normale attività; la cura è necessaria e la prognosi è favorevole;
- 2.
- La patologia è disabilitante, la cura è urgente e la prognosi è riservata; 3.

uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali).

natologia none a rischio la sonravvivenza del s

4. La patologia porte a riserilo la sopravvivenza dei soggetto, la cura è digente o addititura inclineace, la progriosi è grave.							
MMSE:	/30		CDR (demenza):	/5			
Disturbi comportamentali	(elencare i princ	cipali)	UCLA NPI	/144			
Tinetti equilibrio:	/16 Tine	tti andatura: /12	Tinetti punteggio totale:	/28			

IADL	CON	FUNZ	BADL	CON	FUNZ
	AIUTO	PERSE		AIUTO	PERSE
Usare mezzi di trasporto	Х	Х	Fare il bagno	Х	Х
Usare il telefono	Х	Х	Vestirsi	Х	Х
Fare acquisti	Х	Х	Lavarsi	Х	Х
Assumere i medicinali	Х	Х	Incontinenza urinaria/fecale	Х	Х
Gestire il denaro	Х	Х	Deambulazione	Х	Х
Cucinare	Х	Х	Alimentarsi	Х	Х
Governare la casa	Х	Х			
Lavare la biancheria	Х	Х			
IADL (funzioni perse):	·	x/8	BADL (funzioni perse):		x/6

La presente relazione geriatrica e valutazione del grado di Disabilità è stata esplicitamente richiesta ai fini del riconoscimento dello stato di invalidità civile e della concessione dell'indennità di accompagnamento (L. 102/2009 art. 20 e L. 508/88)

Cordialità, Dr XXXX

#### Legenda:

rispetto al precedente certificato, il file in word permette di effettuare modifiche in elettronico sulle patologie (cancellare quelle non esistenti nel paziente, inserire altre patologie, identificando le caratteristiche del singolo malato). La casella di gravità si identifica con una X.

La tabella della comorbilità (CIRS) permette visivamente di valutare la gravità delle singole patologie, i due indici finali (indice di severità, e comorbilità) sono indicatori di gravità clinica e si correlano con la prognosi del paziente.

Nelle altre scale di valutazione va inserito il punteggio ottenuto dalla valutazione del paziente (MMSE, CDR, Tinetti equilibrio, andatura, totale).

Nelle scale IADL e BADL vanno inserite le indicazioni sulle funzioni perse o con aiuto contrassegnandole con la X. Il totale in fondo rappresenta il numero di funzioni perse.

Sugli eventuali disturbi comportamentali vanno elencati quelli principali (più disturbanti per la famiglia); è opzionale ma consigliato riportare il punteggio della scala UCLA NPI.

## **UCLA Neuropsychiatric Inventory (NPI)**

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

	N.A.	Frequenza (a)	Gravità (b)	a x b
Deliri	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	
Allucinazioni	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	
Agitazione	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	
Depressione	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	
Ansia	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	
Euforia/esaltazione	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	
Apatia/indifferenza	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	
Disinibizione	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	
Irritabilità/labilità	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	
Attività motoria	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	
Sonno	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	
Disturbi dell'appetit	to			
e dell'alimentazione	€[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	

Frequenza 0=mai

1=raramente 2=talvolta

3=frequentemente

4=quasi costantemente

Gravità

1=lievi (non producono disturbo al paziente).

2=moderati (comportano disturbo per il paziente).

3=severi (richiedono la somministrazione di farmaci; sono molto disturbanti

per il paziente).

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

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

## CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE

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

## **CDR 5**: DEMENZA TERMINALE

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

#### MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (Folstein M.F., Folstein S., McHugh P.R., J.Psychiatr.Res;12:189-198, 1975) 1. Orientamento temporo-spaziale Il paziente sa riferire il giorno del mese, l'anno, il mese, il giorno della settimana e la stagione. [0] [1] [2] [5] Il paziente sa riferire il luogo in cui si trova, a quale piano, in quale città, regione, stato. [0] [1] [2] [3] [4] [5] 2. Memoria L'esaminatore pronuncia ad alta voce tre termini (casa, pane, gatto) e chiede al paziente di ripeterli immediatamente. [0] [1] [2] [3] L'esaminatore deve ripeterli fino a quando il paziente non li abbia imparati (max 6 ripetizioni). Tentativi n. 3. Attenzione e calcolo Far contare per sette all'indietro, partendo da 100. Fermarsi dopo le prime 5 risposte. Se il paziente avesse difficoltà di calcolo, far scandire all'indietro la parola "MONDO" una lettera alla volta. [0] [2] [4] [5] [1] [3] 4. Richiamo delle tre parole Richiamare i tre termini precedentemente imparati. [0] [1] [2] [3] 5. Linguaggio Il paziente deve riconoscere due oggetti. Come si chiama questo? (indicando una matita). Come si chiama questo? (indicando un orologio). [0] [1] [2] Invitare il paziente a ripetere la frase "TIGRE CONTRO TIGRE". [0] [1] Esecuzione di un compito su comando. Invitare il paziente ad eseguire correttamente i seguenti ordini: a) prenda un foglio con la mano destra, b) lo pieghi a metà, c) e lo butti dal tavolo. [0] [1] [2] [3] Presentare al paziente un foglio con la seguente scritta: "Chiuda gli occhi". Invitare il paziente ad eseguire il comando indicato [0] [1] Far scrivere al paziente una frase formata almeno da soggetto e verbo. [0] [1]

[0]

[1]

/30

Far copiare al paziente il disegno indicato.

**PUNTEGGIO COMPLESSIVO** 

(Il materiale delle ultime due prove va conservato)

## ATTIVITA' DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (BADL) (Katz S, Ford AB et al. JAMA 1963;185:914-919)

Α	Fare il bagno (vasca, doccia, spugnature)	
[1]		1
[2]		1
[3]	Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo	0
В	Vestirsi (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti), inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature o delle bretelle, se utilizzate)	)
[1] [2]	Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe	1
[3]	Ha bisogno di assistenza per prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito	0
<b>C</b> [1]	Toilette (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi) Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda	,
		1
[2]	Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso	_
[3]		0
[0]	Non si reca in bagno per revacuazione	U
D [1]	Spostarsi Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente	
r.1		1
[2]		0
[3]	Allettato, non esce dal letto	0
E	Continenza di feci e urine	
[1]	·	1
[2]		0
[3]	Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente	U
F	Alimentazione	
[1] [2]	Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane	1
[3]	Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente	
	per via parenterale	0

PUNTEGGIO TOTALE (numero totale funzioni perse):\_\_\_\_\_

# ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL) (Lawton M.P. e Brody E.M., Gerontologist, 9:179-186, 1969)

<ul><li>[1] Usa il telefono di propria iniziativa</li><li>[2] Compone solo alcuni numeri ben conosciuti</li></ul>	1
[3] Risponde ma non è capace di comporre il numero [4] Non risponde al telefono Non applicabile	1 1 0 NA
Fare Acquisti  [1] Fa tutte le proprie spese senza aiuto  [2] Fa piccoli acquisti senza aiuto  [3] Ha bisogno di essere accompagnato  [4] Completamente incapace di fare acquisti Non applicabile	1 0 0 0 NA
Preparazione del cibo  [1] Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati [2] Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti [3] Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata [4] Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti Non applicabile	1 0 0 0 NA
Governo della casa  [1] Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per esempio aiuto per i lavori pesa [2] Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della cas [3] Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa [4] Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa Non applicabile	
Biancheria [1] Fa il bucato personalmente e completamente [2] Lava le piccole cose (calze, fazzoletti) [3] Tutta la biancheria deve essere lavata da altri Non applicabile	1 1 0 NA
Mezzi di trasporto  [1] Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto [2] Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici [3] Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato [4] Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza [5] Non si sposta per niente Non applicabile	1 1 1 0 0 NA
Responsabilità nell'uso dei farmaci [1] Prende le medicine che gli sono state prescritte [2] Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate [3] Non è in grado di prendere le medicine da solo Non applicabile	1 0 0 NA
Capacita' di maneggiare il denaro  [1] Maneggia le proprie finanze in modo indipendente [2] E' in grado di fare piccoli acquisti [3] E' incapace di maneggiare i soldi Non applicabile Totale funzioni perse 8	1 1 0 NA

# Scala di Tinetti per l'equilibrio ed andatura. (Tinetti ME: Performance-oriented assessement of mobility problems in elderly patients. JAGS 1986;34:119-126)

	Equilibrio da seduto Si inclina, scivola dalla sedia E' stabile, sicuro  Alzarsi dalla sedia E' incapace senza aiuto Deve aiutarsi con le braccia Si alza senza aiutarsi con le braccia  Tentativo di alzarsi E' incapace senza aiuto Capace, ma richiede più di un tentativo Capace al primo tentativo	0 1 0 1 2	10	Inizio della deambulazione Una certa esitazione, o più tentativi Nessuna esitazione  Lunghezza ed altezza del passo Piede dx Il piede dx non supera il sx Il piede dx supera il sx Il piede dx non si alza completamente dal pavimento Il piede dx si alza completamente dal pavimento Piede sx Il piede sx non supera il dx Il piede sx supera il dx Il piede sx supera il dx	0 1 0 1 0 1
4	Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.) Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del	0		Il piede sx supera il dx  Il piede sx non si alza completamente dal pavimento  Il piede sx si alza completamente dal pavimento	1 0 1
_	tronco) Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili Stabile senza ausili	1 2	12	Simmetria del passo Il passo dx e il sx non sembrano uguali Il passo dx e il sx sembrano uguali	0
5	Equilibrio nella stazione eretta prolungata Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano >10 cm	0 1	13	Continuità del passo Interrotto o discontinuo Continuo Traiettoria	0
6	Stabile, a base stretta, senza supporti  Romberg Instabile Stabile	0		Deviazione marcata Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili Assenza di deviazione e di uso di ausili	0 1 2
7	Romberg sensibilizzato Comincia a cadere Oscilla, ma si riprende da solo Stabile	0 1 2	15	Tronco  Marcata oscillazione o uso di ausili  Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia  Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili	0 1 2
8	Girarsi di 360 gradi A passi discontinui A passi continui Instabile Stabile	0 1 0 1	16	Cammino I talloni sono separati I talloni quasi si toccano durante il cammino  TOTALE ANDATURA	0 1
9	Sedersi Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo Sicuro, movimento continuo  TOTALE EQUILIBRIO	0 1 2 /16		TOTALE EQUILIBRIO + ANDATURA	_/12 /28

## RACCOMANDAZIONI SU PARAMETRI E FINALITÀ DELLA VALUTAZIONE PER PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Il parametro di riferimento valutativo, trattandosi di pazienti generalmente ultra65enni, è stabilito dal Decreto Legislativo 23/11/1988, n. 509 e dalla Legge 11/2/1980 n. 18:

esiti permanenti delle infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente accertate da apposite indagini cliniche, strumentali e di laboratorio quando siano causa di:

- difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età
- impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore
- impossibilità a compiere gli atti quotidiani della vita.

A questi parametri si aggiunge quanto previsto dalla Legge 104 del 5/2/1992:

presenza di minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione.

Le richieste mirano ad ottenere benefici prevalentemente, ma non esclusivamente, economici.

E' possibile stabilire dei cut-off delle scale valutative al di sotto/sopra dei quali riconoscere la situazione di non autonomia, sebbene gli automatismi siano sempre insidiosi sia per il clinico sia per il medico-legale.

Il clinico deve fornire, nei limiti delle proprie capacità, una precisa diagnosi ed una valutazione funzionale, anziché esprimersi sulla valutazione medico-legale dell'autonomia.

#### Le scale funzionali:

permettono di fornire i parametri per valutare il grado della compromissione delle funzioni proprie dell'età, della capacità di deambulare e degli atti quotidiani della vita.

### Finalità della certificazione

- 1. fornire un inquadramento diagnostico "certo";
- 2. fornire gli elementi per la valutazione "funzionale" e "prognostica".

### Alcune riflessioni metodologiche

- 1. certificare significa asserire come certo (diagnosi);
- le valutazioni funzionali, dovendo stimare frequenza, durata e gravità di un deficit (vedere ICF) necessitano di valutazioni spesso in tempi diversi. Nel caso di forme cronicodegenerative inoltre, la stessa patologia e/o la terapia possono comportare fluttuazioni della funzionalità con parziali recuperi;
- 3. una diagnostica precisa permette di correlare correttamente (anche a fini prognostici, i.e. necessità di revisione) la causa dei deficit funzionali.

	Allegato F
(Logo ASST)	(Logo e Timbro Comune/Ambito)
Equipe Valutazione Multidimensionale/EOH Presidio	Territoriale di
Comune di An	nbito
	Misure 2 -3 -4 DGR 2942/14 Comunità Religiose – DGR 4086/15
Per il Sig./Sig.ra	
nato/a a	il
residente a	domiciliato/a
Tel. E-mail	
Codice Fiscale	
Provenienza Utente: Domicilio RSA	Strutture ex DD.G.R. n. 3239/2012 e n. 499/2013
MISURA RICHIESTA:	
Misura 2 – Residenzialità Leggera/Assistita	Data richiesta
Misura 3 – Residenzialità per minori con gravissima	disabilità Data richiesta
☐ Misura 4 – RSA Aperta	Data richiesta
Misura "Residenzialità Assistita in Comunità Relig 4086/15	giose" - DGR Data richiesta
ENTE RESPONSABILE DELLA GESTIONE DEL CASO	;
ASST DI COMUNE/AMBITO	
Valutazione multidisciplinare eseguita in data	presso

## Equipe valutante composta dai seguenti operatori:

	ASST	COMUNE/AMBITO	
Fig. Prof.	Cognome e Nome	Fig. Prof.	Cognome e Nome
FIGURE DI RIFER	IMENTO		
MMG/PdF			
SPECIALISTA			
ALTRO			
ALINO			
Presenza di un an	mministratore di sostegno/tutore:	□ SI □ N	0
CAREGIVER FAM	<u>∕IILIARE</u> : SI NO		
Specificare Tipolo	ogia Caregiver Familiare:		
Coniuge/conv		Sorella/e	Cognato/a
Figlio/a/i	Padre	Cugino/a	Zio/a
Ambedue i ge		Nuora/Ger	_ ·
Altro	,		
(specificare)			
	INITED\/ENITI	/CED\/171 ATTI\/1	
	INTERVENTI	/SERVIZI ATTIVI	
Presenza di una	rete di volontariato: SI	□NO	
ASSISTENZA PER	RSONALE: SI NO		
Assistenza ero	ogata da badante/assistente assunt	a con regolare co	ntratto
Assistenza ero	ogata da altra/e persona/e non con	trattualizzata (es.	familiare)
Altro			
(specificare)	TE SOCIO-SANITARIA		
ADI SI	NO Profilo n. €	dal	al
Figure prof. co	oinvolte 🔲 infermiere	Educator	e

P:	sicologo	Fisioterapista
o	SS	Altro
	□	(specificare)
Prestazioni assicurate dall'ADI	Educative (specifi	tutelari (specificare)  care)  oni assicurate dall'ADI
Centro Diurno Integrato (CD part-time full-time a contratto autorizza		Centro Diurno per Disabili (CDD):  part-time full-time a contratto autorizzato/accreditato
dal al	nto, accirculturo	dal al
Ricovero di Sollievo (RSA/RS	D/CSS):	Comunità Residenziale:
dal al		dal al
☐ In attesa di inserimento in RSA/RSD/CSS/CDI/CDD		Lista Unica: SI NO
Specificare la/le Strutture in cui	la persona è in lista:	
Altro (specificare):		
SERVIZI DELLA RETE SOCIO-A	SSISTENZIALE	
SAD n. access settimana	si	tot. ore sett.li
Servizio attivo di sera o/e	nei festivi	

Personale assist.le coinvolto			
Costo Mensile €			
Totale quota Comune €			
Servizio pasti a domicilio	Quota Comune €		Quota Utente €
Servizio lavanderia	Quota Comune €		Quota Utente €
Alloggi protetti	Quota Comune €		Quota Utente €
Servizio di trasporto	Quota Comune €		Quota Utente €
Telesoccorso	Quota Comune €		Quota Utente €
CSE	Quota Comune €		Quota Utente €
SFA	Quota Comune €		Quota Utente €
Servizi minori (specificare)			
Altro (specificare)			
AUSILI IN DOTAZIONE			
	ontascale		
	usili Comunicazione	inawa)	
	usili nutrizione (pred	isare)	
Ausili per incontinenza (preci	usili respirazione sare)		
Altro			
(precisare)			
CERTIFICAZIONI			
Invalidità Civile %		Esenzione tic	ket sanitario (specificare codice/i):
Indennità accompagnamento		1)	2)
L.104/92 Handicap grave		3)	4)

## **SCHEDA DI VALUTAZIONE**

VALUTAZIONI E ALTRA DOCUMENTAZIOI	NE SANITARIA*	Data Valutazione		
Triage (scheda orientamento)	data	Valore totale	Triage	
VAOR	data	Spec. profile	esito [	
CIRS	data		esito	
RSS	data	Valore tota	le RSS	
ADL	data		esito	
IADL	data		esito	
SIDi	data	Valore tota	le SIDi	
Certificazione Specialistica	data			
Relazione clinica per minori	data			
Glasgow			esito	
Scheda Valutazione Condizione Dipe	endenza Vitale (a cura M	MG/PdF)		
Scheda Orientamento per accesso R	Residenzialità Assistita in	Comunità Religiose	[	
Altro (specificare):			ocito [	
Aitio (specificate).			esito	
Aitio (specificare).			esito	
*Copia degli strumenti di valutazione	e utilizzati deve essere	allegata al Progetto Ir	esito [	nle
	e utilizzati deve essere	allegata al Progetto Ir	esito [	nle
	e utilizzati deve essere	allegata al Progetto Ir	esito [	<u>ıle</u>
*Copia degli strumenti di valutazione	utilizzati deve essere	allegata al Progetto Ir	esito [	nle
		allegata al Progetto Ir	esito [	<u>ile</u>
*Copia degli strumenti di valutazione  MISURA ASSEGNATA:	ra/Assistita		esito [	ile
*Copia degli strumenti di valutazione  MISURA ASSEGNATA:  Misura 2 – Residenzialità Legge	ra/Assistita		esito [	<u>ile</u>
*Copia degli strumenti di valutazione  *MISURA ASSEGNATA:  Misura 2 – Residenzialità Legge  Misura 3 – Residenzialità per mir	ra/Assistita nori con gravissima disa	bilità	esito [	ile
*Copia degli strumenti di valutazione  *MISURA ASSEGNATA:  Misura 2 – Residenzialità Legge Misura 3 – Residenzialità per mir Misura 4 – RSA Aperta  Misura "Residenzialità Assistita	ra/Assistita nori con gravissima disa in Comunità Religiose la Rete Sociale e Socia	bilità " - DGR osanitaria più idonei	esito [	
*Copia degli strumenti di valutazione  *MISURA ASSEGNATA:  Misura 2 – Residenzialità Legge Misura 3 – Residenzialità per mir Misura 4 – RSA Aperta Misura "Residenzialità Assistita 4086/15 Altro (indicare altri Servizi delli	ra/Assistita nori con gravissima disa in Comunità Religiose la Rete Sociale e Socia	bilità " - DGR osanitaria più idonei	esito [	
*Copia degli strumenti di valutazione  *MISURA ASSEGNATA:  Misura 2 – Residenzialità Legge Misura 3 – Residenzialità per mir Misura 4 – RSA Aperta Misura "Residenzialità Assistita 4086/15 Altro (indicare altri Servizi delli	ra/Assistita nori con gravissima disa in Comunità Religiose la Rete Sociale e Socia	bilità " - DGR osanitaria più idonei	esito [	
*Copia degli strumenti di valutazione  *MISURA ASSEGNATA:  Misura 2 – Residenzialità Legge Misura 3 – Residenzialità per mir Misura 4 – RSA Aperta Misura "Residenzialità Assistita 4086/15 Altro (indicare altri Servizi delli	ra/Assistita nori con gravissima disa in Comunità Religiose la Rete Sociale e Socia	bilità " - DGR osanitaria più idonei	esito [	
*Copia degli strumenti di valutazione  *MISURA ASSEGNATA:  Misura 2 – Residenzialità Legge Misura 3 – Residenzialità per mir Misura 4 – RSA Aperta Misura "Residenzialità Assistita 4086/15 Altro (indicare altri Servizi delli	ra/Assistita nori con gravissima disa in Comunità Religiose la Rete Sociale e Socia n rientri in nessuna de	bilità " - DGR osanitaria più idonei lle Misure richieste):	esito [	

i r 0 V	Altro specificar	
•	e): 	
		PROGETTO INDIVIDUALE
(DESCRIVERI		data  TAGLIATO GLI ELEMENTI PRINCIPALI DELLA VALUTAZIONE E GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO A MISURA ASSEGNATA)

## SCHEDA VOUCHER MISURA 2 – PRIMA VALUTAZIONE

ALLA LUCE DEI DATI RACCOLTI E DEGLI, OBIETTIVI SI PROPONGONO I SEGUENTI SERVIZI/PROGETTI/INTERVENTI

Periodo complessivo proposto dal al
(max fino al/)
Data Valutazione Voucher n.
Livello bassa intensità 300 minuti ass. settimanali (€ 14 die) al
(max fino al/)
Livello media intensità 500 minuti settimanali (€ 24 die)
(max fino al/)
Previsione valore totale Voucher periodo proposto* €
*(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato
Obiettivi:
Interventi da sostenere:
Figure Professionali necessarie:
Ente Erogatore scelto dall'utente
Luogo e Data Firma del beneficiario/delegato*
Firma dell'operatore di riferimento
Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data
*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona

di impedimento alla sottoscrizione)

Data Valutazi	one		Voucher n.
Livello ba	assa intensità 300 m	inuti ass. settimanali (€ 14 die)	al
		(m	nax fino al//)
Livello n	nedia intensità 500	minuti settimanali (€ 24 die)	al
		(r	max fino al//)
	Pro	evisione valore totale Voucher periodo pro	posto* €
		*(valore voucher moltiplicato pe	r i giorni previsti nel periodo indicato)
Obiettivi:			
Interventi da	sostenere:		
Figure Profes	sionali necessarie:		•
Ente Erogatore	e scelto dall'utente		
Luogo e Data		Firma del beneficiario/delegato*	
		Firma dell'operatore di riferimento	
	S	cheda notificata all'Ente Erogatore tramite ema	ail in data
	valida solo in presenza di	isure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministrato un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DF	

## SCHEDA VOUCHER MISURA 2 – RIVALUTAZIONE

ALLA LUCE DEI DATI RACCOLTI E DEGLI, OBIETTIVI SI PROPONGONO I SEGUENTI SERVIZI/PROGETTI/INTERVENTI

Periodo complessivo proposto dal al
(max fino al/)
Data rivalutazione Voucher n.
Livello bassa intensità 300 minuti ass. settimanali (€ 14 die) al
(max fino al//)
Livello media intensità 500 minuti settimanali (€ 24 die) al
(max fino al//)
Previsione valore totale Voucher periodo proposto* €
*(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)
Obiettivi:
Interventi da sostenere:
Figure Professionali necessarie:
Ente Erogatore scelto dall'utente
Luogo e Data Firma del beneficiario/delegato*
Firma dell'operatore di riferimento
Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data
*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)
Data Rivalutazione Voucher n.

Livello ba	ssa intensità 300 minuti ass. settimanali (€ 14 die)
dai	(max fino al/)
Livello n	nedia intensità 500 minuti settimanali (€ 24 die)
dal	al
	(max fino al/)
	Previsione valore totale Voucher periodo proposto* €
Objettivi	*(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)
Obiettivi:	
Interventi da	sostenere:
Figure Profess	sionali necessarie:
Ente Erogatore	e scelto dall'utente
Luggo o Data	Firma del beneficiario/delegato*
Luogo e Data	
	Firma dell'operatore di riferimento
	Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data
	sato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione
di impedimento al	a sottoscrizione)
SCHEDA	MISURA "RESIDENZIALITA" ASSISTITA IN COMUNITA' RELIGIOSE" – DGR 4086/15
	PRIMA VALUTAZIONE ALLA LUCE DEI DATI RACCOLTI E DEGLI, OBIETTIVI SI PROPONGONO I SEGUENTI
,	SERVIZI/PROGETTI/INTERVENTI
	Periodo complessivo proposto dal al
	(max fino al//)

Data valutazione Voucher n.
Livello bassa intensità 200 minuti ass. settimanali (€ 10 die) al
(max fino al//)
Livello media intensità minuti (€ 18 die) dal al
*(livello media intensità almeno 300 minuti sett.li di assistenza) (max fino al/)
Livello alta intensità minuti sett.li *: (€ 24 die) dal al
*(livello media intensità almeno 400 minuti sett.li di assistenza) (max fino al/)
Previsione valore totale Voucher periodo proposto* €
*(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicat
Obiettivi/interventi da sostenere:
Figure Professionali necessarie:
Istituto Religioso
Luogo e Data Firma del beneficiario/delegato*
Firma dell'operatore di riferimento
Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data
*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persoi anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazio di impedimento alla sottoscrizione)
Data valutazione Voucher n.
Data valutazione Voucher n. Livello bassa intensità 200 minuti ass. settimanali (€ 10 die)

Livello sett.li*:	media	intensità	minuti		(€ 18 die) dal			al	
*(livello media intensità almeno 300 minuti sett.li di assistenza) (max fino al//)							//)		
Livello alt	a intensi	tà minuti se	ett.li *:		(€ 24 die) dal			al	
*(livello	media intei	nsità almeno 4	400 minuti	sett.li di a	ssistenza)	(m	ax fino	al	/_/_)
		Pre	evisione v	valore to	otale Voucher pe	eriodo prop	osto*	€	
Obiettivi/inte	rventi d:	a sostanara	<b>,.</b>	:	*(valore voucher m	oltiplicato per	i giorni p	orevis	ti nel periodo indicato)
Objectivity inte	TVCIICI GC	73031011010	•						
Ciauma Drafass	sianali n								
Figure Profess	sionali ne	ecessarie:							
	latitt	- Paliniana							
	istituti	o Religioso							
Luogo e Data				Firma	a del beneficiario	/delegato*			
				Firma o	lell'operatore di r	riferimento			
		Se	cheda not	ificata al	l'Ente Erogatore	tramite ema	il in dat	а	
									a firma di terza persona, 4. (allegare dichiarazione
di impedimento all			,				•		(, , ,
SCHEDA	MISUR	A "RESIDE	NZIALIT/	A' ASSIS	STITA IN COMU	NITA' RELI	GIOSE	" – [	OGR 4086/15
	Λιιλιιι	SE DEL DATI	BACCOL		L <mark>UTAZIONE</mark> GLI, OBIETTIVI SI	BBOBONO		SECI	IENITI
,	ALLA LOC	,E DEI DAII			GETTI/INTERVE		511013	EGC	LIVII
		Period	o comple	essivo pr	oposto dal			al	
	. –						fino al	/_	)
Data Rivalutazi	ione					\	oucher	n.	
Livello ba	ssa inter	ısità 200 m	inuti ass.	settima	nali (€ 10 die)			al	

dal	
	(max fino al//)
Livello media intensità minuti (€ 18 die) dal sett.li*:	al
*(livello media intensità almeno 300 minuti sett.li di assistenza)	(max fino al//)
☐ Livello alta intensità minuti sett.li *: (€ 24 die) dal	al
*(livello media intensità almeno 400 minuti sett.li di assistenza)	(max fino al//)
Previsione valore totale Voucher p	periodo proposto* €
*(valore voucher m	noltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)
Obiettivi/interventi da sostenere:	
Figure Professionali necessarie:	
Istituto Religioso	
Luogo e Data Firma del beneficiario	o/delegato*
Eirma dall'anaratara di	riforimente
Firma dell'operatore di	
*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel di impedimento alla sottoscrizione)	, amministratore di sostegno) la firma di terza persona,
Data Rivalutazione	Voucher n.
☐ Livello bassa intensità 200 minuti ass. settimanali (€ 10 die) dal	al
	(max fino al//)
☐ Livello media intensità minuti (€ 18 die) dal sett.li*:	al
*(livello media intensità almeno 300 minuti sett.li di assistenza)	(max fino al/)

Livello alt	a intensità minuti se	tt.li *:		(€ 24 die) dal			al	
*(livello	media intensità almeno 4	00 minuti :	sett.li di a	assistenza)	(m	ax fino	al _	<i></i> )
	Pre	visione v	alore to	otale Voucher p	eriodo prop	osto*	€	
			:	*(valore voucher r	noltiplicato per	i giorni į	orevis	ti nel periodo indicato)
Obiettivi/inte	rventi da sostenere:							
Figure Profess	sionali necessarie:							
	Istituto Religioso							
Luogo e Data			Firma	a del beneficiari	o/delegato*			
			Eirma e	dell'operatore di	riforimento			
	C-	المحمد حامدها		-		المام ما ال		
*nota: Se l'interes	SC sato non è sottoposto a mi			Il'Ente Erogatore				a firma di terza persona.
	valida solo in presenza di u							-
,	<b>SCHEDA</b> ALLA LUCE DEI DATI			<b>URA 3 – PRIM</b> GLI, OBIETTIVI S			SEGU	IENTI
				DGETTI/INTERVI				
	Periodo	o comple	ssivo pr	roposto dal			al	
Data valutazio	ne				(max	fino al	/_	<u>_/)</u>
Struttura prop		nin ass	cottima	nali (f. 140 dia)				
Livello media intensità 2500 min. ass. settimanali (€ 140 die) al								
					(m	ax fino	al	//)

Livello a	lta intensità 3500 min. settimanali (€ 200 die)
	(max fino al//)
	Previsione valore totale Voucher periodo proposto* €
	*(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)
Ente Erogatore	e scelto dall'utente
Luogo e Data	Firma del beneficiario/delegato*
	Firma dell'operatore di riferimento
	Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data
*nota: Se l'interessat	o non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è

valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

### SCHEDA VOUCHER MISURA 3 – RIVALUTAZIONE

Data Rivaluta	azione		
Struttura prop	oosta:		
Livello n	nedia intensità 2500 min.	ass. sett.li (€ 140 die) al	
		(max fino al/)	
Livello a	lta intensità 3500 min. a	ass. sett.li (€ 200 die) al	
		(max fino al//)	
	Previsione	e valore totale Voucher periodo proposto* €	
		*(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)	
Ente Erogatore	e scelto dall'utente		
Luogo e Data		Firma del beneficiario/delegato*	
		Firma dell'operatore di riferimento	
	Schodo n	otificata all'Ente Erogatore tramite email in data	
*nota: Se l'interessa		nterdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è	
	a di un impedimento fisico dell'interessat	o nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)	
,		HER MISURA 4 – PRIMA VALUTAZIONE PLTI E DEGLI, OBIETTIVI SI PROPONGONO I SEGUENTI	
	SEF	RVIZI/PROGETTI/INTERVENTI	
	Periodo comple	essivo proposto dal al	
		(max fino al/)	
Data valutazio	ne	Voucher n.	
Profilo 1 -	- Voucher € 350,00 mensili	periodo al	
Profilo 2 -	- Voucher € 500,00 mensili	periodo al	
Profilo 3 -	- Voucher € 700,00 mensili	periodo al	
Figure Professionali Previste:			
ASA/OSS Infermiere Professionale Medico FKT			
Psicologo	Educatore/A	nimatore Assistente Sociale	
Prestazioni/Interventi previsti:			
Integrazio	one del lavoro del caregiver	Ricovero Residenziale RSA	
Ricovero	Semi-residenziale CDI/RSA:	Interventi qualificati di accompagnamento	
Acc	coglienza in RSA	Addestramento del caregiver	

Accoglienza in CDI	Counseling e terapia occupazionale	
Adattamento degli Ambienti	☐ Care management Leggero (€ 14,00)	
Stimolazione cognitiva, di sost. a BPSD	Care m. Media/Alta intens. ( € 41,00)	
Valutazione semplice (€ 81,00)	Care management Intenso (€ 81,00)	
☐ Valutazione complessa (€ 162,00)	Altro	
Attività integrative presso RSA o CDI:	Altro	
	Altro	
Note: descrivere dettagli Progetto:		
Ento Erogotoro contro dall'utanto		
Ente Erogatore scelto dall'utente		
Luogo e Data	Firma del beneficiario/delegato*	
	Firma dell'operatore di riferimento	
Scheda notific	cata all'Ente Erogatore tramite email in data	
	cione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è ispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)	
Data valutazione	Voucher n.	
Profilo 1 – Voucher € 350,00 mensili	periodo al	
Profilo 2 – Voucher € 500,00 mensili	periodo al	
Profilo 3 – Voucher € 700,00 mensili	periodo al	
Figure Professionali Previste:		
ASA/OSS Infermiere Profes	ssionale Medico FKT	
Psicologo Educatore/Anima	atore Assistente Sociale	
Prestazioni/Interventi previsti:		
☐ Integrazione del lavoro del caregiver ☐ Ricovero Residenziale RSA		
Ricovero Semi-residenziale CDI/RSA:	Interventi qualificati di accompagnamento	

Accoglienza in RSA	Addestramento del caregiver		
Accoglienza in CDI	Counseling e terapia occupazionale		
Adattamento degli Ambienti	☐ Care management Leggero (€ 14,00)		
Stimolazione cognitiva, di sost. a BPSI	Care m. Media/Alta intens. ( € 41,00)		
☐ Valutazione semplice (€ 81,00)	☐ Care management Intenso (€ 81,00)		
☐ Valutazione complessa (€ 162,00)	Altro		
Attività integrative presso RSA o CDI:	Altro		
	Altro		
Note: descrivere dettagli Progetto:			
Ente Erogatore scelto dall'utente			
Luogo e Data	Firma del beneficiario/delegato*		
Firma dell'operatore di riferimento			
Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data			
*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)			

### SCHEDA VOUCHER MISURA 4 – RIVALUTAZIONE

ALLA LUCE DEI DATI RACCOLTI E DEGLI, OBIETTIVI SI PROPONGONO I SEGUENTI SERVIZI/PROGETTI/INTERVENTI

Periodo complessivo proposto dal al			
	(max fino al//)		
Data Rivalutazione	Voucher n.		
Profilo 1 – Voucher € 350,00 mensili	periodo al		
Profilo 2 – Voucher € 500,00 mensili dal	periodo al		
Profilo 3 – Voucher € 700,00 mensili dal	periodo al		
Figure Professionali Previste:			
ASA/OSS Infermiere Profe	ssionale Medico FKT		
Psicologo Educatore/Anim	atore Assistente Sociale		
Prestazioni/Interventi previsti:			
Integrazione del lavoro del caregiver	Ricovero Residenziale RSA		
Ricovero Semi-residenziale CDI/RSA:	Interventi qualificati di accompagnamento		
Accoglienza in RSA	Addestramento del caregiver		
Accoglienza in CDI	Counseling e terapia occupazionale		
Adattamento degli Ambienti	☐ Care management Leggero (€ 14,00)		
Stimolazione cognitiva, di sost. a BPSD	☐ Care m. Media/Alta intens. ( € 41,00)		
☐ Valutazione semplice (€ 81,00)	☐ Care management Intenso (€ 81,00)		
☐ Valutazione complessa (€ 162,00)	Altro		
Attività integrative presso RSA o CDI:	Altro		
	Altro		
Note: descrivere dettagli Progetto:	1		
Ente Erogatore scelto dall'utente			

Luogo e Data		Firma del beneficiario/delegato*		
		Firma dell'operatore di riferimento		
Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data				
		dizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è el rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)		
Data Rivalutazione		Voucher n.		
Profilo 1 – Voucher € 350 dal	),00 mensili	periodo al		
Profilo 2 – Voucher € 500 dal	),00 mensili	periodo al		
Profilo 3 – Voucher € 700 dal	),00 mensili	periodo al		
Figure Professionali Previste	:			
ASA/OSS	Infermiere Profe	essionale		
	Educatore/Anim	natore Assistente Sociale		
Prestazioni/Interventi previ	sti:			
Integrazione del lavoro	del caregiver	Ricovero Residenziale RSA		
Ricovero Semi-residenzi	ale CDI/RSA:	Interventi qualificati di accompagnamento		
Accoglienza in RS.	A	Addestramento del caregiver		
Accoglienza in CD	I	Counseling e terapia occupazionale		
Adattamento degli Ambienti		☐ Care management Leggero (€ 14,00)		
Stimolazione cognitiva,	di sost. a BPSD	☐ Care m. Media/Alta intens. ( € 41,00)		
☐ Valutazione semplice (€	81,00)	☐ Care management Intenso (€ 81,00)		
Valutazione complessa (	€ 162,00)	Altro		
Attività integrative press	o RSA o CDI:	Altro		
		Altro		
Note: descrivere dettagli Pro	ogetto:			

Ente Erogatore scelto dall'utente		
Luogo e Data	Firma del beneficiario/delegato*	
	Firma dell'operatore di riferimento	
Sch	eda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data	
The state of the s	tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è nteressato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)	
ı		
COCTI TOTALI DELLE AZIONI DDELUC	T DAL BROCETTO	
COSTI TOTALI DELLE AZIONI PREVIST	E DAL PROGETTO:	
Azione/Interventi/Misura	€	
Azione/Interventi/Misura		
	€	
Azione/Interventi/Misura		
Azione/Interventi/Misura	€	
	Budget di cura Totale €	
	budget di edia lotale e	
CASE MANAGER DEL PROGETTO:		
Nome	Cognome	
Ente (ASST/Comune):		
L'utente consapevole che la scelta dell'Ente Erogatore va dichiarata con apposita modulistica all'ASST competente entro un mese dalla consegna del PI (Progetto Individuale) pena la decadenza della Misura richiesta		
DICHIARA		
di comunicarlo all'ASST entro i term	ini sopraindicati	
N.B. IN CASO DI STESURA DI NUOVO PROGETTO ALLEGARE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE UTILIZZATA AI FINI DELLA VALUTAZIONE		
Firma degli Operatori Referenti di Comune e ASST		
Firma Referente Medico Presidi	o Territoriale ASST	
Firma I	Referente Comune	
Firma Case Managemen	(Operatore ASST)	
SOTTOSCRITTORE PROGETTO INDIVIDUALE (UTENTE/FAMILIARE)		
CONDIVIDO E CONCORDO QUANTO PREVI	STO NEL PROGETTO INDIVIDUALE (PI) PROPOSTOMI DA: UCAM/EOH/COMUNE	
Luogo e Data		

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)		
Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".		
Ai Sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 30.06.03 n. 196, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e/o Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale e/o ASL di Brescia, anche con l'ausilio di mezzi informatici. Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a/delegato/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.		
Luogo e Data FIRMA		

#### Note per la compilazione

#### N.B. RICORDARSI SEMPRE DI SALVARE IL DOCUMENTO (PDF EDITABILE) DOPO LA COMPILAZIONE

La compilazione del PI implica la stretta collaborazione tra operatori ASST ed operatori del Comune/Ambiti di residenza dell'utente;

Tutte le voci presenti nel PI devono essere compilate;

La chiusura del PI e del PAI dovrà avvenire entro il \_\_/\_\_\_;

Il PAI deve essere redatto in 4 copie e trasmesso a:

ASST (depositaria del PI)

Comune/Ambito

utente (per la consegna all'Ente Erogatore)

MMG/PdF

**5.** Il PI deve essere sottoscritto:

dall'utente o da un suo rappresentante qualora vi sia un impedimento alla sottoscrizione del soggetto direttamente interessato

dall'Operatore del Comune di residenza dell'utente

dal Referente Medico del Presidio Territoriale

dal Case Management (Operatore ASST)

- 6. Al PI occorre allegare copia della documentazione utilizzata per la valutazione o la rivalutazione;
- 7. In caso di variazione dei livelli/voucher di intensità assistenziale (delle Misure 2 o 4 / Misura Residenzialità Assistita in Comunità Religiose DGR 4086/15), a seguito di modifica delle condizioni dell'utente, ricompilare le SCHEDE:

SCHEDA VOUCHER MISURA2: RIVALUTAZIONE – O – SCHEDA VOUCHER MISURA 4: RIVALUTAZIONE – O – SCHEDA VOUCHER MISURA "RESIDENZIALIA" ASSISTITA IN COMUNITA' RELIGIOSE": RIVALUTAZIONE

- 8. Il progetto può contenere più schede voucher in ragione dei livelli/profili assegnati; Le pagine corrispondenti alle schede possono essere stampate in numero adeguato;
- La pagina relativa alla misura 3 deve essere stampata solo se necessaria;
- △ Il valore totale del profilo (Misura 4) deve considerare anche il costo della valutazione o del Care Management.

#### Sistema Socio Sanitario



# PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DI PAZIENTI AFFETTI DA SCLEROSI MULTIPLA



Dicembre 2016

## Direzione Sociosanitaria Direttore dr.ssa Annamaria Indelicato

### **Dipartimento PIPSS**

### **Composizione Gruppo di Lavoro**

Coordinatore Tavolo Dott.ssa Fausta Podavitte
Direttore Dipartimento PIPSS – ATS Brescia

#### **COMPONENTI ATS**

Dr.ssa Mariarosaria Responsabile U.O. Disabilità e Protezione Giuridica

Venturini ATS Brescia

Dr. Tarcisio Marinoni Responsabile U.O. Protesica ATS Brescia

#### **COMPONENTI ALTRI ENTI**

Dr.ssa Silvia Galeri Fondazione Don Gnocchi

Dr. Michele Scarazzato Fondazione Teresa Camplani Domus Salutis

Dr. Alberto Luisa Istituti Clinici Scientifici Maugeri

Dott.ssa Elena Bazzoli Casa di Cura Villa Gemma

Dr.ssa Emanuela Facchi Fondazione Richiedei

Dr.ssa Claudia Bellini Direttore Sanitario Fondazione Madonna del Corlo

Dr. Massimo Crabbio Fondazione Poliambulanza

Dr. Biagio Troianiello Istituto Clinico S. Anna e Istituto Clinico S. Rocco

Dr. Stefano Vollaro Istituto Clinico Città di Brescia

Dr. Ruggero Capra ASST Spedali Civili di Brescia

Dr.ssa Flavia Mattioli ASST Spedali Civili di Brescia

Dr. Vincenzo Sidoti ASST della Franciacorta

Dr.ssa Nicoletta Marcianò ASST della Franciacorta

Dr.ssa Marta Maria Tentorio ASST del Garda

Dr.ssa Patrizia Locatelli ASST del Garda

Dr. Damiano Falchetti Presidente AISM

Dr.ssa Elisabetta Pedrazzoli AISM Brescia - Direttore Sanitario

Dr.ssa Fiorenza Invernici AISM Brescia - Coord. Servizio Riabilitazione

Dr. Sergio Palini MMG - SIMG

Dr. Giovanni Gatta MMG - SNAMID

Dr. Claudio Ascolti MMG - UMI

### **INDICE**

1.	PREMESSA	PAG. 5
	Le Finalità del PDTA	PAG. 6
2.	SCLEROSI MULTIPLA: BREVE PRESENTAZIONE DELLA MALATTIA	PAG. 7
3.	I COMPITI DEL MMG	PAG. 7
4.	RUOLO NEUROLOGIE STRUTTURE ACCREDITATE DI RICOVERO E CURA	PAG. 10
5.	I CENTRI DI RIFERIMENTO SM	PAG. 16
	Aree di prevalente competenza del Centro SM	pag. 17
	Unità di Neuropsicologia Clinica e riabilitativa territoriale (ASST Spedali Civili)	pag. 18
6.	PERCORSO RIABILITATIVO	PAG. 19
7.	I SERVIZI DELLA RETE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	PAG. 24
	Assistenza protesica e integrativa – nutrizione artificiale domiciliare – ossigeno e ventilo terapia	pag. 25
	I servizi della rete territoriale	pag. 26
8.	ASSOCIAZIONE DEI MALATI	PAG. 32
9.	MODALITA' DI DIFFUSIONE ED ATTUAZIONE DEL PDTA	PAG. 34
IN	DICATORI	PAG. 34
ΒI	BLIOGRAFIA	PAG. 35

#### 1. PREMESSA

La Riforma Regionale (L.r. n. 23/2015) ha modificato assetti e competenze con l'istituzione di ATS (dalle ex ASL) e delle ASST.

Ad ATS è attribuito il ruolo programmatorio, di indirizzo e governo del sistema sanitario e sociosanitario ed il raccordo con quello sociale, con particolare attenzione al governo di domanda/offerta ed alla gestione della cronicità e dei pazienti fragili, anche attraverso l'implementazione di PDTA. Alle ASST è attribuito invece il ruolo erogativo, anche della valutazione multidimensionale, sulla base del modello adottato da ATS.

In questo nuovo contesto, obiettivo è favorire l'implementazione di percorsi integrati diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per persone con patologie che determinano bisogni assistenziali complessi.

L'esigenza di costruire un PDTA specificatamente dedicato alle persone con sclerosi multipla, si inserisce in tale scenario ed è determinato dalla complessità di questa malattia, dall'evidente impatto sociale, oltre che dal carico assistenziale delle famiglie che hanno al proprio interno una persona malata.

Lo stesso Schema di Piano Sanitario Nazionale individua tra i pazienti ad alto grado di tutela i pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative ed invalidanti, fra cui la Sclerosi Multipla (SM). In merito all'Integrazione sanitaria e socio sanitaria indica inoltre che "il bisogno di salute è complesso, necessita di interventi "curativi" ed interventi "assistenziali": nel garantire l'appropriatezza dell'intervento tecnico sanitario e la continuità tra cure primarie ed intermedie è necessario attivare un progetto individualizzato di presa in carico che richieda l'integrazione di servizi ed attività a livello multidimensionale e multiprofessionale in particolar modo per i cittadini "fragili".

Una corretta presa in carico globale della persona con SM si basa sull'esigenza di una forte integrazione tra ospedale e territorio, attuabile attraverso la definizione di percorsi specifici, con passaggio accompagnato fra setting diversi per una presa in carico garante di continuità della cura e dell'assistenza.

Alcuni obiettivi di carattere generale sono:

- centralità della persona e suo coinvolgimento attivo nei percorsi di cura e nelle scelte;
- integrazione fra Unità di offerta ed operatori di diversa tipologia;
- valutazione multiprofessionale integrata;
- uniformità di prassi, strumenti e linguaggio;
- percorsi personalizzati e flessibili in relazione ai bisogni nelle diverse fasi della vita, nel rispetto dell'evoluzione della malattia;
- appropriatezza, efficacia ed efficienza degli interventi;
- monitoraggio del percorso.

Lo scopo di questo documento è di individuare soluzioni organizzative volte a valorizzare le risorse disponibili, migliorando la gestione integrata del paziente con SM nel territorio dell'ATS di Brescia, coinvolgendo tutti gli attori che svolgono un ruolo significativo nelle varie fasi della storia clinica ed assistenziale di tali pazienti, ottimizzando le risorse/strumenti già in uso nel territorio. Si intende così avvicinare i Centri clinici per la SM dell'ASST Spedali Civili di Brescia e dell'ASST di Franciacorta, che prendono in carico pazienti già nella fase di diagnosi della malattia, alle Unità Operative di Neurologia ed alle Strutture Riabilitative, oltre che ai servizi territoriali. Con il PDTA si vuole assicurare una modalità di gestione garante di qualità delle cure, riducendo ritardi e frammentazione nell'erogazione dei trattamenti appropriati.

In particolare attraverso il PDTA vengono definiti:

- i principali passaggi del percorso che la persona con SM e la sua famiglia affrontano, migliorando il funzionamento del sistema di rete, ottimizzando l'utilizzo delle risorse e riducendo i disagi;
- le competenze e le modalità di connessione fra articolazioni diverse, alimentando un approccio professionale e culturale integrato.

Logica di questo PDTA è definire il tracciato dell'intero percorso sanitario che il paziente con SM richiede. Il PDTA è disegnato in forma modulare affinché tutti gli attori che entrano in contatto con questa patologia cronica ad alta complessità possano esprimere le proprie potenzialità in tutte le fasi della malattia. Il PDTA è uno strumento che favorisce il dialogo tra gli attori coinvolti nella presa in carico della persona ammalata, salvaguardando il livello di efficacia già raggiunto nei rispettivi ambiti, Ospedaliero e Territoriale.

#### Le finalità del PDTA

L'obiettivo è delineare il percorso per la gestione del paziente affetto da SM alla luce delle evidenze scientifiche pubblicate e delle raccomandazioni presenti in LLGG, in relazione alle risorse disponibili.

#### Finalità del PDTA:

- Approccio multidisciplinare alla persona affetta da SM;
- Riduzione del ritardo diagnostico;
- Offerta di un adeguato supporto alla persona al momento della diagnosi di SM;
- Tempistica della valutazione e trattamento delle ricadute;
- Riduzione dell'accesso non giustificato al pronto soccorso;
- Eliminazione dei ricoveri non appropriati;
- Adeguato follow-up dei pazienti presso il centro specializzato che garantisce la presa in cura condivisa.

#### 2. SCLEROSI MULTIPLA - BREVE PRESENTAZIONE DELLA MALATTIA

La SM è una importante causa di disabilità nei giovani adulti, seconda solo ai traumi cranici tra le patologie neurologiche. La malattia, non prevenibile nella sua insorgenza, si rivela nella maggior parte dei casi con manifestazioni neurologiche ad esordio subacuto ed evolve successivamente con continua progressione della disabilità. Sotto il profilo sanitario, lo stadio iniziale si caratterizza per l'importante impegno terapeutico, determinante per modulare il processo immunopatologico, finalizzato a prevenire il danno consolidato non più emendabile. Il successivo stadio della cronicità è qualificato dalla disabilità che si instaura e si associa a gradi crescenti di fragilità.

La SM è una malattia infiammatoria cronica del sistema nervoso centrale a verosimile genesi autoimmune. Nella maggior parte dei casi colpisce giovani adulti nel pieno delle potenzialità della loro vita professionale, affettiva e sociale.

La prevalenza stimata della SM è di circa 110-120 casi per 100.000 residenti. In Italia si calcola ne siano colpite oltre 75.000 persone, con netta prevalenza del sesso femminile, portando ad una stima di oltre 12.000 persone affette in Lombardia.

L'esordio avviene con sintomi e segni neurologici variabili, a seconda della sede delle lesioni, come pure variabile risulta la disabilità nel medio e lungo termine, nella gran parte dei casi, comunque, con tendenza alla progressione nel tempo.

Nelle forme tipiche il decorso clinico della malattia presenta nei primi anni un andamento caratterizzato dall'alternanza tra fasi di riacutizzazione e di remissione, durante le quali è possibile il recupero totale o parziale del deficit neurologico. In questa fase prevalgono i bisogni di tipo medico-sanitario correlati al monitoraggio della malattia e dei trattamenti farmacologici "modificanti il decorso", sia per quanto riguarda la valutazione della risposta terapeutica sia per il profilo di sicurezza. Accanto ai bisogni sanitari devono essere inoltre considerate le ricadute che la malattia comporta nella sfera lavorativa, psicologica e relazionale.

L'evoluzione della malattia comporta lo shift verso la progressione con o senza ricadute (forma secondariamente progressiva). Nel 10% dei casi la progressione avviene fin dall'esordio (forma primariamente progressiva): in entrambi i casi la SM comporta la comparsa di una condizione di limitazione funzionale progressiva e irreversibile.

Oltre il 50% dei pazienti trascorre circa 15 anni nella forma caratterizzata da riacutizzazioni/remissioni, con un'età mediana di conversione alla forma progressiva di 49 anni e un tasso pari a 2,5% pazienti/anno.

In questi ultimi anni la ricerca in campo farmacologico ha reso possibile l'utilizzo di farmaci in grado di modificare e condizionare il decorso clinico, riducendo le ricadute della malattia e posticipando la comparsa di disabilità moderata/severa.

#### 3. COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il MMG è molto spesso il primo referente del paziente con esordio di sintomi neurologici.

La collaborazione tra il MMG, Neurologie delle Strutture accreditate di Ricovero e Cura e Centri di Riferimento per la SM nasce dalla necessità di condividere il percorso della persona che, per le caratteristiche della malattia, risulta particolarmente complesso.

Le principali fasi del percorso sono:

#### 1. Sospetto diagnostico ed inquadramento da parte del MMG.

Il MMG, in caso di valutazione di un paziente, con età inferiore a 50 anni, che presenta sintomi neurologici da oltre 24 ore comparsi in modo subacuto, deve:

- a) osservare e cogliere i sintomi iniziali più frequenti:
  - **neurite ottica**: offuscamento del visus in un occhio. Generalmente associato a dolore sovraorbitario o retro\_orbitario, può esserci alterata percezione dei colori; il paziente potrebbe riferire di vedere "come sott'acqua";
  - diplopia: non solo in posizione primaria ma anche nello sguardo lateralizzato;
  - deficit di forza o impaccio motorio ad un arto (superiore o inferiore o emilato). ROT aumentati e asimmetrici, presenza di segno di Babinski (estensione dell'alluce alla stimolazione plantare);
  - **disturbi della deambulazione**, con instabilità, marcia "poco fluida" (=atassia-paraparesi);
  - **sintomi riferibili a lesione midollare**: deficit di forza o sensibilità che coinvolgono entrambi gli arti inferiori o i superiori); deficit di sensibilità con livello addominale o toracico (generalmente con esordio subacuto a partenza distale e progressivo coinvolgimento prossimale); segno di Lhermitte (sensazione di scossa elettrica lungo il rachide alla flessione del capo); deficit sfinterici (esitazione/ ritenzione minzionale o urgenza/ incontinenza, alterazioni dell'alvo, spesso stipsi).
  - **disturbi del controllo vescicale** non legati ad altre patologie: diagnosi differenziale. Sono rari isolati all'esordio;
  - parestesie: a uno o più arti, al tronco, a carico di un lato del volto;
  - **vertigini** non legate a problemi ORL, soggettive ("sensazione di sbandamento, di essere in barca..."). Possono associarsi diplopia, nistagmo, nausea o tremore, disartria; raro vomito.

#### Inoltre:

- i sintomi generalmente insorgono progressivamente in modo subacuto nell'arco di giorni, a differenza dell'ictus dove il deficit è acuto;
- temperature elevate (clima caldo, bagno caldo, febbre) possono accentuare temporaneamente la sintomatologia;
- raramente possono rilevarsi crisi convulsive, indagando le quali si perviene ad una diagnosi occasionale di SM.

b) Effettuare le prime indagini di diagnosi differenziale.

Il paziente potrebbe avere una storia di pregressi sintomi neurologici, migliorati spontaneamente dopo un periodo di giorni o settimane.

La stanchezza, la depressione o le vertigini isolate non dovrebbero essere associate in modo univoco al sospetto di SM, a meno che non vi siano stati precedenti segni o sintomi neurologici focali. In questi casi è opportuno escludere diagnosi alternative (es. anemia, patologie reumatologiche, infezioni, insufficienza epatica o renale, ipocalcemia, diabete, deficit di vitamina B12, distiroidismo...).

- c) Richiedere la prima risonanza encefalo o midollo: il MMG, nel sospetto fondato di malattia infiammatoria del sistema nervoso centrale, può richiedere, per velocizzare i tempi di diagnosi, la prima risonanza dell'encefalo e/o midollo (qualora la sintomatologia indirizzi verso tale sede, i.e. segno di Lhermitte, disturbi sfinterici o della sensibilità pavimento pelvico, livello sensitivo).
- d) Inviare il Paziente al Neurologo per completamento iter diagnostico. Il MMG, nel sospetto diagnostico di SM derivato dai sintomi e dall'obiettività del paziente, in considerazione della sintomatologia estremamente varia e della bassa prevalenza di pazienti con SM per singolo MMG, può contattare il Centro SM, nella persona del Neurologo responsabile o suo collaboratore e concordare i primi accertamenti da richiedere.

#### 2. Primo contatto della persona con il Neurologo

Il paziente, con impegnativa (con priorità D -30 giorni-, B -10 giorni-, U -72 ore- a seconda della sintomatologia e del quadro clinico) e preferibilmente con lettera di presentazione del MMG contenente il motivo della richiesta e le patologie concomitanti, viene inviato dal neurologo per ulteriori accertamenti.

Le visite e gli accertamenti neurologici verranno programmati e comunicati al MMG tramite lettera od il sistema SISS secondo il piano individuale di monitoraggio.

#### 3. Aspetti generali della gestione della SM

Nella gestione del paziente il MMG dovrà considerare i sequenti aspetti:

- ➤ La dieta dove essere varia ed equilibrata: va favorito il consumo di frutta, verdura e pesce e ridotto il consumo di caffè, accorgimenti che incidono positivamente sulla fatica associata alla SM.
- L'esercizio fisico va sempre incoraggiato: a qualsiasi livello di disabilità mantenere e potenziare le funzioni residue ritarda la perdita di autonomia e l'insorgenza di complicanze.
- ➤ E' necessario incentivare i pazienti affetti da SM a smettere di fumare perché il fumo può aumentare la progressione di malattia.
- Le vaccinazioni non sono controindicate, bilanciando i benefici rispetto alla possibilità di un peggioramento della malattia correlato all'infezione (la concomitanza di terapie immunomodulanti o immunosoppressive richiede

l'individuale valutazione del rapporto rischio beneficio con i vaccini –in modo particolare con i vaccini vivi attenuati-, valutazione di pertinenza del Centro di riferimento per la malattia).

Nel sospetto di ricaduta di SM, è necessario che il paziente venga preventivamente valutato dal MMG al fine di confermare che la sintomatologia avvertita dal paziente sia attribuibile ad una evoluzione del quadro neurologico. Il paziente o il MMG contatta quindi il Centro SM, mediante telefonata, per concordare una data di valutazione; il MMG predispone l'impegnativa del SSR per visita in urgenza differibile.

Le complicanze di malattia ( es: infezioni urinarie/respiratorie) la prevenzione delle piaghe da decubito, nonché le patologie concomitanti, devono essere gestite, per quanto di sua competenza, dal MMG, che articolerà gli interventi appropriati e ne informerà il Neurologo di riferimento, se ritenuto necessario.

# 4.RUOLO DELLE NEUROLOGIE – STRUTTURE ACCREDITATE DI RICOVERO E CURA

Considerato il ruolo dei Centri per la SM per i pazienti con diagnosi definita, sia in merito agli obblighi di legge (es. prescrizione del farmaco), sia per gli specifici requisiti organizzativi, formativi e dei servizi multidisciplinari nel follow-up del paziente, il ruolo del neurologo presso le strutture esterne ai Centri è dunque principalmente quello del primo approccio diagnostico, della eventuale conferma della diagnosi, della comunicazione della diagnosi o del dubbio diagnostico al paziente e del suo invio presso i Centri accreditati.

#### Formulazione del sospetto clinico

Coerentemente con i criteri diagnostici più recenti, la SM deve essere diagnosticata in presenza di patologia del sistema nervoso centrale caratterizzata da lesioni con caratteristiche tipiche, disseminate nel tempo e nello spazio e per le quali non vi siano altre possibilità diagnostiche. Per i criteri diagnostici, si rimanda all'attuale letteratura. A tal fine di seguito alcune considerazioni di carattere generali utili al neurologo per approcciarsi correttamente al problema diagnostico delle malattie demielinizzanti.

### Approccio al paziente con sospetta sclerosi multipla o sindrome cinicamente isolata in dipartimento di emergenza

In caso di paziente che si presenti in dipartimento di emergenza con segni di lesione neurologica focale va intrapresa da parte del neurologo una prima valutazione per la diagnosi differenziale tra patologie causa di lesioni neurologiche acute, in particolare **escludendo il sospetto di una patologia vascolare**. Elementi a favore di una patologia infiammatoria rispetto ad una lesione ischemica sono:

- dati anamnestici familiari: familiarità per sclerosi multipla o patologia autoimmunitarie, nessuna familiarità per patologie cerebrovascolari;

- dati anamnestici patologici: assenza di fattori di rischio cardiovascolare, presenza di altre patologie autoimmunitarie;
- dati anagrafici: età giovanile, sesso femminile. Si tenga però presente che l'epidemiologia attuale dimostra un incremento del numero di pazienti di sesso maschile rispetto al passato e un incremento dei pazienti con esordio in età avanzata;
- presentazioni cliniche suggestive: neurite ottica, sintomatologia indicativa di lesione midollare, disturbi isolati della sensibilità o motori, deficit neurologici focali suggestivi di una lesione circoscritta (es. sindromi da lesioni focali del tronco encefalico);
- modalità di insorgenza dei sintomi: subacuta, con graduale peggioramento nell'arco di alcune ore o giorni;

Nel caso di presentazione del paziente in pronto soccorso, è bene eseguire una TC encefalo in quei pazienti in cui la clinica ponga il dubbio di lesioni espansive, emorragiche o ischemiche acute, mentre negli altri casi è preferibile evitare tale esame (anche in considerazione dell'età solitamente giovane dei pazienti e della probabilità di avere di fronte giovani donne in età fertile), programmando direttamente una risonanza magnetica, eventualmente differibile qualora non disponibile nell'immediato.

# - Approccio al paziente con sospetta SM o sindrome clinicamente isolata in ambulatorio

Anche per il paziente visto ambulatorialmente con una sintomatologia suggestiva di lesione focale del sistema nervoso centrale va intrapreso lo stesso approccio diagnostico, valutando il rischio di patologia infiammatoria rispetto ad altre cause di lesione neurologica focale acuta in base ai dati anamnestici e clinici.

In caso di sintomatologia invalidante in atto con sospetto clinico non definito (prima diagnosi) o di sintomatologia in evoluzione, il paziente va inviato rapidamente presso un'unità di neurologia sul territorio tramite accesso in pronto soccorso. Nel caso di sintomatologia non invalidante e non in evoluzione, potrà essere invece contattata una neurologia del territorio per l'inserimento del paziente in lista ricovero ordinario o MAC.

In caso di sintomatologia dubbia o pregressa è possibile prescrivere al paziente una RM encefalo (ed eventualmente midollo: vedi paragrafo degli esami diagnostici), eventualmente utilizzando il codice di prestazione urgente, se ritenuto opportuno.

#### Modalità di ricovero del paziente

Il paziente, in caso di sospetto clinico di SM può essere ricoverato in ambiente neurologico (**degenza ordinaria**) o di ricaduta con gravi disabilità quando:

 vi è il sospetto clinico non definito, che richiede accertamenti urgenti per la diagnosi differenziale con altre patologie potenzialmente gravi;  vi è ricaduta clinica con grave disabilità definita come sviluppo di paraparesi con necessità di appoggio per il mantenimento della posizione eretta, riduzione del visus bilaterale, modificazione delle funzioni vitali, compromissione cognitiva tale da richiedere supervisione;

Il paziente che necessiti di trattamento infusionale può essere trattato in regime **MAC** qualora non sia indicato il ricovero.

Il paziente senza ricadute in atto (ad esempio con riscontro di lesioni suggestive ad una risonanza magnetica eseguita per altri motivi o con sintomatologia pregressa o stabilizzata) può essere indirizzato ad un percorso diagnostico in regime MAC.

#### - Considerazioni per la diagnosi differenziale

Per formulare la diagnosi di SM, è necessario che l'anamnesi, l'esame obiettivo e gli eventuali esami diagnostici confermino:

- la disseminazione spaziale della patologia: evidenza clinica (mediante obiettività neurologica o l'anamnesi), strumentale e/o radiologica della presenza di almeno 2 lesioni differenti;
- la disseminazione temporale: evidenza clinica (anamnestica), laboratoristica e/o radiologica di lesioni createsi in tempi differenti. Attualmente si suggerisce di considerare due ricadute come separate se la presentazione avviene ad almeno 30 giorni di distanza l'una dall'altra;
- l'assenza di altre patologie che possano spiegare la sintomatologia e le lesioni radiologiche. In particolare vanno considerate:
  - o patologie vascolari: lesioni ischemiche tromboemboliche e cardioemboliche, sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi, altre cause di trombofilia arteriosa, CADASIL;
  - vasculiti e patologie reumatologiche: vasculopatie sistemiche (PAN, Wegner), vasculite isolata del sistema nervoso centrale, localizzazioni del sistema nervoso centrale di patologie reumatologiche (in particolare sindrome di Sjögren e sclerosi sistemica, ma anche Behçet, sarcoidosi, LES);
  - patologie infettive o parainfettive: neuroborreliosi, leucoencefalopatia progressiva multifocale, encefalomielite correlata a virus HIV (e HTLV), neurosifilide, panencefalite subacuta sclerosante, toxoplasmosi, mieliti da virus della famiglia degli herpes;
  - Patologie ereditarie e degenerative: leucodistrofie, malattie mitocondriali (es. atrofia ottica di Leber) e lisosomiali;
  - patologie neoplastiche: lesioni metastatiche, linfomi primitivi del sistema nervoso centrale o altre localizzazioni linfomatose (es. linfoma angiocentrico);
  - o Patologie carenziali: deficit di vitamina B12, deficit di vitamina A;

- Lesioni correlate ad altre patologie autoinfiammatorie: es. patologia da sensibilità al glutine;
- o altre patologie demielinizzanti del sistema nervoso centrale: neuromielite ottica (malattia di Devic), encefalomielite acuta disseminata.

#### Esami diagnostici

#### Risonanza magnetica

Nei pazienti con sospetto di SM o patologia demielinizzante/infiammatoria del sistema nervoso centrale, la risonanza magnetica cerebrale, rappresenta il principale ausilio diagnostico. In alcuni casi permette da sola di dimostrare la disseminazione spaziale e temporale e quindi, qualora vengono escluse altre patologie (vedi il paragrafo sulla diagnosi differenziale), di formulare la diagnosi definitiva. Sebbene le lesioni siano con maggior frequenza localizzate a livello cerebrale, il primo esame deve includere anche la valutazione dell'intero midollo spinale.

È fondamentale che l'esame rispetti dei criteri minimi di risoluzione e qualità dell'immagine, non solo per poter studiare adeguatamente la morfologia e le caratteristiche di segnale delle lesioni, ma anche per permettere un confronto con futuri esami eseguiti presso i centri di riferimento. Si suggerisce l'utilizzo delle linee guida della Società Italiana di Neurologia e Neuroradiologia " (Filippi et al., 2013), alle quali sono state poste alcune modifiche, in considerazione dell'effettiva possibilità di applicare i protocolli di acquisizione in tutte le unità di neuroradiologia del territorio (le sequenze Brain Axial DIR per lo studio di lesioni corticali possono essere considerate facoltative) e delle evidenze che suggeriscono un progressivo accumulo di gadolinio nel parenchima cerebrale in seguito ad esami ripetuti; pertanto sarà il neurologo prescrittore a decidere se includere o meno lo studio con mezzo di contrasto nella richiesta di RM (il m.d.c è solitamente indispensabile al primo esame).

Di seguito si riporta la tabella 1 con i requisiti minimi richiesti per l'esame al primo sospetto di sclerosi multipla:

Tabella 1

Sequenza	Spessore delle fette
Encefalo	
- FSE Assiale pesata in T2 (PD)	≤ 5 mm (preferibilmente 3 mm) senza gap
- Assiale FLAIR	≤ 5 mm (preferibilmente 3 mm) senza gap
- Assiale pesata in T1 SE	≤ 5 mm (preferibilmente 3 mm) senza gap
- Sagittale T2 FSE o FLAIR	3 mm
- Assiale DWI	
- (Assiale pesata in T1 SE post-gadolinio)	≤ 5 mm (preferibilmente 3 mm) senza gap
Midollo cervico-dorsale	
- Sagittale pesata in T2 FSE	3 mm
- Sagittale T2 STIR	3 mm
- Sagittale pesata in T1 SE	3 mm
- Assiale pesata in T2	
- (Assiale pesata in T1 post-gadolinio)	
- (Sagittale pesata in T1 SE post-gadolinio)	3 mm

#### Potenziali evocati

Un'incrementata latenza dei potenziali evocati visivi, somatosensoriali o uditivi, così come un aumento del tempo di conduzione centrale ai potenziali evocati motori, dimostra una sofferenza demielinizzante lungo le vie esaminate. Si noti che i potenziali evocati non hanno più un ruolo nei criteri diagnostici per SM e la loro sensibilità è inferiore a quella raggiunta dalla risonanza magnetica. Per il loro basso costo e la disponibilità pressoché in tutti i presidi ospedalieri con un reparto di neurologia, è comunque consigliabile eseguire almeno i potenziali evocati visivi e i potenziali somatosensoriali degli arti inferiori (con possibile estensione eventualmente ai potenziali motori), i quali possono talvolta dimostrare la presenza di una lesione non visualizzabile alla risonanza magnetica. L'utilità dei potenziali evocati è anche finalizzata al follow-up del paziente, per poter avere un confronto per esami futuri eseguiti dopo una ricaduta, al fine di verificare più accuratamente il grado di recupero.

#### Esami ematici e altri esami di laboratorio

In aggiunta agli esami ematici "di routine" (emocromo, elettroforesi sieroproteica, transaminasi, creatinina, elettroliti), una serie di accertamenti specifici è indispensabile per escludere patologie alternative. In base alla frequenza delle relative patologie, nonché del valore predittivo dell'anamnesi e dell'esame obiettivo per alcune di queste, gli esami di laboratorio da eseguire possono essere suddivisi in due categorie:

- Esami consigliati per tutti i pazienti:
  - Esami di screening autoimmunitario/autoinfiammatorio: VES, PCR, ANA, ENA screening, anticorpi anti-fosfolipidi;
  - Esami di funzionalità tiroidea: THSreflex (utile anche per orientare la scelta terapeutica);
  - Esami di assetto metabolico: acido folico, vitamina B12.
- Esami specifici da richiedere dietro sospetto clinico motivato:
  - Esami reumatologici: anti-SSA, anti-SSB, anti-centromero, anti-Scl70, anti-nucleolo, profilo ENA completo, ANCA, anti-dsDNA, fattore reumatoide;
  - Esami di screening per trombofilia: omocisteina, LAC, aPCR, proteina C, proteina S, antitrombina III, mutazioni per fattore II, MTHFR, fattore V Leiden;
  - Esami di conferma di patologie infettive: anticorpi anti-Borrelia IgG e IgM (su siero e su liquor), anticorpi anti-treponema pallidum, sierologia +/-PCR su liquor per HSV 1, 2, 6, VZV, HIV, HTLV, altri virus neurotropi (morbillvirus, rubulavirus, coxsackie virus, HBV, HCV);

- Esami per patologie carenziali: dosaggio di vitamina A, vitamina D, vitamina E;
- Esami per altre patologie autoimmunitarie: encefalite associata a tiroidite (anticorpi anti-recettore del TSH, anti-tireoglobulina, antitireoperossidasi), sindrome da sensibilità al glutine;
- o Esame per conferma di neuromielite ottica: anticorpi anti-aquaporina 4.

### Esame del liquor cefalorachidiano per la ricerca di bande oligocionali e calcolo dell'indice di Link

La presenza di bande oligoclonali (che indica una significativa produzione di immunoglobuline dirette contro un antigene ora indeterminato) e di un elevato indice di Link (che conferma una sintesi intratecale di immunoglobuline) sono fortemente associati alla diagnosi di sclerosi multipla e vi sono evidenze che un elevato numero di bande oligoclonali correli con una maggior probabilità di conversione di una sindrome clinicamente isolata a sclerosi multipla e con un comportamento della malattia tendenzialmente più aggressivo.

#### - Gestione terapeutica della ricaduta

Il protocollo comunemente accettato per il trattamento acuto di una ricaduta clinica nel paziente adulto è il metilprednisolone ad alto dosaggio somministrato per via endovenosa. Lo schema terapeutico più utilizzato prevede l'infusione di 1 g di metilprednisolone diluito in soluzione fisiologica (≥ 250 ml) per 5 giorni. È anche accettato l'uso di dosaggi inferiori (250 o 500 mg) o per un minor numero di giorni (3) in caso di pazienti sottopeso, a rischio di effetti aversi cardiovascolari, metabolici o psichiatrici, di età pediatrica o con lesioni paucisintomatiche e non a rischio di grave disabilità in relazione alla sede. Se la disabilità rimane grave o addirittura si osserva una progressione dei sintomi, il trattamento di seconda linea di una riacutizzazione prevede solitamente l'utilizzo di un ciclo di plasmaferesi. Sia per la possibile necessità di iniziare subito un trattamento di seconda linea per la SM che per l'iter diagnostico differenziale complesso, in caso di lesione non responsiva alle terapie corticosteroidee +/- plasmaferesi, è opportuno contattare un centro di riferimento per la SM per un consulto o l'eventuale trasferimento del paziente.

#### Comunicazione della diagnosi

Rispettati i criteri di disseminazione spaziale e temporale e di esclusione di altre patologie, la diagnosi di SM può essere formulata e comunicata al paziente, tenendo in considerazione la delicatezza di tale momento. Nonostante le campagne di informazione che hanno almeno parzialmente eliminato lo stigma legato a questa patologia, il paziente vive emozioni forti, che vanno rispettate; pertanto tale comunicazione va accompagnata da una particolare attenzione a fornire una spiegazione semplice e comprensibile, ma completa, in particolare riguardo i possibili andamenti clinici della malattia e le eventuali complicanze. Vanno presentate le numerose proposte terapeutiche che hanno dimostrato la capacità di bloccare

l'evoluzione della disabilità, garantendo uno stile di vita spesso normale anche a distanza di molti anni dalla diagnosi.

#### - Follow-up e invio presso i Centri di riferimento

I pazienti con diagnosi definita di SM recidivante-remittente, primariamente progressiva o progressiva remittente, vanno inviati presso un Centro di riferimento secondo le modalità seguenti:

- Contatto telefonico, della segreteria del Centro SM da parte della struttura e richiesta di appuntamento per la prima valutazione (allegata impegnativa SSR per visita multidisciplinare) (modalità preferibile);
- Rilasciando al paziente impegnativa e numeri telefonici dei Centri con autonomia di prenotazione.

I pazienti con diagnosi di sindrome clinicamente isolata o radiologicamente isolata vanno dimessi con indicazione ad eseguire una RM encefalo con mdc di controllo a distanza di 3 mesi dalla precedente, da confrontare con essa. Se il centro presso cui è stata posta la diagnosi possiede un servizio di neuroradiologia in grado di eseguire un esame secondo i requisiti qualitativi previsti (vedi paragrafo Risonanza magnetica), l'esame può essere programmato presso la medesima struttura; in caso contrario è necessario programmare l'esame di controllo presso l'unità di neuroradiologia di uno dei centri di riferimento per la SM (possibilmente consegnando copia del CD dell'esame effettuato in corso di ricovero). Il paziente che non abbia nuove lesioni al primo controllo a distanza di 3 mesi, va seguito con nuovi esami di controllo a distanza di 6 mesi, 12 mesi e 24 mesi. In caso di evidenza di una nuova lesione, il paziente andrà inviato ad uno dei centri di riferimento per la SM.

#### 5. I CENTRI DI RIFERIMENTO SCLEROSI MULTIPLA

Dal 1996, le persone ammalate di SM hanno una rete di Centri che il Legislatore ha indicato essere riferimento per la gestione della terapia. La presenza del Centro specifico per la patologia ha permesso di fornire un'assistenza efficace sia per semplicità di percorso che per competenza tecnica dello staff. Nell'ultima decade l'approccio farmacologico si è sviluppato in modo straordinario sia per la selettività di modulazione immunitaria che per l'efficacia. L'evoluzione terapeutica si è accompagnata ad un aumento delle reazioni avverse ed alla necessità di monitoraggi puntuali che si prolungano per anni; la presa in carico si è di pari passo estesa dalla realtà ospedaliera del Centro al territorio dove il paziente vive.

L'evoluzione tecnologica della gestione della SM richiede, inoltre, azioni specialistiche ad alta complessità con un approccio proattivo che colga precocemente gli elementi prognostici sfavorevoli e garantisca la presa in carico personalizzata. In questa ottica, la valutazione cognitiva è cardine della personalizzazione per l'identificazione precoce

della fragilità in persone con apparente ridotta disabilità. La proattività si deve riflettere anche nella responsabilizzazione del paziente che deve essere consapevole dell'impegno del sistema sanitario regionale. La gestione diretta delle prenotazioni, la definizione dei tempi di accesso per il neo-diagnosticato e per la valutazione della riacutizzazione sono elementi determinanti per il paziente e riducono il ricorso improprio al Pronto Soccorso.

# Aree di prevalente competenza del Centro Sclerosi Multipla Esse sono:

- valutazione dei pazienti inviati per sospetto clinico e/o neuroradiologico di malattia demielinizzante, da parte del MMG/PDF o di altri colleghi (es. Neurologo, Oculista);
- ricovero in regime Mac per effettuare esami ematici e rachicentesi, se non già effettuata in precedenza;
- prescrizione di ulteriori accertamenti, se non effettuati e/o in caso di diagnosi da approfondire (es. potenziali evocati, risonanza encefalo e/o orbite e/o midollo con e/o senza mezzo di contrasto, visite specialistiche, esami per trombofilia, per sospetta patologia reumatica, anticorpi anti NMO, anticorpi anti MOG), eventuale programmazione degli esami se da effettuare in breve tempo;
- formulazione della diagnosi di SM, che deve essere comunicata in ambiente e tempi dedicati, con attenzione alle caratteristiche socio-culturali della persona e dei caregiver;
- programmazione di prima visita per il paziente diagnosticato in altra sede entro sei settimane dalla richiesta;
- rilascio certificazione ai fini di esenzione per patologia;
- programmazione di appuntamento di follow-up attraverso agenda del Centro SM da parte del neurologo, con tempistica congrua con le caratteristiche cliniche e/o terapeutiche del paziente;
- redazione della relazione clinica indirizzata al MMG. Nella relazione vengono anche indicati: eventuali ulteriori accertamenti necessari, data dell'appuntamento successivo al Centro SM, recapiti del Centro SM (Vedi Allegato 1). Il paziente è informato della necessità di avvisare della diagnosi il medico competente e la motorizzazione;
- in caso di eventuale peggioramento di sintomi o comparsa di nuovi elementi suggestivi per una ricaduta di malattia, il paziente deve essere valutato dal Centro SM entro 72 ore dalla prenotazione, su richiesta del MMG in regime di "urgenza differita";
- effettuazione del trattamento farmacologico ev in caso di ricaduta (terapia steroidea in regime di MAC);
- prescrizione della terapia immunomodulante. Il neurologo del Centro SM valuta con il paziente le opportunità terapeutiche, proponendo il profilo farmacologico appropriato allo specifico momento;

- educazione terapeutica per paziente e caregiver rispetto alla malattia ed alle terapie disponibili, per essere attivi nel processo decisionale ed assistenziale. Tale educazione viene effettuata tramite il rapporto diretto con il team del Centro SM, tramite invio di newsletter specifiche per la terapia in atto ed attraverso l'organizzazione di riunioni;
- garanzia dell'educazione del paziente e del caregiver alla conservazione e somministrazione della terapia. Nel caso di farmaci iniettivi, sc o im, la prima somministrazione viene effettuata presso il Centro SM dal personale infermieristico ed il paziente è osservato per verificare la tollerabilità immediata. Nel caso di farmaci che necessitino di un periodo di osservazione e/o monitoraggio (es. fingolimod) o infusione ev (es. anticorpi monoclonali) il paziente sarà accolto in regime di MAC;
- garanzia dell'educazione del paziente e del caregiver per il monitoraggio long-term.
   Il paziente deve essere adeguatamente informato ed educato nel riconoscere e gestire eventuali effetti collaterali ed i possibili eventi avversi della terapia; il MMG deve essere informato da parte del Centro SM delle caratteristiche del trattamento long-term;
- gestione degli accertamenti per il follow up: le impegnative per gli esami di monitoraggio devono essere fornite dal Centro SM;
- condivisione della gestione del paziente in fase avanzata di malattia con disabilità che presenta complicanze (grave spasticità, grave limitazione/impossibilità alla deambulazione, difficoltà respiratoria, sviluppo di ulcere da decubito, disfagia, disturbi sfinterici con incontinenza o ritenzione cronica, deficit cognitivi). La gestione dei casi con complicanze coinvolge, oltre ai Centri di Riferimento, i centri di riabilitazione, MMG, Specialistica territoriale e gli operatori territoriali per la valutazione multidimensionale e sociali.
  - Il Centro collabora alla formulazione di un progetto individualizzato che si basi sui bisogni complessivi di varia natura e sulle risorse personali e familiari del paziente;
- supporto al ricovero in un reparto di degenza dei pazienti che, per severità e complessità clinico-assistenziale, necessitino di un approccio multidisciplinare e/o di un monitoraggio. I pazienti che hanno superato le maggiori criticità e/o che presentano condizioni di minore gravità e non richiedono una gestione in ambiente ospedaliero, devono essere orientati alla gestione ambulatoriale/domiciliare.

# Unità di Neuropsicologia clinica e riabilitativa territoriale - ASST Spedali Civili

L'Unità di Neuropsicologia si occupa della identificazione e del monitoraggio dei deficit cognitivi dei pazienti con SM e dell'effettuazione del trattamento riabilitativo appropriato.

I deficit di memoria, attenzione e delle abilità di decisione e programmazione rappresentano un sintomo frequente nei pazienti con SM (45%-70%) ed hanno un

impatto importante sulle capacità lavorative e sulla vita di relazione. Presenti sin dall'inizio della malattia, tendono a peggiorare col tempo in relazione sia all'aumento del carico lesionale che – soprattutto - dei fenomeni degenerativi coesistenti. E' stato auspicato dall'International MS Society e dall' European Medicines Agency (Balabanov et al., 2014) l'utilizzo tra le misure di outcome nel paziente, della misurazione regolare dei deficit cognitivi e delle misure di fatica e della depressione. Queste valutazioni devono essere eseguite alla diagnosi e poi annualmente con forme ripetute di test. Vi sono numerose evidenze tratte da studi randomizzati controllati che mostrano l'efficacia dei trattamenti riabilitativi cognitivi, con o senza neuro modulazione, effettuati in modo dominio-specifico e per durate adequate.

Pertanto la riabilitazione delle funzioni cognitive non dovrebbe essere limitata agli stadi avanzati della patologia, ma estesa a tutti gli stadi di disabilità, in presenza di deficit cognitivi diagnosticati.

Presso l'Unità di Neuropsicologia vengono effettuati sia la riabilitazione cognitiva dei pazienti che il monitoraggio. E' inoltre possibile effettuare trattamenti psicoterapici a supporto della persona malata. Infine viene pianificato, in collaborazione con il paziente ed i servizi territoriali competenti, il più adatto inserimento lavorativo.

L'accesso avviene tramite invio diretto da parte del Centro SM, oppure su richiesta di specialisti neurologi o fisiatri, con impegnativa del SSR di visita multidisciplinare "per sospetto deficit cognitivo in SM". In occasione della prima visita viene effettuata la valutazione con appropriate batterie neuropsicologiche ed indicati la necessità di controllo a distanza o di trattamento riabilitativo.

La centralizzazione della valutazione neuropsicologica presso l'Unità di Neuropsicologia di Via Nikolajewka consente il monitoraggio dei pazienti nel tempo e soprattutto l'effettuazione di specifici trattamenti riabilitativi. La valutazione consente inoltre il monitoraggio dell'efficacia dei trattamenti immunomodulanti sul versante cognitivo ed il monitoraggio degli effetti collaterali (es. PML) di alcuni farmaci.

#### 6. PERCORSO RIABILITATIVO

La riabilitazione per la SM è parte integrante di un percorso diagnostico, clinico, terapeutico, riabilitativo, che rientra in un progetto comune il cui obiettivo finale è il miglioramento della qualità di vita del soggetto.

La riabilitazione deve essere considerata un approccio indispensabile alla gestione della SM, malattia evolutiva che dà origine a sintomi multiformi e che produce bisogni che riguardano l'ambito non solo fisico, ma anche psicologico e sociale. La riabilitazione può essere effettuata presso servizi/strutture/cure intermedie riabilitative.

Per poter contrastare la varietà di sintomi e di problemi che si presentano durante il decorso della malattia, è necessario un approccio interdisciplinare che coinvolge molteplici figure professionali costituenti l' équipe riabilitativa: fisiatra, fisioterapista, terapista occupazionale, logopedista, neuropsicologo, psicologo e assistente sociale.

Il percorso riabilitativo nella SM viene programmato per livelli di limitazione delle attività e di restrizione della partecipazione sulla base di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

In un'ottica di identificazione dei vari percorsi riabilitativi, in base ai diversi gradi di disabilità, si utilizza la scala EDSS (Expanded Disability Status Scale) implementata da scale che valutano l'autonomia nelle ADL e IADL o specifici ambiti disfunzionali (come il sintomo fatica, i disturbi urinari, i disturbi cognitivi, il dolore, la funzionalità arti superiori, ecc..), integrate in una logica ICF (International Classification of Functioning Disability and Health).

#### Approccio riabilitativo in funzione del livello di disabilità

#### I Livello

La persona con SM neo diagnosticata con minor disabilità può essere inviata a visita fisiatrica relativamente ad un problema riabilitativo o all'esigenza di una presa in carico riabilitativa precoce. Il medico specialista in riabilitazione, in relazione ai bisogni ed alla valutazione funzionale, attiva eventualmente il team riabilitativo ed il percorso successivo con PRI e/o fornisce counseling per attività fisica, sportiva e/o certificazioni per riconoscimenti sociosanitari e/o interventi specialistici fisiatrici.

Il paziente neo diagnosticato tendenzialmente presenta una disabilità minima, in seguito ad una ricaduta o disabilità assente dopo recupero completo.

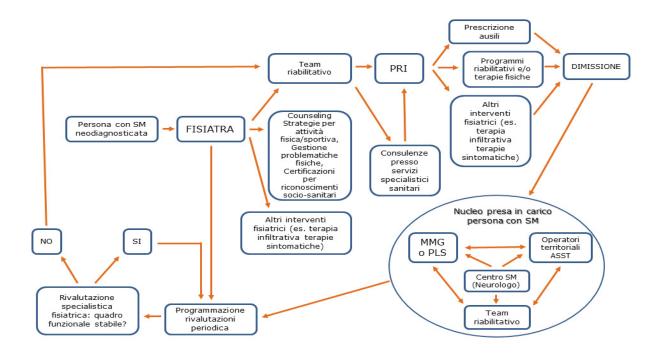
Nell'ambito del PRI può essere necessaria la prescrizione di ausili in caso di disabilità residua dopo ricaduta o di altre patologie concomitanti che possono interferire con il quadro disfunzionale. I programmi riabilitativi più frequenti prevedono la gestione della fatica e dei disturbi urinari, fecali e sessuali, programmi di riabilitazione motoria per i disturbi sensitivo motori e di equilibrio, interventi per i disturbi dell'apparato osteomioarticolare con utilizzo eventuale di terapie fisiche, programmi di attività motoria a scopo preventivo, programmi mirati all'inserimento o mantenimento dell'attività lavorativa. Inoltre i programmi riabilitativi possono comprendere il supporto psicologico e programmi di gestione dello stress. Il supporto psicologico è un intervento spesso richiesto e necessario in questa fase, funzionale ad una prima elaborazione dell'evento malattia, con un conseguente migliore riadattamento. L'attivazione di questo servizio deve essere attentamente valutata con il paziente ed essere tempestiva. La fruizione dei servizi di psicologia può avvenire c/o i centri di riabilitazione che ne sono provvisti; inoltre la persona può essere indirizzata agli psicologi area disabilità delle ASST, previo accordo, o verso terapeuti privati. L'invio può avvenire tramite il medico di medicina generale, il neurologo o il fisiatra. Nel caso il paziente venga seguito da un servizio di supporto psicologico esterno al team riabilitativo, è necessario un raccordo frequente con lo psicologo in modo da programmare azioni e strategie di relazione/intervento congruenti ed in armonia con i vari bisogni del paziente.

In questa fase il neurologo è uno degli interlocutori preferenziali del team riabilitativo (momento diagnostico, monitoraggio, fase delle DMT).

È necessario prevedere già in questa fase la rete di specialisti (urologo, oculista, ginecologo, ecc.) necessaria a rispondere alle varie esigenze del paziente affetto da SM che potrebbero presentarsi nell'evoluzione clinica.

Sono inoltre possibili interventi garantiti da organismi no-profit o dai Comuni, fra cui quelli nell'ambito dell'attività fisica adattata (AFA) indicata direttamente dal fisiatra, qualora necessario, all'interno del piano.

Il grafico A sintetizza le principali fasi del percorso.

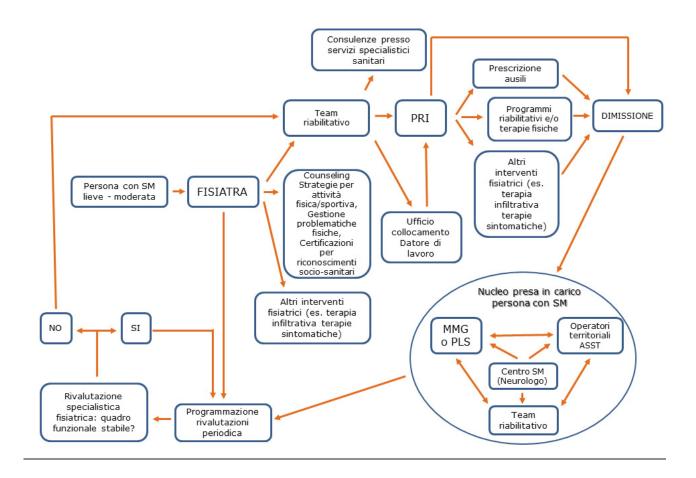


#### II livello

Le esigenze di presa in carico riabilitativo aumentano in conseguenza della progressione della disabilità ed è necessario prevedere nuovi interventi finalizzati a rispondere in maniera adeguata ai bisogni emergenti. Il percorso richiede interazione fra il Team Riabilitativo ed i servizi sanitari specialistici non di diretta pertinenza riabilitava (consulenza con ambulatorio urologico, colon proctologico, ecc.).

Il setting più idoneo è quello ambulatoriale, ad eccezione dei programmi di trasferimento delle abilità apprese o di interventi ambientali dove il setting è domiciliare o extramurale. Il paziente con questo livello di disabilità necessita più frequentemente dei seguenti interventi riabilitativi: prescrizione ed addestramento all'uso degli ausili e tutori, programmi riabilitativi fisioterapici, interventi specialistici (foniatra, fisiatra).

Il grafico B sintetizza le principali fasi di questa fase del percorso.



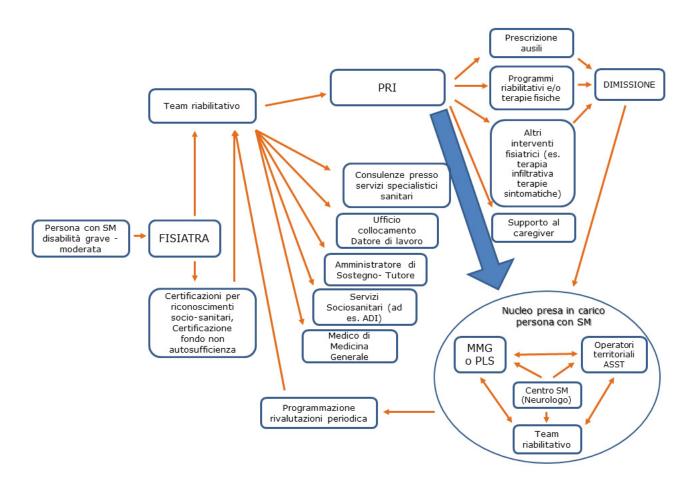
#### III livello

La persona con SM con disabilità moderata-grave aumenta ulteriormente le esigenze di presa in carico riabilitativa. Il percorso risulta presentare una maggiore complessità nella presa in carico da parte del Team Riabilitativo che si deve interfacciare con un maggior numero di figure professionali.

La gestione delle complicanze secondarie che si possono verificare in questa fase (complicanze vascolari e respiratorie, stipsi ostinata, complicanze a carico apparato urinario o osteomioarticolare, etc), la partecipazione ai programmi di prevenzione primaria e secondaria il cui l'accesso per persone con disabilità richiede spesso adattamenti di vario tipo (logistica, tempistica, di percorso, tipologia di operatori), nonché la gestione di molti aspetti internistici con impatto sulla riabilitazione, rendono necessaria una condivisione di presa in carico con il MMG, interlocutore indispensabile nella presa in carico riabilitativa. Spesso può evidenziarsi la necessità di modifiche strutturali degli ambienti di vita. Il ricorso a progetti territoriali mirati, di concerto con la consulenza di figure sanitarie dedicate (Fisiatra, Terapista occupazionale) e sociali, può favorire la soluzione dei problemi "ambientali".

In caso di gravissima disabilità e di dipendenza vitale nelle 24h, la struttura riabilitativa è tenuta a certificare tale condizione al fine di attivare l'iter di accesso alla Misura B1 (interventi fondo non autosufficienze).

Il grafico C sintetizza le principali fasi del percorso.



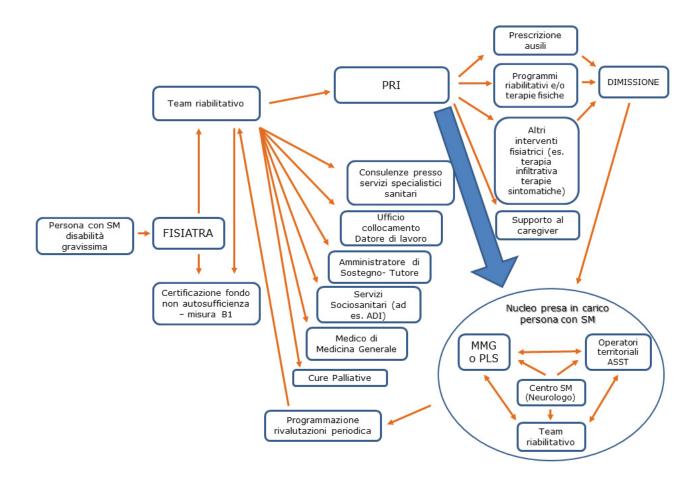
#### Livello IV

L'evoluzione della malattia può portare a quadri gravissimi con necessità di interventi di prevenzione e gestione delle complicanze secondarie, di mantenimento delle abilità residue e di programmi di supporto al caregiver.

Le persone con disabilità gravissima possono utilizzare ventilazione assistita, alimentazione tramite PEG, avere una immobilità completa, presentare varie complicanze secondarie che interagiscono tra di loro portando a quadri di elevata complessità funzionale e internistica e conseguentemente assistenziale.

E' frequente la presenza di: gravi disturbi della comunicazione fino all'anartria; gravi disturbi cognitivi e compromissione della vigilanza; grave tremore; gravi quadri di spasticità con vizi di postura; fratture da fragilità; dolore. Questi pazienti sono difficilmente trasportabili per cui l'attività assistenziale si svolge prevalentemente a domicilio o in strutture residenziali.

Il grafico D sintetizza le principali fasi del percorso.



#### 7. I SERVIZI DELLA RETE TERRITORIALE E DI ASSISTENZA PROTESICA

L'esito della valutazione multidisciplinare del bisogno del paziente, comprensiva anche di quella sociale, viene descritto nel Progetto Individuale (PI), redatto dalle équipe di valutazione multidimensionale e consente ai pazienti con SM ed altre malattie demielinizzanti di accedere a diverse opzioni.

Il Progetto Individuale è indispensabile per l'attivazione dell'ADI e per l'eventuale attivazione di Misure Regionali.

Possono essere attivati e proposti:

- I. assistenza protesica e integrativa per la mobilità, l'allettamento e la comunicazione, valutazione e adattamento dell'ambiente domestico, nutrizione artificiale domiciliare, ossigeno e ventilo terapia;
- II. servizi della rete territoriale:

- servizi di competenza Comunale;
- · servizi di supporto ai caregiver;
- ricoveri presso RSA o RSD, sia ordinari che di sollievo.

### I. Assistenza protesica e integrativa – nutrizione artificiale domiciliare ossigeno e ventilo terapia

La persona affetta da SM si trova generalmente ad affrontare disturbi che, pur con rapidità, sequenza di insorgenza e gravità variabili, interessano le funzioni motoria, respiratoria, alimentare/della deglutizione, sfinteriale (vescica, alvo), della comunicazione.

Gli specialisti, il MMG e l'équipe per la valutazione multidimensionale, a conoscenza delle possibilità di intervento e delle modalità di prescrizione, fornitura e corretto utilizzo dei dispositivi necessari all'assistenza delle persone con SM, intervengono con tempestività e appropriatezza, nel rispetto delle esigenze e delle volontà dell'assistito e/o dei familiari.

La gestione on-line del percorso del malato, dalla valutazione del bisogno, attraverso la prescrizione, la fornitura, l'adeguato addestramento all'utilizzo e l'attento monitoraggio, consentono di ridurre al minimo gli spostamenti di assistito o familiari e i tempi necessari alle forniture di dispositivi protesici, materiali di consumo e prodotti dietetici.

#### > Ausili a supporto delle funzioni motorie e posturali

Il deficit di tali funzioni rende necessario il ricorso a multipli dispositivi per la deambulazione, la mobilità e il superamento delle barriere architettoniche (deambulatore, carrozzina, montascale), il mantenimento della postura eretta/seduta (stabilizzatore/verticalizzatore, unità posturale), la gestione domiciliare del soggetto allettato (letto articolato, comoda, sollevapersone) e la prevenzione delle lesioni cutanee da pressione (materassino antidecubito).

L'équipe multi-professionale che segue l'assistito valuta la necessità di tali dispositivi e la prevede all'interno del pai/pri che sono costantemente aggiornati in relazione al quadro clinico e socio-abitativo.

Le modalità di prescrizione e fornitura degli ausili sono descritte nei siti web di ATS di Brescia e ASST Spedali Civili di Brescia sia per i cittadini che per gli operatori.

Interventi di adattamento dell'ambiente domestico (da raccordare con Progetti di vita indipendente di ambito sociale)

Si rendono spesso necessari nelle varie fasi della malattia al fine di garantire alla persona il mantenimento di un buon grado di autonomia e di un'adeguata qualità di vita.

#### > Ausili a supporto della funzione respiratoria

Il deficit progressivo di funzione dei muscoli respiratori può comportare il ricorso alla ventilazione meccanica (VMD), solitamente non invasiva.

La necessità di tali dispositivi è valutata dallo specialista pneumologo cui compete il monitoraggio del trattamento.

Le modalità di prescrizione e fornitura sono descritte nello specifico "Protocollo tecnico-operativo per il servizio di ventiloterapia polmonare territoriale" pubblicato sui siti web di ATS di Brescia e ASST Spedali Civili di Brescia.

#### Ausili a supporto dei disturbi dell'alimentazione/deglutizione

Possibili difficoltà alimentari possono richiedere l'integrazione nutrizionale e relativo monitoraggio da parte dello specialista.

#### > Ausili a supporto dei disturbi vescica/alvo

Possibili disturbi della continenza (imputabili a urgenza minzionale o a vescica neurologica) urinaria nonché disturbi fecali (incontinenza, alvo neurologico), possono richiedere la prescrizione di ausili (pannoloni, cateteri monouso, anal plug, materiale per l'irrigazione transanale...) finalizzati alla soluzione del problema o, semplicemente, all'accettabilità sociale dell'individuo.

#### II. I servizi della rete territoriale

#### La valutazione multidimensionale

La riforma sanitaria attribuisce ad ATS la funzione di governo della presa in carico e dei percorsi assistenziali attraverso la definizione dei criteri e delle modalità di attuazione della valutazione multidimensionale, mentre alle ASST compete l'erogazione di tale attività.

Nel territorio sono attive équipe per la valutazione multidimensionale in capo alle ASST, che in collaborazione con il MMG/PDF, definiscono la proposta di intervento da condividere con paziente e/o familiari e caregiver, al fine di attivare la tipologia di servizio più adeguata fra quelle disponibili. Inoltre viene garantito il monitoraggio periodico al fine di tutelare la corrispondenza dell'intervento ai bisogni reali, in considerazione anche dell'evoluzione del quadro globale del malato.

Le équipe territoriali per la valutazione multidimensionale, operano nel rispetto del "Protocollo per la valutazione multidimensionale ai fini della presa in carico e gestione dei pazienti cronici, fragili e non autosufficienti" adottato da ATS nel 2016.

Tale équipe è composta da:

- medico;
- infermiere;

- assistente sociale;
- · psicologo.

Opera in stretta sinergia con MMG, PDF e con operatori comunali, che partecipano al processo valutativo, con il coinvolgimento della famiglia e del caregiver.

I servizi con obbligo di valutazione multidimensionale ai fini dell'accesso sono:

- ADI
- Misure regionali

E' invece garantita la valutazione multidimensionale ai fini dell'accesso in RSA solo nei territori in cui è disponibile la lista unica d'accesso.

#### Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'attivazione dell'ADI avviene, come da "Procedura per l'accesso e la presa in carico dell'utente in assistenza domiciliare integrata" adottata da ATS nel 2016, a seguito di prescrizione del MMG/PDF su Ricetta del SSR per utenti che non possono recarsi presso strutture, poiché impossibilitati a spostarsi dal domicilio.

Può essere attivata anche attraverso le seguenti modalità:

- dimissione struttura ospedaliera con prescrizione su ricetta;
- prescrizione di medico specialista.

Le équipe di valutazione multidimensionale territoriali, afferenti alle ASST, che ricevono la richiesta di attivazione ADI effettuano, entro 72 ore (24 ore in caso di cure palliative, mentre le prestazioni di riabilitazione possono essere attivate anche successivamente alle 72 ore), la valutazione che prevede **due fasi**:

- TRIAGE: è il primo contatto con il paziente/familiare, anche telefonico, per una prima valutazione-filtro attraverso l'utilizzo di apposita scheda. In caso di bisogno complesso viene attivata la successiva valutazione di secondo livello;
- VALUTAZIONE DI SECONDO LIVELLO (a domicilio): è effettuata, utilizzando lo strumento di valutazione VAOR, integrata con altre opportune scale di valutazione, per la definizione del profilo e della durata del PAI.

L'équipe di valutazione multidimensionale territoriale redige il Progetto Individuale (P.I.) dove vengono determinati:

- il livello di gravità della persona ed il relativo profilo di voucher corrispondente all'impegno assistenziale;
- la durata dell'intervento e il numero di accessi in caso di profilo prestazionale;
- l'eventuale urgenza;
- il valore economico complessivo del voucher;
- la frequenza degli interventi;

• le figure professionali coinvolte e gli obiettivi da raggiungere.

#### I Profili Voucher contemplano:

- I. Profili Prestazionali
  - Profilo Voucher Prestazionale
  - Profilo Voucher Prestazionale Prelievi

Tali profili intendono dare una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo sociosanitario che può essere continuativa o occasionale.

#### II. Profili Assistenziali

- 4 Profili Voucher Assistenziali diversificati per intensità assistenziale;
- 1 Profilo voucher Cure Palliative

Al termine della valutazione l' équipe consegna all'utente/familiare un elenco di enti erogatori tra i quali scegliere liberamente.

#### Attivazione Misure

# Misura B1 a sostegno delle persone con gravissime disabilità in dipendenza vitale e dei loro caregiver.

La Misura prevede il riconoscimento:

- del buono mensile di € 1.000, finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza e monitoraggio assicurate dal caregiver familiare e/o da assistente personale regolarmente assunto;
- del voucher socio-sanitario mensile, fino ad un massimo di € 360 erogabile a favore di persone adulte e fino ad un massimo di € 500 erogabile a favore di minori, per il miglioramento della qualità della vita loro e delle loro famiglie.

L'attivazione avviene a seguito di presentazione di richiesta su apposito modulo da parte dell'utente/familiare/caregiver all' équipe di valutazione multidimensionale dell'ASST di riferimento. La valutazione viene effettuata utilizzando le scale previste dalla normativa regionale di riferimento.

L'esito della valutazione deve essere riportato nel P.I. che deve essere completato entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta e consegnato all'utente.

In caso di esito positivo la misura viene attivata indipendentemente dalla condizione reddituale. La Misura prevede, in caso di assegnazione del voucher, che l'utente sia tenuto alla scelta dell'Ente erogatore fra quelli che hanno dato la disponibilità.

#### Ricoveri presso RSA /RSD

Qualora la persona malata non sia più gestibile a domicilio, sia per insufficienza/assenza di sostegno familiare o quando nella fase avanzata di malattia è possibile prevedere l'accesso alle seguenti strutture residenziali:

- RSA (Residenza Sanitario Assistenziale) per anziani non autosufficienti, ≥ 65 anni, fra cui pazienti affetti da SM. Sono possibili anche ricoveri di sollievo nei posti letto disponibili. I malati o i familiari possono far domanda di inserimento in RSA rivolgendosi direttamente alla struttura in caso di assenza di una lista unica di ingresso. La richiesta dovrà invece essere rivolta all' équipe di valutazione multidimensionale della ASST, in base alla residenza della persona, nel caso in cui sia attiva la lista unica di accesso alle RSA. In questo caso la valutazione clinica e sociale dell'utente permette l'assegnazione di uno specifico punteggio e la collocazione nella graduatoria della lista.
- RSD dedicata a persone in età adulta (indicativamente dai 18 anni e ≤ 65 anni) portatrici di disabilità. La richiesta deve essere presentata agli operatori del Nucleo Servizi Handicap delle ASST di residenza della persona che, sulla base di documentazione clinica e sociale, valuta unitamente agli operatori del Comune, la RSD più idonea ad accogliere la persona o ad inserirla in lista d'attesa.

# Servizi offerti dai comuni e/o contributi economici finalizzati a progetti di vita indipendente

#### > Interventi sociali

I Comuni possono garantire, anche con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e del privato sociale attivo sul territorio, una serie di Servizi (SAD con OSS/ASA, pasti, lavanderia, servizio trasporto, servizi di telesoccorso) orientati a sostenere il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita.

In qualunque fase della malattia è quindi importante definire un progetto individualizzato condiviso con la persona e i familiari, che tenga conto dei bisogni sanitari, riabilitativi, ma anche sociali e delle risorse personali e familiari della persona e garantire tutti i supporti necessari perché la persona che lo desidera, possa continuare a vivere nel proprio contesto familiare.

Contributi specifici possono essere erogati dai Comuni, anche se condizionati dalla disponibilità di finanziamenti nazionali e/o regionali, per sostenere progetti di vita indipendente per i soggetti con capacità di esprimere la propria volontà che intendono realizzare un progetto di vita senza il supporto del caregiver familiare, ma attraverso l'assunzione diretta di un assistente personale.

#### Attivazione interventi di tutela

A causa della patologia e disabilità, la persona può perdere la capacità di valutare situazioni e problemi e prendere le relative decisioni con competenza.

In questi casi è esposta al rischio di non poter far valere i propri diritti o di essere raggirata o di non poter sottoscrivere validamente atti giuridici.

In queste situazioni può essere necessario attivare una delle forme previste dalla legge mirate a dare rappresentanza giuridica alla persona, in particolare l'amministrazione di sostegno.

La persona stessa o il familiare o, in casi particolari, i responsabili dei servizi direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, possono presentare richiesta al Giudice Tutelare del Tribunale competente per residenza o domicilio abituale della persona (per la provincia di Brescia il Tribunale di Brescia).

Per informazioni ci si può rivolgere:

- all'Ufficio Protezione Giuridica dell'ATS di Brescia;
- agli operatori di riferimento per la protezione giuridica o agli operatori dell'area anziani e disabilità delle ASST;
- ai servizi sociali dei Comuni;
- agli sportelli/servizi per la protezione giuridica di Comuni/Ambiti o Terzo Settore.

Per la consulenza relativa a situazioni complesse, gli operatori sociali, sanitari e le strutture possono rivolgersi all'Ufficio Protezione Giuridica dell'ATS di Brescia.

Per approfondimenti, modulistica, procedure si rimanda al sito dell'ATS.

#### Iniziative a supporto del caregiver

> Scuola di Assistenza Familiare

Nell'ex ASL di Brescia, oggi ATS, per sostenere i caregiver nel delicato lavoro di cura, da un decennio è stata istituita la Scuola di Assistenza familiare. Ogni edizione prevede circa 6 incontri dedicati al supporto del familiare/caregiver non professionale su tematiche di varia natura inerenti la perdita di autonomia nella persona portatrice di gravi patologie e/o anziano. I corsi di formazione sono realizzati nel territorio con la collaborazione degli operatori sia addetti alla Valutazione Multidimensionale e delle unità di offerta per anziani, oltre che di MMG, specialisti, operatori del Comune. Alcuni fra gli obiettivi dei corsi di formazione sono:

- 1. la maggior appropriatezza dell'approccio nella cura e nell'assistenza;
- 2. la riduzione dei rischi di rottura di equilibri familiari;
- 3. la riduzione dell'ansia del caregiver nella gestione del malato, in particolare dei disturbi comportamentali.

Le edizioni della Scuola possono essere realizzate dalle ASST, dai gestori di RSA/CDI, dagli Enti Erogatori ADI. ATS è il riferimento organizzativo.

Il coinvolgimento diretto nella gestione domiciliare, in sintonia con gli operatori ADI riduce la solitudine ed aumenta le competenze nelle pratiche assistenziali.

#### Cure palliative

L'organizzazione delle cure palliative da garantire al paziente affetto da SM rientra nel più ampio sistema delle cure palliative descritto nel documento Modello organizzativo della Rete delle Cure Palliative dell'ATS di Brescia di cui al Decreto D.G. ASL di Brescia n. 505 del 17.10.2013. Di seguito si richiamano i livelli previsti di intervento, attivabili in ordine progressivo di complessità.

- I. Approccio Palliativo
- II. Si tratta di interventi ambulatoriali/domiciliari pianificati (ADP) del solo MMG/PDF, con l'eventuale coinvolgimento del MCA e/o con eventuale attivazione di un Ente erogatore ADI (voucher prestazionali o voucher assistenziali), a favore di soggetti che non necessitano di cure palliative di base o specialistiche.

#### III. Cure Palliative di base

Si tratta di un'assistenza comprensiva dell'attivazione del voucher di profilo cure palliative erogata da un Ente accreditato per ADI-Cure Palliative (con il proprio palliatore) in collaborazione con il MMG/PDF (accessi pianificati ADP o ADI) e possibile coinvolgimento del MCA.

In entrambi i livelli la responsabilità clinico-prescrittiva è del MMG/PDF che, in accordo con l'EQUIPE VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, condivide con l'assistito e/o la sua famiglia la tipologia di servizio attivabile in quel momento; l'eventuale scelta dell'Ente erogatore ADI o ADI-Cure Palliative compete al malato e/o alla sua famiglia.

#### IV. Cure Palliative specialistiche

Riportabili alle due tipologie seguenti:

- ✓ STCP (assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative, già ospedalizzazione domiciliare cure palliative) Si tratta di interventi domiciliari pianificati erogati da una UOCP Unità Operativa di Cure Palliative a favore di soggetti che necessitano di Cure Palliative specialistiche;
- ✓ Hospice Si tratta di interventi pianificati, ambulatoriali, in degenza diurna o in degenza ordinaria, erogati in Struttura dedicata (UOCP e hospice socio sanitario) a favore di soggetti che necessitano di Cure Palliative specialistiche.

Per questi livelli la responsabilità clinico-prescrittiva è del Medico della Struttura specialistica. L'équipe per la Valutazione Multidimensionale favorisce il contatto con la Struttura dedicata, contribuendo all'uso più appropriato e razionale delle risorse locali. La scelta del percorso e la condivisione con l'assistito e/o la sua famiglia in merito alla tipologia di servizio da attivare fanno seguito al colloquio tra palliatore della Struttura e malato e/o sua famiglia. Quando possibile è comunque sempre opportuno che la

scelta del percorso sia condivisa tra assistito e/o famiglia, Struttura e EQUIPE VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE comprensiva del MMG/PDF.

Non varia, pertanto, l'impostazione generale, in termini di segnalazione e di comunicazione della conclusione on-line, servizi attivabili, modalità, tempi e strumenti di lavoro.

#### 8. L'ASSOCIAZIONE DEI MALATI.

La sezione provinciale bresciana dell'AISM nasce nel 1982 con la finalità di intervenire con progetti mirati e personalizzati al fine di consentire alle persone con Sclerosi Multipla di condurre una vita dignitosa e di soddisfazione nel proprio ambiente famigliare e sociale.

L'AISM come associazione di tutela dei pazienti ha un ruolo di rappresentanza, sostegno, affiancamento alla partecipazione dell'individuo a processi che lo coinvolgono. Tale ruolo viene esercitato qualunque sia la forma di SM e il grado di disabilità. Si esplica in una funzione **informativa**, di **empowerment** della persona e di **advocacy**.

AISM nella sua declinazione provinciale, offre alle persone con SM un'attività di accoglienza strutturata che, sulla base dei bisogni espressi dalla persona con SM, orienta sia verso prestazioni direttamente sia verso la rete di servizi territoriali.

Nella sede di AISM vengono offerti i seguenti servizi/prestazioni, grazie all'apporto dei volontari formati e di professionisti:

- attività di condivisone e socializzazione, supporto alla mobilità;
- consulenza legale;
- segretariato sociale;
- attività di AFA;
- Yoga e Shiatsu specifiche per le persone con SM.
- indirizzo ed orientamento, in collaborazione con un Patronato verso le risposte più appropriate sul versante dei diritti individuali in materia pensionistica, infortunistica e socio-assistenziale, in un'ottica di "welfare territoriale".

#### Vengono garantite inoltre:

- supporto al domicilio (es. compagnia, sollievo ai famigliari e supporto domestico);
- supporto telefonico chiamato "Telefono Amico" e altre attività e progetti mirati al contrasto all'isolamento sociale e all'empowerment delle persone con SM.

AISM è ad oggi il principale interlocutore per l'informazione diretta alle persone coinvolte nella SM in materia di lavoro e diritti. Attraverso un'attività di incontri territoriali informativi col supporto di professionisti e dell'area scientifica dell'Associazione e della sua fondazione FISM, AISM aggiorna sui progressi scientifici

della ricerca sulla SM e le sue terapie, sulla gestione della malattia nella quotidianità e nelle sue diverse fasi evolutive, contribuisce al suo stesso finanziamento, e sviluppa percorsi di informazione e formazione in diversi ambiti e contesti come per i caregiver, le coppie, i giovani con SM, i portatori di disabilità importanti.

#### 9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE ED ATTUAZIONE DEL PDTA

Il PDTA viene inviato a:

- articolazioni ATS;
- articolazioni ASST;
- strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, UU.OO. di Neurologia;
- strutture di riabilitazione;
- RSA/RSD;
- enti erogatori ADI.

Il PDTA viene ratificato dal Comitato Aziendale della Medicina Generale ed inviato a:

- MMG/PDF;
- Medici di Continuità Assistenziale.

Il PDTA viene adottato con decreto ATS e pubblicato sul sito web aziendale.

#### Indicatori

- Numero accessi al Pronto Soccorso (rilevato tramite BDA)
- Numero Ricoveri Ospedalieri (rilevato tramite BDA)
- Numero persone ricoverate in Riabilitazione

#### **BIBLIOGRAFIA**

Wade DT, Green Q. A study of services for multiple sclerosis. London: Royal College of Physicians, 2001

Brownlee Wallace J and Olga Ciccarelli. All relapsing multiple sclerosis patients should be managed at a specialist clinic. Multiple Sclerosis Journal 2016, Vol. 22(7) 873–875

Chiaravalloti & DeLuca Lancet Neurol. 2008 Dec;7(12):1139-51

Balabanov et al., 2014 Mult Scler. Sep;20(10):1282-7

Mattioli F et al., Mult Scler 2016 Feb;22(2):222-30

Mattioli F et al., J Neurol Sci. 2010 Jan 15;288(1-2):101-5

Alexander, M., Murthy, J.M.K., 2011. Acute disseminated encephalomyelitis: Treatment guidelines. Ann. Indian Acad. Neurol. 14, S60–S64. doi:10.4103/0972-2327.83095

Filippi, M., Rocca, M.A., Bastianello, S., Comi, G., Gallo, P., Gallucci, M., Ghezzi, A., Marrosu, M.G., Minonzio, G., Pantano, P., Pozzilli, C., Tedeschi, G., Trojano, M., Falini, A., De Stefano, N., 2013. Guidelines from The Italian Neurological and Neuroradiological Societies for the use of magnetic resonance imaging in daily life clinical practice of multiple sclerosis patients. Neurol. Sci. Off. J. Ital. Neurol. Soc. Ital. Soc. Clin. Neurophysiol. 34, 2085–2093. doi:10.1007/s10072-013-1485-7

Milo, R., Miller, A., 2014. Revised diagnostic criteria of multiple sclerosis. Autoimmun. Rev., Diagnostic criteria in Autoimmune diseases 9th International Congress on Autoimmunity 13, 518–524. doi:10.1016/j.autrev.2014.01.012

Polman, C.H., Reingold, S.C., Banwell, B., Clanet, M., Cohen, J.A., Filippi, M., Fujihara, K., Havrdova, E., Hutchinson, M., Kappos, L., Lublin, F.D., Montalban, X., O'Connor, P., Sandberg-Wollheim, M., Thompson, A.J., Waubant, E., Weinshenker, B., Wolinsky, J.S., 2011. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. Ann. Neurol. 69, 292–302. doi:10.1002/ana.22366

Wingerchuk, D.M., Banwell, B., Bennett, J.L., Cabre, P., Carroll, W., Chitnis, T., de Seze, J., Fujihara, K., Greenberg, B., Jacob, A., Jarius, S., Lana-Peixoto, M., Levy, M., Simon, J.H., Tenembaum, S., Traboulsee, A.L., Waters, P., Wellik, K.E., Weinshenker, B.G., 2015. International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. Neurology 85, 177–189. doi:10.1212/WNL.0000000000001729

#### **ELENCO RECAPITI ED ORARI:**

#### ASST Spedali Civili - CENTRO SM

#### Presidio di Montichiari:

- orario di risposta del front office ore 8,30 alle 12,00 al numero 030/ 9963374 dal lunedì al venerdì
- e-mail: <a href="mailto:centrosmbrescia@gmail.com">centrosmbrescia@gmail.com</a> e/o sclerosi.multipla.montichiari@asst-spedalicivili.it
- risposta medica dalle 14,30 alle 15,00: 320/8219066, risposta infermieristica dalle 14,30 alle 15,00: 327/0466568.

Presidio di Brescia: Unità di neuropsicologia clinica e riabilitativa territoriale:

- Via Nikolajewka 13, (tel. 0302027235/221)
- dal lunedì al venerdì ore 8,00 16,00
- e-mail: flavia.mattioli@asst-spedalicivili.it

#### ASST-FRANCIACORTA - CENTRO SM

#### Presidio di CHIARI:

- dal lunedì al venerdì ore 9,00-12,00/14,00-16,00
- tel. 030/7102631
- e-mail: neurologia.chiari@asst-franciacorta.it

#### U. O. DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE:

- dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 15,00
- tel. 030/7102210

#### Sistema Socio Sanitario



# PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON DISTURBI ALCOLOGICI



La grande onda di Kanagawa (神奈川沖浪裏 Kanagawa oki nami ura) Katsushika Hokusai – 1930/1931

Dicembre 2016

### Direzione Sociosanitaria

#### **Direttore Dr.ssa Annamaria Indelicato**

#### Composizione Gruppo di Lavoro

#### **COMPONENTI ATS**

Dott.ssa Maria Angela Abrami Area Dipendenze

Dott. Paolo Zampiceni Osservatorio – Area Dipendenze

#### **COMPONENTI ALTRI ENTI**

Prof. Antonio Vita ASST Spedali Civili di Brescia

Dott. Fabio Roda ASST Spedali Civili di Brescia

Dott. Marco Stilo ASST Spedali Civili di Brescia

Dr.ssa Luigina Scaglia Fondazione Richiedei – Presidio di Palazzolo S/O

#### INDICE

Premessa	Pag 4
Finalità del PDTA	Pag 4
Impatto del consumo dannoso di alcol sulla salute e il benessere	Pag 5
Sezione epidemiologica - diffusione del consumo e aspetti previsionali	Pag 6
Dati locali dei Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze	Pag 7
Sistema dell'offerta sul territorio di ATS Brescia	Pag 7
Rete integrata dei servizi per l'alcologia	Pag 8
Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale	Pag 11
Inquadramento diagnostico	Pag 11
Ruolo dei Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze	Pag 12
Processo di presa in carico	Pag 12
Valutazione Multidimensionale del Bisogno	Pag 13
Principali prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione	Pag 15
Esami di laboratorio	Pag 16
Trattamento farmacologico	Pag 16
Attività dei Servizi Specialistici Ambulatoriali su invii in assenza di domanda di cura	Pag 19
Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)	Pag 20
Ruolo dei Presidi Ospedalieri	Pag 23
Ruolo del Dipartimento di Salute Mentale (DSM)	Pag 25
Ruolo della Riabilitazione Alcologica	Pag 26
Principi guida della Riabilitazione Alcologica	Pag 27
Ruolo dei Gruppi di Auto Aiuto	Pag 28
Sistema informativo delle dipendenze - Indicatori	Pag 29
Modalità di diffusione ed attuazione del PDTA	Pag 31
Bibliografia	Pag 32

#### **PREMESSA**

Il presente documento rappresenta la prima stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del paziente con disturbi alcologici nell'ambito del territorio di ATS Brescia. Intende rispondere ai principi introdotti dalla L.R. 23/2015 di "Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo", la quale definisce principi e percorsi che orientano l'erogazione delle funzioni di sistema rivolte non più solo alla cura, ma al "prendersi cura" della persona e della sua famiglia. L'evoluzione del Sistema Sociosanitario Regionale è incentrata sulla riorganizzazione, razionalizzazione e appropriatezza per ampliare le risposte ai bisogni che si modificano costantemente in un'ottica di sostenibilità del sistema. Per rispondere alla domanda di salute e ai bisogni della persona con Disturbi da Uso di Alcol e Patologie alcolcorrelate in una logica unitaria, è necessario integrare l'attuale separazione tra ambiti sanitari e sociosanitari, coinvolgendo molteplici discipline e figure professionali che, a vario titolo, si occupano di problemi e patologie alcolcorrelate sul territorio di ATS Brescia. Al fine di garantire la presa in carico del paziente, lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, risulta necessario consolidare e valorizzare la rete alcologica, già esistente sul territorio e operante da tempo, nell'ottica dell'integrazione per implementare risposte appropriate ad una domanda di cura complessa come quella espressa del paziente alcologico. Il PDTA intende rappresentare una descrizione dello stato dell'arte esistente sul territorio di ATS Brescia nell'ambito della individuazione e presa in cura delle persone con disturbi alcologici, la cui evoluzione ed applicazione prevede il coinvolgimento e la condivisione di tutti gli attori della rete.

Il presente documento viene condiviso con le ASST e, nel corso del 2017, verrà esteso agli erogatori privati.

#### FINALITÀ DEL PDTA

- ✓ Delineare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) condiviso dagli attori della rete, al fine di garantire interventi di qualità nel miglioramento del governo clinico rispetto ai bisogni dei pazienti e loro familiari.
- ✓ Migliorare la qualità e l'efficacia dell'approccio multidisciplinare alla persona con disturbi da uso di alcol, uso rischioso e dannoso.
- ✓ Integrare e rafforzare le partnership della rete alcologica per un'azione concertata in termini di qualità e di efficacia.
- ✓ Affinare percorsi personalizzati e flessibili in relazione ai bisogni dei pazienti nelle varie fasi del percorso di cura e del livello di compromissione.
- ✓ Garantire uniformità di prassi, strumenti e linguaggi.
- ✓ Garantire appropriatezza, efficacia ed efficienza degli interventi.
- ✓ Monitorare il percorso Diagnostico, Terapeutico, Assistenziale.
- ✓ Implementare l'individuazione delle persone con uso rischioso e dannoso di alcol.

✓ Ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso e dei ricoveri non appropriati in un'ottica di razionalizzazione delle risorse.

#### IMPATTO DEL CONSUMO DANNOSO DI ALCOL SULLA SALUTE E IL BENESSERE

Il Piano d'Azione Europeo 2012-2020 per ridurre il consumo dannoso di alcol stabilisce che:

- √ l'alcol è uno dei tre problemi prioritari di salute pubblica del mondo, terza causa mondiale di
  malattie o morte prematura, dopo il basso peso alla nascita e il sesso non protetto e prima del
  tabacco. L'alcol danneggia il bevitore ma anche altre persone attraverso agiti di violenza sulle
  strade e violenza domestica: si stima che fino a tre persone su dieci possono avere a che fare nella
  loro vita con un bevitore pesante.
- ✓ I danni causati dall'alcol e i costi sociali del consumo sono notevolmente maggiori di quelli associati al fumo e all'utilizzo di droghe illegali, anche in termini di efficienza economica compromessa derivante dalla diminuzione della produttività dovuta all'alcol.
- ✓ Il rischio assoluto di morte per condizioni avverse connesse all'uso di alcol aumenta con la qualità totale di alcol consumato nel corso della vita. Per molte condizioni, tra cui i tumori correlati all'alcol, il rischio aumenta anche a bassi livelli di consumo.
- ✓ L'esposizione all'alcol durante la gravidanza può alterare lo sviluppo celebrale del feto ed è associata a deficit intellettuali che si manifestano più tardi, durante l'infanzia.
- ✓ Sul posto di lavoro il consumo dannoso e il bere pesante episodico aumentano il rischio di problemi come assenteismo, bassa produttività e comportamenti inappropriati.

A fronte di questi rilievi lo stesso documento individua cinque obiettivi prioritari:

- ✓ incrementare la consapevolezza sull'impatto e la natura dei costi sanitari sociali e sul peso economico causato dall'alcol, rafforzare e diffondere la base delle conoscenze,
- √ rafforzare la capacità di gestire e trattare i disturbi alcol-correlati,
- √ aumentare la mobilitazione delle risorse per azioni concordate,
- ✓ migliorare il monitoraggio e la tutela.

#### in riferimento a dieci aree di interesse:

- ✓ leadership, consapevolezza e impegno;
- ✓ risposta dei servizi sanitari;
- ✓ azione nella comunità e sui luoghi di lavoro;
- ✓ politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza;
- √ disponibilità dell'alcol;
- ✓ commercializzazione delle bevande alcoliche;
- ✓ politiche dei prezzi;
- ✓ ridurre le conseguenze negative dell'uso dell'alcol e dell'ubriachezza;

- ✓ ridurre l'impatto sulla salute pubblica della produzione illegale e informale di alcolici;
- ✓ monitoraggio e sorveglianza.

In particolare, per quanto riguarda la risposta dei servizi sanitari, il Piano d'Azione Europeo pone particolare attenzione al ruolo del Medico di Medicina Generale per il counseling, l'identificazione, l'intervento breve e il rinvio a servizi specialistici che, a loro volta, dovrebbero utilizzare trattamenti farmacologici e comportamentali basati sull'evidenza e offerti a tutti coloro per i quali si valuta che potrebbero trarne un beneficio. Nella gestione dei disturbi da uso di alcol, il passaggio dalla medicina generale alle cure specialistiche dovrebbe avvenire in stretta integrazione.

#### **SEZIONE EPIDEMIOLOGICA**

#### **DIFFUSIONE DEL CONSUMO E ASPETTI PREVISIONALI**

Tutte le ricerche disponibili evidenziano che il consumo di alcolici è un comportamento diffuso in tutte le classi sociali seppur con una netta polarizzazione di genere. In Lombardia nel 2015 hanno consumato alcolici il 55,7% delle donne e 78,5% dei maschi (fonte: ISTAT, report 2015). In assenza di ricerche locali, le analisi relative alla realtà locale derivano da dati estrapolati da ricerche nazionali o loro disaggregazione per aree geografiche. Complessivamente si rilevano scenari almeno apparentemente contrastanti; se infatti è stata confermata per il 2015 la tendenza in atto, in tutte le fasce di età, alla riduzione sia del numero di consumatori che dei consumi di alcolici (dati ISTAT indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" anno 2015), la stessa ricerca evidenzia che tale riduzione è pressoché nulla nei giovani adulti (18-35 anni), in particolare maschi, con comportamenti a rischio (consumo che eccede 2 U.A. al giorno per l'uomo o 1 U.A. al giorno per la donna o binge-drinking). Differenze nella tipologia di consumo legate all'età riguardano l'abitudine a bere fuori pasto che risulta più frequente tra i maschi dai 18 ai 30 anni. Per quanto riguarda la prevalenza di comportamenti a rischio, nel 2015 la stima per la Lombardia riferita alla popolazione dagli 11 anni in su si attesta al 25,1% (ISTAT, 2015). Altre ricerche (es. HBSC 2014 - Health Behaviour in School- aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare - dati Lombardia) riportano comportamenti a rischio tra i giovanissimi come il "binge drinking" che interesserebbe il 12% dei maschi undicenni e il 6% delle femmine di pari età per salire nei quindicenni rispettivamente al 38% e al 31%. I dati rilevati dall'Osservatorio Territoriale sulle Dipendenze di ATS (peraltro in linea con i dati nazionali) indicano, inoltre, che non solo ci sono più consumatori di alcolici tra i maschi, ma che questi hanno anche più probabilità di sviluppare problemi alcol-correlati. Infatti, a fronte di un rapporto maschi-femmine di circa 3 a 2 tra i bevitori, tra le persone che afferiscono ai servizi si rileva un rapporto 4 a 1. Le differenze di genere sono più accentuate tra le persone più anziane. Nel complesso è possibile prevedere nel futuro prossimo che, anche a livello locale, la domanda di cura riguarderà in maniera marcata persone anziane di sesso maschile, spesso multiproblematiche e/o con altre patologie associate. Particolarmente difficile raggiungere il sottogruppo dei giovani consumatori, che rappresentano un'esigua minoranza dell'utenza dei

servizi, a cui si dovrebbe dedicare particolare attenzione attraverso azioni mirate di prevenzione e di educazione alla salute.

#### DATI LOCALI DEI SERVIZI SPECIALISTICI AMBULATORIALI PER LE DIPENDENZE

Nel corso del 2015 i Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze hanno seguito 1.918 persone con problematiche alcol correlate; si segnalano inoltre 1593 soggetti inviati dalla Commissione Patenti per monitoraggio e certificazione (di cui 650 già noti o presi in carico a seguito dell'invio). I dato relativo all'utenza si colloca sostanzialmente in linea con quello riscontrato nel 2014 (n. 1953). La distribuzione per fasce d'età ricalca i dati degli anni precedenti con una prevalenza dei cittadini tra i 30 e i 49 anni, seguiti da persone con 50 e oltre. Sempre esigua la presenza di giovani. Sostanzialmente stabile la distribuzione per genere con una netta prevalenza dei maschi (81%). Per quando riguarda la condizione lavorativa il 45% dell'utenza è occupato stabilmente, mentre la quota dei disoccupati è del 31%. Il dato sull'occupazione evidenzia un peggioramento nel corso del tempo con una perdita sugli occupati di circa il 12% nell'ultimo quinquennio (nel 2010 il 57% dell'utenza risultava occupato stabilmente) verosimilmente correlata anche all'attuale congiuntura economica. Presso i servizi erogatori la domanda di cura relativa alle fasce d'età inferiori ai 20 anni è pressoché assente rappresentando meno dell'1% dell'utenza totale. Tuttavia i dati delle ricerche sollecitano una particolare attenzione rispetto al consumo di alcolici tra le giovani generazioni evidenziando una diffusione importante di condotte come l'assunzione di alcolici fuori pasto, il "binge drinking" e gli episodi di abuso/ubriacatura.

#### SISTEMA DELL'OFFERTA SUL TERRITORIO DI ATS BRESCIA

Nel 2015 nel territorio dell'attuale ATS di Brescia erano attivi 8 servizi ambulatoriali per le problematiche alcolcorrelate; 4 NOA - Nuclei Operativi Alcologia pubblici e 4 SMI- Servizi Multidisciplinari Integrati del privato sociale accreditato; a seguito dei cambiamenti introdotti dalla LR. 23/2015 i 4 NOA sono stati attribuiti alle ASST con NOA Brescia e NOA Sarezzo che fanno capo alla ASST Spedali Civili di Brescia e NOA Salò, NOA Leno che fanno capo alla ASST del Garda. Nell'ASST della Franciacorta dal 2016 l'attività alcologica viene garantita dai Servizi per le Dipendenze di Orzinuovi e Rovato. Complessivamente i poli ambulatoriali dedicati totalmente o parzialmente alle problematiche alcolcorrelate risultano essere 10.

Servizi specialistici ambulatoriali		
ASST Spedali Civili di Brescia		
NOA Brescia, via Gheda, 4 - tel. 030.3839942		
NOA Val Trompia – Sarezzo, Piazzale Europa, 16 - tel. 030.8915260		
ASST Franciacorta		
Sert Rovato, via Lombardia, 31/a - tel. 030.7007245		

Sert Orzinuovi, viale Marconi, 27 - tel. 030.7007646

#### **ASST Garda**

NOA Garda – Salò, via Umberto I Loc. Campoverde - tel. 0365.296780

NOA Leno, Piazza Donatori di Sangue, 1 - tel. 030.9078451

#### Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI)

SMI Gli Acrobati - Concesio, via Europa 110/d - tel. 030.2060130

SMI II Mago di Oz – Bagnolo Mella, via Gramsci, 176 - tel. 030.6822136

SMI Il Mago di Oz – Ospitaletto, via Padana Superiore, 161 - tel. 030.8360856

SMI II Mago di Oz – Rezzato, via Garibaldi, 50 - tel. 030.2590761

#### RETE INTEGRATA DEI SERVIZI PER L'ALCOLOGIA

A supporto ed in integrazione all'attività dei servizi ambulatoriali, nel corso degli anni si è via via strutturata una rete di unità d'offerta con cui sono stati definiti specifici protocolli di collaborazione, attualmente in uso in alcuni ambiti e servizi del territorio, che necessitano di essere rivisti, condivisi ed estesi sull'intero territorio di ATS Brescia.

ATTORI	PRINCIPALI FUNZIONI	PROTOCOLLI	MONITORAGGIO - INDICATORI
Servizi della psichiatria	multiproblematiche che presentano patologia delle	Protocollo tra ex ASL di Brescia, ex Az. Ospedaliere di Brescia, Chiari, Desenzano e Servizi Sociali dei Comuni, definito nel 2007	
Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e della Adolescenza	presentano patologia delle dipendenze e patologia	Protocollo tra ATS Brescia, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Franciacorta, ASST Garda e Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI), approvato nel 2016	protocollo; predisposta scheda specifica per la rilevazione dei casi gestiti
Reparti Ospedalieri – Pronto soccorso Ambulatori	diagnosi di abuso o dipendenza da alcol o con patologie alcolcorrelate (es. epatopatie)	Protocolli relativi ad alcuni reparti e/o pronto soccorso delle ex-Az. Ospedaliera di Desenzano e ex-Az. Ospedaliera Spedali Civili – P.O. Gardone V. Trompia	

ATTORI	PRINCIPALI FUNZIONI	PROTOCOLLI	MONITORAGGIO - INDICATORI
U.O.di Riabilitazione Alcologica – Fondazione Richiedei Palazzolo	Offerta di percorsi con significativa componente sanitaria in regime di ricovero in collaborazione e sulla base del progetto terapeutico definito dai servizi invianti (NOA/SERT/SMI)		Monitoraggio andamento dei casi ricoverati in riferimento al PAI del paziente
Comunità Terapeutiche	Offerta di percorsi terapeutici in regime residenziale sulla base del progetto terapeutico definito dai servizi invianti (NOA/SERT/SMI)		Monitoraggio andamento dei casi inseriti in riferimento al PAI del paziente
Associazioni/Gruppi AMA (ACAT, CAT, AA)	accompagnamento della	` <i>''</i>	protocollo; n. casi inviati alle associazioni (sez.
Medici di Medicina Generale	Individuazione dei pazienti con uso dannoso/rischioso di alcol (formazione protocollo IPIB) Invio ai servizi ambulatoriali		n. casi inviati da MMG (registrazione Canale di invio in MFP)

#### Altri attori con cui sono previste collaborazioni su situazioni specifiche:

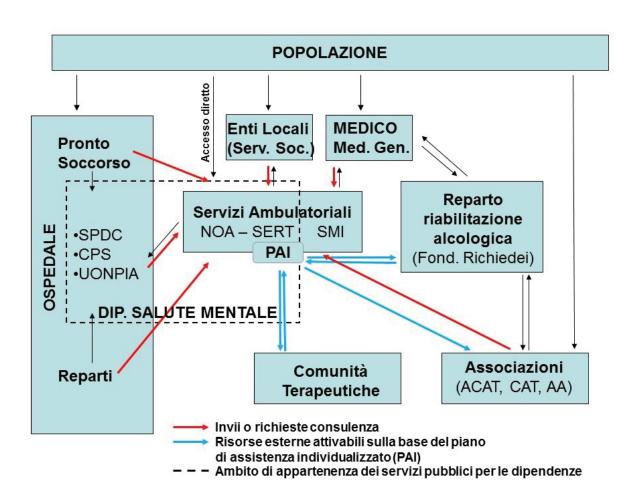
- ✓ Servizi di Medicina Legale afferenti alle ASST
- ✓ Istituti Penitenziari
- ✓ Servizi di Medicina del Lavoro e Medici Competenti
- ✓ Servizi Sociali degli Enti Locali
- ✓ Consultori familiari pubblici e privati e Servizi Tutela Minori
- ✓ Cooperative Sociali e di inserimento lavorativo

#### Funzionalità della rete alcologica territoriale

✓ Connessioni fra i nodi della rete attraverso la predisposizione di protocolli specifici e/o documenti tecnico-specialistici con implicazione di interazione e co-gestione operativa a vantaggio dell'orientamento del paziente nella rete territoriale assistenziale-alcologica.

- ✓ Identificazione di appropriati case-manager come referenti delle singole situazioni cliniche e sociali dei pazienti con target specifico.
- ✓ In ambito di ASST identificazione dei process owner, come indicato dagli orientamenti di Regione Lombardia nelle proposte di POAS aziendali, in qualità di coordinatori di tutte le azioni correlabili all'orientamento del paziente target specifico nella rete sociosanitaria ospedaliera e territoriale.

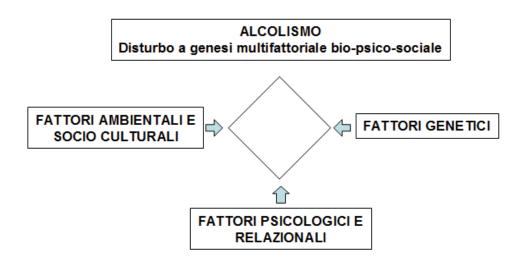
#### RETE INTEGRATA DEI SERVIZI PER L'ALCOLOGIA – DIAGRAMMA



#### IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

#### INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

La definizione di alcolismo come un disturbo a genesi multifattoriale (Società Italiana di Alcologia, 1994) connette i fattori ambientali e socioculturali in cui la persona vive con le cause genetiche e le specificità psicologiche dell'individuo, associate alle dinamiche relazionali dell'ambiente familiare in cui il bevitore è cresciuto.



La valutazione clinica del disturbo da uso di alcol è complessa. Identificare correttamente il disturbo da uso di alcol può essere difficoltoso per alcuni aspetti (meccanismi di difesa che contraddistinguono le persone con disturbo da uso di alcol). La multidimensionalità è condizione essenziale nella diagnosi alcologica, derivante dalla genesi multifattoriale dei disturbi da uso di alcol.

<u>Aree di indagine per la valutazione diagnostica</u>: Area fisica, Area socio relazionale, Area familiare, Area tossicologica, Area psichica, Area motivazionale.

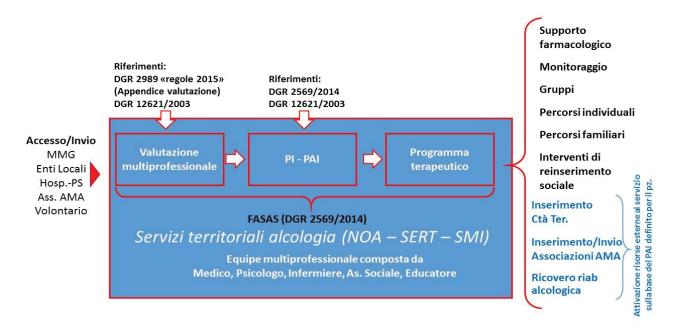
<u>Strumenti:</u> Incontri di valutazione: visita medica, valutazione psicologica, valutazione sociale e valutazione motivazionale, Anamnesi alcologica, Questionari specifici sul consumo di alcol (questionario CAGE, MAST, MALT, AUDIT), Indicatori biochimici e tossicologici del consumo di alcol, Strumenti di classificazione nosografica.

Strumenti di classificazione nosografica: i sistemi di classificazione nosografica più accreditati a livello internazionale rispetto all'alcolismo e ai disturbi ad esso connessi sono: ICD10 e il DSM IV TR, DSM-5. La classificazione ICD10 non prevede diagnosi di abuso di alcol, ma uso dannoso di alcol: chiara evidenza che l'uso della sostanza sia stato responsabile di un danno per la salute dell'utilizzatore, che può essere fisico o psichico.

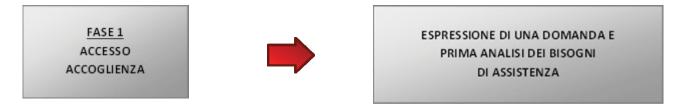
Le buone prassi per effettuare una diagnosi sono:

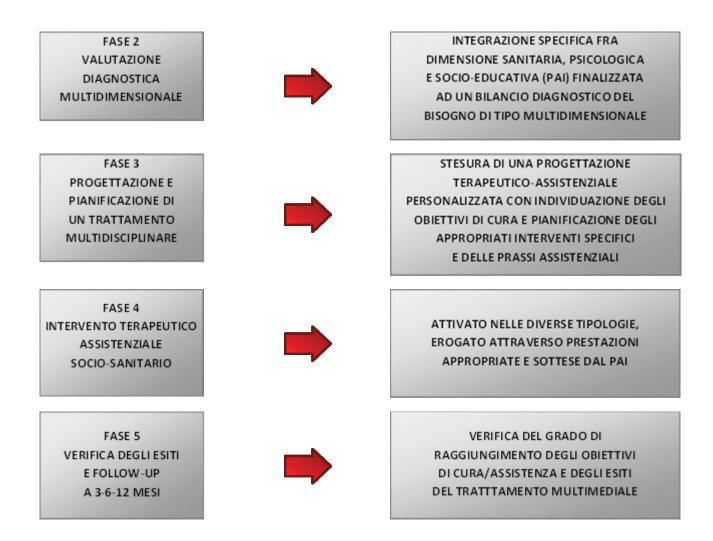
- Accuratezza nell'uso degli strumenti d'indagine e definizione dei tempi entro il quale la persona deve essere presa in carico.
- Diagnosi aperta a nuove acquisizioni e a possibili ridefinizioni.
- Mettere in gioco connessioni tra le competenze dei professionisti.
- Considerare l'individualità ed unicità della persona nella sua esperienza di vita e sofferenza patologica.
- Evitare i rischio di indagare la malattia ignorando la persona.
- Declinarsi sotto il criterio della responsabilità.

# RUOLO DEI SERVIZI SPECIALISTICI AMBULATORIALI PER LE DIPENDENZE PROCESSO DI PRESA IN CARICO



L'intervento sociosanitario espletato nei Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze si configura come percorso terapeutico-assistenziale definibile in 5 fasi fondamentali:





#### VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL BISOGNO

La Valutazione Multidimensionale del Bisogno del paziente con problematiche di abuso o dipendenza da sostanze, intesa come fase precedente e necessaria alla definizione di un progetto terapeutico, è stato un elemento che ha caratterizzato l'attività dei Servizi per le Dipendenze fin dalla loro istituzione nella metà degli anni '70.

Con la DGR 2989 del 23/12/2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015" (Regole di Sistema 2015) Regione Lombardia ha ricondotto questa attività all'interno del modello generale definito dalla DGR 2569 del 31/10/2014 "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo" che, fra altri aspetti, prevede l'effettuazione della valutazione con l'individuazione del/i bisogno/i, la definizione di un progetto individuale (PI) e la sua declinazione in obiettivi specifici, indicatori e prestazioni all'interno del piano assistenziale individuale (PAI). All'interno di questo modello generale, nell'area delle dipendenze permane una specificità rappresentata dalla "non-separazione" delle funzioni di valutazione e definizione del PI dalla funzione di definizione del PAI e conseguente erogazione delle prestazioni necessarie, che in altri ambiti sono ricondotte a soggetti diversi (separazione delle funzioni di valutazione

ed erogazione). Nell'ambito delle dipendenze è lo stesso soggetto valutatore che, salvo diversa scelta del paziente, prosegue nella gestione operativa del caso.

Fatta salva la possibilità che i servizi integrino quanto indicato da Regione Lombardia con ulteriori approfondimenti diagnostici, l'appendice alla citata DGR 2989 del 23/12/2014 (e modifiche successivamente intervenute) prevede che, a partire dagli utenti nuovi o riammessi dopo il 01/07/2015, la valutazione nelle dipendenze includa:

- ✓ Visita medica e diagnosi secondo DSM IV.
- ✓ Ricerca su matrice cheratinica e/o urinaria rispetto ai cataboliti delle sostanze d'abuso.
- ✓ Controllo esami ematochimici (emocromo con formula, glicemia, azotemia, trigliceridi, colesterolo, funzionalità epatica, virologici per HBV, HCV, HIV).
- ✓ Esame urine.
- ✓ VGF DSM IV: scala di Valutazione Globale del Funzionamento.
- ✓ EuropASI (Addiction Severity Index versione Europea), intervista strutturata che approfondisce le aree relative alla situazione medica, lavoro/sostentamento, uso di alcol, uso di sostanze psicotrope, situazione legale, storia familiare, relazioni familiari/sociali, situazione psichica attribuendo per ogni area un punteggio di gravità.

L'insieme di questi elementi, sulla base di un algoritmo specifico, genera punteggio che definisce il livello di gravità e risulta come esito della valutazione nel certificato che il servizio rilascia all'interessato. Tale certificato è valido 180 giorni dalla data di rilascio e consente all'utente di proseguire la presa in carico presso il servizio che ha effettuato la valutazione o di recarsi in uno dei servizi specialistici ambulatoriali per le dipendenze (Ser.T. o SMI) di Regione Lombardia, per avviare un Piano Terapeutico-Assistenziale.

Al momento tale attività è monitorata tramite la ricezione e verifica delle schede di sintesi della valutazione che riportano i tempi di effettuazione dei diversi step di valutazione (primo contatto, primo appuntamento, chiusura della valutazione) e gli esiti dei colloqui effettuata.

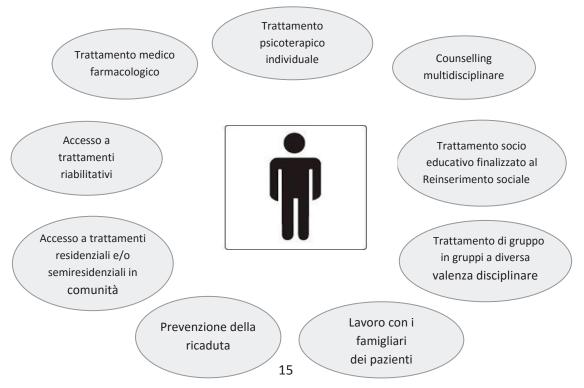
#### Strumenti della valutazione multidimensionale

- √ accoglienza
- √ valutazione multiprofessionale
  - area tossicologica => anamnesi, esami di laboratorio su matrici organiche varie (urine, sangue, matrici cheratiniche, espirio) per rilevazione marcatori di esposizione e marcatori di effetto; test di screening (CAGE e AUDIT)
  - area medica => anamnesi; valutazione clinica; diagnosi clinica/strumentale di patologie organiche correlate o in co-diagnosi
  - o area psicologica => anamnesi; valutazione clinica; testistica (VGF, Rorschach, MMPI 2 e altro

- area psicopatologica => anamnesi; valutazione clinica; testistica (SCL-90 e altro)
- o area giuridico-legale
- area socio-familiare => anamnesi; elaborazione ASI

# Le principali prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione erogate dai Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze:

- ✓ Diagnosi multidisciplinare dell'abuso/dipendenza da alcol
- ✓ Terapie farmacologiche
- ✓ Prelievi ematochimici ed esami tossicologici
- ✓ Counseling sanitario
- ✓ Programmazione ricoveri ospedalieri
- ✓ Psicoterapie individuali, famigliari e di gruppo a breve e lungo termine
- ✓ Gestione gruppi di supporto rivolti ad alcoldipendenti, coppie e familiari
- ✓ Consulenza psicologica
- ✓ Consulenza infermieristica ed educazione sanitaria per il paziente e la famiglia
- ✓ Interventi educativi individuali e familiari
- ✓ Consulenza per l'avviamento a strutture terapeutiche e/o riabilitative
- ✓ Diagnosi patologie alcol correlate
- ✓ Inquadramento del caso nel contesto familiare e sociale e lavorativo
- ✓ Segretariato sociale
- ✓ Certificazioni cliniche con valenza medico-legale su invii dall'autorità giudiziaria
- ✓ Colloqui psico-sociali
- ✓ Certificazioni per accesso ad interventi di assistenza sociale
- ✓ Accompagnamento all'inserimento in Comunità Terapeutiche ed in Centri di Pronta Accoglienza
- ✓ Interventi di promozione/sensibilizzazione diretti alla collettività
- ✓ Interventi di divulgazione scientifica
- ✓ Collaborazione con altri servizi specialistici, Gruppi di Auto Aiuto (ACAT, AA, AL-Anon) e con i medici
  di famiglia



#### **ESAMI DI LABORATORIO**

Ad oggi non esiste un biomarcatore ideale che garantisca sensibilità al 100% (nessun falso negativo) e specificità al 100% (nessun falso positivo) e pertanto per aumentare la probabilità di accuratezza diagnostica devono essere utilizzati pannelli comprendenti più biomarcatori.

Markers ematici utili all'identificazione di un consumo incongruo di alcol:

- γ-glutamil-transferasi (GGT): test di primo livello nella diagnosi di consumo cronico di alcol (60-90 % di sensibilità).
- ✓ Transaminasi (ALT e AST): rapporto AST/ALT = 2 nelle patologie di origine alcolica.
- ✓ Volume Corpuscolare Medio (MCV): aumento (> 100 femto litri) secondario all'azione tossica diretta dell'acetaldeide sulla replicazione dei precursori degli eritrociti a livello midollare e sull'interferenza esercitata dall'etanolo sull'assorbimento dell'acido folico e vit B12. Specificità 70-94%.
- ✓ CDT (Transferrina Carboidrato Deficitaria): marker d'abuso più usato in ambito clinico/forense, specificità circa 100%, aumento se consumo di 60 g/die di alcol per 1/2 settimane. Utile per monitorare l'astinenza durante il trattamento ambulatoriale.
- ✓ ETG (Etinilglicuronide): marcatore sensibile e specifico dell'abuso alcolico nel breve (sangue), medio (urine) e lungo (capelli) termine. Specificità e sensibilità circa 90%.

Limiti: nella matrice cheratinica è necessario un consumo > a 4 u.a./die per valore considerato positivo per consumo dannoso. Procedure non standardizzate per prelievo ed estrazione della matrice.

#### TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

La farmacoterapia del consumo patologico di alcol ha un ruolo fondamentale e può essere schematizzata in due approcci principali: da una parte si possono utilizzare farmaci in fase acuta per l'intossicazione e la sindrome da astinenza alcolica e dall'altra farmaci per il raggiungimento della riduzione o astensione dall'alcol.

#### Terapia dell'intossicazione alcolica acuta

Se il paziente è in fase euforica-eccitatoria si somministra metadoxina 300-900 mg/die e diazepam 5-20 mg/die fino alla remissione completa del sintomatologia clinica.

Se il paziente è In fase confusionale- depressiva si somministra metadoxina 300-900 mg, tiamina 300-600 mg, acido folico 50 mg e glutatione ridotto 400-1200 mg fino a completa remissione della sintomatologia clinica. In entrambi i casi si effettuano il controllo delle funzioni vitali.

#### Terapia della sindrome di astinenza alcolica

Il trattamento viene effettuato tenendo conto della gravità e per la sua a valutazione ci si basa sulla CIWA-AR (clinical institute withdrawal assessment) e il trattamento farmacologico è indicato nel paziente con score maggiore di 10 punti.

Il trattamento oltre al supporto mediante soluzioni reidratanti con calcio, magnesio, fosforo e vitamine del

gruppo B, tiamina 300-600 mg/ die, acido folico 25-50 mg, si avvale dell'utilizzo di benzodiazepine e /o

sodio oxibato:

Benzodiazepine: a lunga emivita, come clordiazepossido (50 mg x 4/die poi a scalare) o diazepam

(10 mg 4/die poi a scalare), BDZ a breve emivita in pazienti epatopatici e BPCO (lorazepam 2 mg x

4/die poi a scalare)

Sale sodico dell'acido 4 idrossibutirrico

50-100 mg/kg/die in 3-6 somministrazioni distanziate almeno 4 ore l'una dall'altra per 7-10 giorni.

Terapie farmacologiche di supporto:

Clonidina, Flumazenil, Betabloccanti, carbamazepina.

Trattamento farmacologico dei disturbi da uso di alcol:

La terapia farmacologica non deve essere utilizzata come unico trattamento, ma come parte integrante di

un approccio comprendente il supporto sia psicologico che sociale (trattamento riabilitativo integrato) e

utilizzata in maniera specifica a seconda della diversa situazione clinica (caratteristiche cliniche

dell'individuo, motivazione, compliance, setting di trattamento, etc).

Farmaci ad azione avversivante

DISULFIRAM

Pazienti con buona motivazione, buon supporto familiare utile per la gestione del farmaco.,

consenso informato.

Trattamento dopo 12 ore di non assunzione alcolica 400 mg/ die per la prima settimana con

successiva diminuzione a 200 mg/die.

Controindicazioni: gravidanza, cardiopatie, seri eventi cerebrovascolari, epatopatie gravi, storia di

neuropatia.

Durata del trattamento: 6-12 mesi.

Farmaci ad azione anticraving a seconda della tipologia di craving

Sodio oxibato (GHB)

Indicazioni: sindrome da astinenza alcolica, reward craving e relief craving.

Posologia: 50-100.mg/kg/die suddivisi in tre /sei somministrazioni distanziate di almeno quattro

ore. . Potenziale di abuso.

Per i pazienti "non responder" frazionamento in 6 somministrazioni giornaliere.

**Controndicazioni**: epilessia e/o trattamento con antiepilettici.

17

**Durata del trattamento**: 7-10 giorni nella sindrome d'astinenza da alcol, 60 giorni nel trattamento mutimodale iniziale della dipendenza alcolica, oltre 60 giorni nel trattamento multimodale prolungato nella dipendenza alcolica.

#### Acamprosato

Indicazioni: relief craving.

**Posologia**: 333 mg 2cp per 3 volte al giorno per pazienti con peso superiore ai 60 kg, 333 mg per 2 volte al giorno nei pazienti con peso minore di 60 kg.

Controindicazioni: insufficienza renale cronica.

Durata del trattamento: 12 mesi.

#### Naltrexone

Indicazioni: reward craving.

Posologia: 50 mg/die.

**Controindicazioni**: epatite acuta e insufficienza epatica, obesità.

Durata del trattamento: almeno 3 mesi.

#### Nalmefene

Indicazioni: reward craving.

Posologia: 18 mg/die.

**Controindicazioni:** trattamento con analgesici oppioidi o una dipendenza da oppioidi, compromissione epatica grave, compromissione renale grave e con sindrome d'astinenza da alcol.

Durata del trattamento: 6-12 mesi.

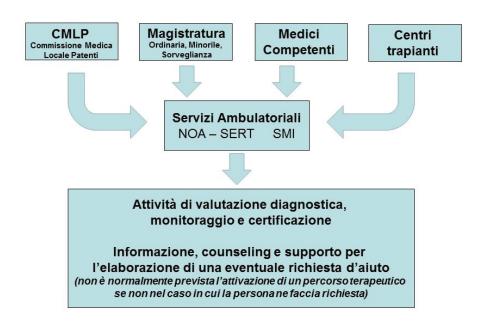
#### Altri farmaci:

- SSRI: fluoxetina (20-60 mg/die), il citalopram (20-40 mg/die), la sertralina (50-200 mg/die), la paroxetina (20-50 mg/die) ed anche la fluvoxamina (50-300 mg/die);
- Ondansetrone: 0.54 mg/die (max 48 mg frazionato in due dosi giornaliere per 6 settimane);
- **Buspirone:** 10-20 mg/die;
- **Baclofene:** 15-30 mg/die, nei primi 3 giorni la somministrazione di 5 mg x 3/die e successivamente 10 mgx 3/die per circa 4 settimane.
- Topiramato: 20 a 200 mg/die ( non studi sufficienti).

#### Associazione di più farmaci per il trattamento dell'alcoldipendenza

L'assenza di un gold standard farmacologico e l'efficacia globalmente modesta delle terapia attualmente approvate inducono a valutare l'ipotesi che l'associazione di più farmaci possa determinare un effetto di sommazione dell'efficacia delle monoterapie: Sodio oxibato + naltrexone, Naltrexone+ acamprosato, Disulfiram + naltrexone, Disulfiram + acamprosato, Disulfiram + sodio oxibato.

## ATTIVITA' DEI SERVIZI SU INVII in assenza di domanda di cura



#### INVII DI TIPO GIURIDICO/LEGALE

#### Invio dalle Commissioni Medico Legali Patenti

- applicazione del protocollo di valutazione e sorveglianza alcologica in base alle seguenti modalità di invio da parte della CMLP:
- 1) persona non idonea alla guida
- 2) persona idonea per 6 mesi
- 3) persona idonea per 1 anno
- 4) persona idonea per 2 anni
  - Colloquio di accoglienza, apertura consulenza.
  - Prima visita medica (la persona dovrebbe presentarsi con copia degli esami esami valutati in CMLP).
- Esami ematochimici e tossicologici su matrice urinaria e/o cheratinica con frequenza a discrezione

del medico.

- Programma informativo-educativo individuale e/o partecipazione a gruppi informativi-educativi.
- Visite mediche periodiche e visita medica conclusiva.
- Se monitoraggio clinico –biologico negativo per abuso/dipendenza, rilascio della relazione medico tossicologica.
- Se monitoraggio clinico biologico positivo, offerta di programma multidimensionale (se non già avviato) e comunque rilascio di relazione conclusiva se richiesta dall'utente.

#### Invio da Tribunale Ordinario, di Sorveglianza e Ufficio Esecuzioni Penali Esterne (UEPE)

- applicazione del protocollo di valutazione, sorveglianza e monitoraggio tossicologico secondo finestre temporali concordate con gli invianti.

#### Invio dai Servizi di Medicina del Lavoro (PSAL) e da Medico Competente

- D.Lgs. 81/2008
- Art. 41 comma 4
- eventuale invio ai servizi di persone con rischi di consumo inappropriato di alcol

#### **RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)**

Le linee guida e le indicazioni dell'OMS relative alla salute in generale e ai problemi alcol correlati in particolare, indicano da tempo la necessità di sostenere interventi preventivi e di promozione della salute rivolti alla popolazione a livello delle cure primarie. Si intende sottolineare il ruolo del MMG quale snodo cruciale della rete alcologica e nell'ambito del PDTA, rappresentando spesso la prima figura professionale con cui il paziente con disturbi alcologici e/o suoi famigliari entrano in contatto. Il MMG rappresenta pertanto un professionista importante per una efficace strategia di intervento a carattere preventivo sull'alcol, per la frequenza dei contatti nel corso di un anno stimati intorno al 60-70% circa della popolazione di riferimento. I pazienti con disturbi da uso di alcol e patologie alcol correlate accedono frequentemente all'ambulatorio del MMG per varie problematiche di ordine fisico e comportamentale cui vanno incontro. Il MMG si trova quindi nella condizione ideale per operare uno screening e una diagnosi dei casi con bere problematico e patologie alcologiche.

Alla luce di questi elementi, nel corso del 2015 è stata programmata, da parte dell'ex-ASL di Brescia, una formazione specifica rivolta ai MMG sull'applicazione del protocollo IPIB (Identificazione Precoce e Intervento Breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care).

Gli elementi necessari per poter operare al meglio questa attività sono:

✓ Buona conoscenza dei disturbi alcologici, delle loro manifestazioni e delle complicanze mediche, psichiatriche e socio familiari.

- ✓ Inserimento nella valutazione routinaria dei pazienti di semplici strumenti di screening per la valutazione dell'uso di alcol.
- ✓ Conoscenza di elementari strumenti di intervento motivazionale (cd. Intervento breve) per poter informare e motivare il paziente.
- ✓ Disponibilità di una rete alcologica cui inviare e dalla quale avere informazioni sull'evoluzione del percorso del proprio paziente.

#### Ruolo del MMG nell'ambito dei problemi alcolcorrelati:

- ✓ identificazione precoce delle persone con consumo di alcol "a rischio",
- ✓ intervento di couselling rivolto a queste persone per favorire una riduzione del consumo di alcol e un cambiamento degli stili di vita,
- ✓ gestione in parte diretta e in parte in collaborazione con le strutture specialistiche e ospedaliere e territoriali delle patologi alcol correlate.

#### Strumenti diagnostici:

- ✓ Anamnesi ed esame obiettivo associati al colloquio informale anche con i familiari.
- ✓ Esami di laboratorio (Incremento della gamma-GT, incremento delle transaminasi, alterato rapporto AST-ALT, aumento del MCV, incremento della CDT). Non sono particolarmente sensibili nell'identificare i pazienti con consumo alcolico a rischio o dannoso, tuttavia, sono necessari per un adeguato inquadramento del problema.
- ✓ Questionari Cutdown Annoyed Guilty eye opener (C.A.G.E) nelle visite di valutazione periodica o nella prima visita, previa formazione e sensibilizzazione, Acohol Use Desorders Identification Test (AUDIT C) forma breve.

Indicatori di tipo sociale, famigliare e psicologico possono orientare verso un uso a rischio o dannoso di alcol e quindi se presenti, utili a selezionare le persone da sottoporre a specifica valutazione.

#### Counseling

Il counseling è un'interazione professionale centrata sulla persone, all'interno di una relazione d'aiuto. L'identificazione delle persone con un consumo di alcol a rischio o dannoso è finalizzato ad un intervento di counseling volto ad una riduzione dei consumi e di conseguenza dei danni correlati. Un intervento di counseling svolto dal MMG si basa sul presupposto che interventi brevi condotti su un grande numero di persone sono in grado di modificare i comportamenti a rischio.

#### Gli obiettivi del counseling sono:

✓ Informare la persona sul fatto che il suo livello di consumo di bevande alcoliche la pone in una categoria a rischio di patologie alcolcorrelate.

- ✓ Comunicare il rischio dei pericoli connessi alla prosecuzione di quel tipo e quantità di consumo alcolico.
- ✓ Promuovere una motivazione al cambiamento.
- ✓ Aiutare ad individuare obiettivi concreti da perseguire al fine di modificare le proprie abitudini.
- ✓ Fornire consigli pratici al fine di ridurre la quantità assunta di alcol.
- ✓ Incoraggiare il paziente spiegando che il consumo a rischio non equivale alla dipendenza dall'alcol e che le proprie abitudini alcoliche possono essere modificate.

L'obiettivo è cercare di ottenere il miglior risultato possibile tenendo conto delle risorse e delle volontà del soggetto, ritenendo successo anche il perseguimento di obiettivi parziali e identificando nell'astinenza assoluta non il primo obiettivo ma l'obiettivo ideale a cui tendere. Un intervento di couselling può esaurirsi in un solo incontro, se le condizioni lo favoriscono è possibile programmare altri appuntamenti a distanza ravvicinata per la discussione del problema con il paziente.

#### Follow-up

Il monitoraggio successivo della persona da parte del MMG aumentano la sensibilità nel riconoscere segnali di eventuali ricadute o comunque difficoltà a mantenere l'astinenza. Se si verifica una "ricaduta" è fondamentale favorire il rientro del trattamento del paziente.

#### Invio ai Servizi Specialistici di particolari tipologie di pazienti

Persone con dipendenza da alcol, donne in gravidanza, patologia psichiatrica, professioni a rischio, patologie preesistenti in cui si valuti un bere rischioso o dannoso.

#### Modalità d'invio

L'invio ai servizi specialistici territoriali dovrebbe assumere forme di un accompagnamento con un atteggiamento empatico nei confronti delle categorie suddette, concretizzandosi anche con una comunicazione diretta con lettera o telefonata di presentazione.

#### Modalità di gestione congiunta

- ✓ Consulenza dei Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze in tutte le condizioni in cui il MMG lo ritiene necessario.
- Collaborazione attiva da parte del MMG con i servizi specialistici nel management del paziente.
- ✓ Gestione di presa in carico integrata.

#### Invio ai gruppi di auto-aiuto

È facoltà del MMG, ove ritenuto opportuno, orientare i pazienti verso i gruppi di auto-aiuto presenti sul territorio coinvolgendo l'intero nucleo familiare.

LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI (unità alcoliche giornaliere)	INTERVENTI	RUOLO DELL' ASSISTENZA PRIMARIA
Basso	- 2 unità uomini (24 gr) - I unità donne (12gr) - I unità più di 65 anni - zero unità sotto i 18 anni - Audit 0-8	Prevenzione primaria, <u>INTERVENTO</u> <u>MINIMO</u>	Educazione sanitaria, supporto
A maggior rischio	<ul> <li>2 unità donne (24 gr)</li> <li>3/4 unità uomini (40 gr circa)</li> <li>donne i gravidanza, ragazzi sotto i 18 anni, persone con patologie</li> <li>Audit 9-15</li> </ul>	Consigli e INTERVENTO BREVE	Identificazione, Valutazione, Breve avvertimento
Dannoso	<ul> <li>5/6 unità alcoliche,</li> <li>60 gr in un'unica</li> <li>volta</li> <li>indipendentemente</li> <li>dal sesso (Binge</li> <li>drinking)</li> <li>Audit da 15 a 19</li> </ul>	Consigli accompagnati da counselling <b>BREVE</b> e monitoraggio continuo	Identificazione, Valutazione, Breve avvertimento, follow-up
Alto (Alcol dipendenza)	Criteri ICD-10 Audit superiore a 20	INTERVENTO SPECIALISTICO	Identificazione, valutazione, invio a servizi specialistici

#### **RUOLO DEI PRESIDI OSPEDALIERI**

Nell'ambito di una fattiva collaborazione tra Territorio ed Ospedale storicamente sono stati sottoscritti Protocolli d'Intesa per:

- ✓ "L'invio di soggetti con diagnosi di abuso o dipendenza da alcol"
- √ "L'invio di donne con problemi e/o patologie alcol correlate"

tra Servizi Specialistici Territoriali (Nuclei Operativi Alcologia) e Servizi di Pronto Soccorso, U.O. di Medicina Interna ed Ambulatori. Alla luce della L.R. 23/2015 che ha modificato assetti e competenze istituendo le Agenzie di Tutela della Salute e le Aziende Socio Sanitarie Territoriali è opportuno favorire l'estensione, su tutto il territorio di ATS Brescia, di buone prassi attraverso l'implementazione delle sinergie con gli attori della rete attuabile attraverso la definizione di percorsi specifici di continuità di cura e assistenza.

I Protocolli d'Intesa sopra citati prevedevano i seguenti obiettivi:

- ✓ favorire l'accesso di persone entrate in contatto con il Pronto Soccorso, U.O. di Medicina Interna e
  Ambulatori che abbiamo avuto diagnosi di intossicazione acuta, o dipendenza da alcol, o patologie
  o problemi alcol correlati e necessitino, a fronte di una valutazione clinica, di una presa in carico da
  parte dei Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze;
- ✓ ridurre gli accessi impropri e/o reiterati in pronto Pronto Soccorso, U.O. di Medicina Interna e Ambulatori di soggetti con diagnosi di intossicazione acuta, o dipendenza da alcol, o patologie o problemi alcol correlati.

#### Modalità operativa dei Servizi di Pronto Soccorso

Il PS è l'Unità Operativa a cui accedono soggetti con intossicazione acuta, dipendenza o abuso da alcol che possono essere intercettati dal personale sanitario proponendo loro (ove possibile) o al famigliare, l'invio al Servizio Specialistico Ambulatoriale per le Dipendenze.

Il medico del PS, a seguito di valutazione clinico-anamnestica, se di fronte ad un paziente con:

- ✓ problematiche alcol correlate;
- ✓ recidivo rispetto all'accesso al PS per motivi correlati all'assunzione di alcolici,
- √ in grado di comprendere il significato della proposta terapeutica,
- ✓ per minorenni o incapaci, in presenza degli esercenti potestà genitoriale o tutelare.

#### Si avvale dell'infermiere per:

- ✓ Somministrare il test C.A.G.E al paziente, qualora sia possibile ed accetti di essere sottoposto al test.
- ✓ Compilare il modulo di invio al Servizio Specialistico Ambulatoriale per le Dipendenze indicando il nome del paziente in sigla, data di nascita, recapiti telefonici, diagnosi, consenso del paziente e inviarlo via mail al Servizio Specialistico Ambulatoriale, oppure, se il paziente è consenziente, fissare telefonicamente un appuntamento con il Servizio Specialistico Ambulatoriale.
- ✓ Consegnare l'informativa relativa al Servizio Specialistico Ambulatoriale a cui il paziente è stato inviato.
- Consegnare una copia del modulo di invio al paziente o al famigliare e conservarne copia.

#### Modalità operativa delle UO di Medicina Interna e degli Ambulatori

La UO di Medicina Interna e gli Ambulatori rappresentano le sedi che per loro specificità sono più facilmente a contatto con persone che presentano patologia e problemi alcol correlati. Il medico della UO di Medicina Interna e degli Ambulatori a seguito di valutazione clinico-anamnestica se di fronte ad un paziente con :

- ✓ problematiche alcol correlate,
- ✓ recidivo rispetto all'accesso alla UO di Medicina Interna e Ambulatori per motivi correlati all'assunzione di alcolici,
- √ in grado di comprendere il significato della proposta terapeutica,
- ✓ per minorenni o incapaci, in presenza degli esercenti potestà genitoriale o tutelare.

#### Si avvale dell'infermiere per:

✓ Somministrare il test C.A.G.E al paziente, qualora sia possibile ed accetti di essere sottoposto al test.

- ✓ Compilare il modulo di invio al Servizio Specialistico indicando il nome del paziente in sigla, data di nascita, recapiti telefonici, diagnosi, consenso del paziente e inviarlo via mail al Servizio Specialistico Ambulatoriale, oppure, se il paziente è consenziente, fissare telefonicamente un appuntamento con il Servizio Specialistico Ambulatoriale per le Dipendenze.
- ✓ Consegnare l'informativa relativa al Servizio Specialistico Ambulatoriale a cui il paziente è stato inviato.
- ✓ Consegnare una copia del modulo di invio al paziente o al famigliare e conservarne copia.

#### Modalità operative dei Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze

Accogliere le segnalazioni pervenute e fissare colloqui di accoglienza, inviare al Presidio Ospedaliero materiale informativo relativo al proprio servizio.

#### Monitoraggio

A cadenza semestrale gli operatori dei Presidi Ospedalieri e dei Servizi Specialistici Territoriali effettueranno la verifica in merito al numero di persone con diagnosi di intossicazione acuta, dipendenza o abuso di alcol inviati e il numero di persone che effettivamente hanno avuto accesso a Servizi Specialistici Ambulatoriali. I Servizi Specialistici Ambulatoriali raccolgono i dati ed elaborano statistiche in merito all'applicazione del protocollo.

#### RUOLO DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (DSM)

Il DSM fornisce consulenza ai Presidi Ospedalieri nei casi di Disturbo da Uso di Alcol associati a disturbi psichiatrici o comportamentali. A seguito di valutazione, da parte del DSM, del paziente alcologico, ove indicato per sospetto o evidenza di Disturbo da Uso di Alcol su base clinico-anamnestica eventualmente integrata da esami di laboratorio, è previsto l'invio al Servizio Specialistico Ambulatoriale per le Dipendenze per la presa in carico. Qualora il paziente sia ricoverato in SPDC è possibile una eventuale richiesta di consulenza ai Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze. Se paziente in carico presso CPS è previsto l'invio per consulenza ai Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze. Nei casi di comorbilità o doppia diagnosi (con presenza di disturbi correlati all'uso di alcol o di ogni altra diagnosi psichiatrica) si attiva una presa in carico congiunta. A seguito delle modifiche introdotte della L.R n.15/2016 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" è prevista l'afferenza all'area della salute mentale degli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica. La neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza può afferire funzionalmente all'area materno-infantile. Nell'ambito di una fattiva collaborazione tra Territorio ed Ospedale, storicamente è stato sottoscritto un Protocollo d'Intesa per la "Gestione di situazioni

multiproblematiche: doppia diagnosi – dipendenze patologiche e patologia psichica" tra Servizi Territoriali per le Dipendenze, Aziende Ospedaliere e Comuni.

#### Il Protocollo d'intesa prevede:

- ✓ la gestione di situazioni multiproblematiche che presentano patologia delle dipendenze e patologia psichica (doppia diagnosi),
- ✓ gestione di soggetti particolarmente fragili che necessitano di interventi multispecialistici e multidisciplinari,
- l'integrazione tra interventi propriamente sanitari e interventi di rilevanza social.

Alla luce dei nuovi assetti e competenze introdotti dalla L.R. 23/2015 ad ATS è attributo il ruolo programmatorio, di indirizzo e governo del Sistema Sanitario e Sociosanitario e il raccordo con quello sociale, con particolare attenzione al governo di domanda/offerta ed alla gestione dei paziente fragili. In tale contesto l'obiettivo dell'Agenzia è di promuovere la revisione del protocollo "Gestione di situazioni multiproblematiche: doppia diagnosi – dipendenze patologiche e patologia psichica" attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori della rete.

#### RUOLO DELLA RIABILITAZIONE ALCOLOGICA

"L'alcol è uno dei più importanti fattori di rischio per la salute dell'uomo e rappresenta una delle principali cause di mortalità e morbilità; tuttavia oggi in Italia solo un decimo delle persone con disturbi da uso di alcol (DUA) afferisce a interventi terapeutici e riabilitativi specifici. Una evidente criticità è dunque quella della accessibilità dei trattamenti (...) e della loro appropriatezza. (...) Un'importante elemento di appropriatezza è la corretta allocazione del paziente nelle diverse situazioni di intervento, strutturate abitualmente in tre "luoghi":

- ✓ L'ambulatorio
- ✓ La residenzialità
- ✓ I gruppi di auto aiuto (AA, CAT, ACAT)

Per lungo tempo questi interventi sono stati visti come separati se non contrapposti: la visione attualmente prevalente è invece quella del Continuum care, cioè della sinergia dei diversi approcci nel costruire un percorso coerente, accessibile ed efficace." (M. Cibin, in "Alcol: capire e orientare i consumi, diagnosticare e curare abuso e dipendenza" -CLAD 2014). In questa ottica di "rete" la Riabilitazione Alcologica permette la presa in carico globale e integrata della persona-paziente complesso:

- √ è uno strumento a "servizio dei Servizi Territoriali" con cui lavora in sinergia,
- ✓ non accoglie pazienti direttamente dai reparti ospedalieri né dal pronto soccorso, né dal medico di medicina generale (salvo accordi con i servizi territoriali); infatti accoglie persone con problemi alcol-correlati presentati esclusivamente dai Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze è un servizio residenziale che può ospitare moduli di 12/15 persone maggiorenni,

- ✓ prevede un colloquio preliminare all'ingresso condotto con l'alcolista e la sua famiglia in cui vengono spiegate obiettivi strumenti modalità e tempi della terapia riabilitativa: solo una comprensione del trattamento e una motivazione adeguata permettono di accedere al ricovero,
- ✓ prevede una durata del ricovero di quattro settimane,
- ✓ segue per ciascun ospite un programma condiviso con gli obiettivi del Servizio inviante (PAI) e prepara la dimissione verso il progetto che tale Servizio ha previsto (After-care).

#### La Riabilitazione Alcologica offre:

- √ inquadramento diagnostico
- ✓ trattamento delle patologie alcol correlate
- ✓ messa a punto della farmacoterapia
- √ interventi di motivazione al cambiamento e prevenzione della ricaduta
- ✓ attività formativa ed informativa
- ✓ contatto con i gruppi di auto aiuto
- ✓ messa a punto del programma After-care.

#### La Riabilitazione Alcologica utilizza i seguenti strumenti:

- √ l'inquadramento clinico, psichiatrico e psicologico (secondo PAI)
- ✓ gruppi informativi sulle patologie alcol-correlate
- ✓ la vita in comunità
- ✓ colloqui psicologici individuali
- ✓ colloqui educativi individuali
- ✓ consulenze mediche individuali
- √ incontri con i singoli nuclei familiari
- ✓ gruppi multifamiliari
- ✓ attività motoria\riabilitativa collettiva ed individuale.

La Riabilitazione Alcologica si avvale delle seguenti figure professionali che lavorano in équipe secondo una logica multidisciplinare ed alcologica: medico, psicologo, educatore, terapista della riabilitazione, Infermiere professionale, Operatore Socio Sanitario.

#### PRINCIPI GUIDA DELLA RIABILITAZIONE ALCOLOGICA

La Riabilitazione Alcologica intende far sperimentare ad ogni ospite un periodo di tempo caratterizzato da:

- ✓ Libertà dall'alcol.
- ✓ Riappropriazione\riscoperta\consapevolezza della propria corporeità (con risorse e limiti).
- ✓ Recupero della capacità di sentire le sensazioni, emozioni, e di pensare, di ordinare i pensieri (formulare ipotesi, produrre dati sulle situazioni, affrontare i problemi).

- ✓ Possibilità di maggior consapevolezza di sé e eventuale ripensamento rispetto alla propria identità nell'incontro con l'altro.
- ✓ Sperimentazione di relazioni interpersonali sane e orientate a obiettivi edificanti.
- ✓ Acquisizione di maggior capacità di lettura e complessificazione delle situazioni e sviluppo di comportamenti maggiormente congrui in relazione agli altri, all'ambiente, alle cose.

La Riabilitazione ha pertanto una forte finalità psico-educativa che ha come obiettivo quello di realizzare una condizione di elaborazione rispetto alla situazione di relazione con l'alcol, affettiva e lavorativa. L'alcolista cioè è messo nelle condizioni di stare "il meglio possibile" e di ripensare alla propria vita ed alle proprie scelte con l'obiettivo di rivedere la propria relazione con l'alcol e di realizzare il benessere realisticamente sostenibile nella propria condizione. Non bere alcolici diviene non il fine ma lo strumento per la realizzazione del benessere. In questa ottica di cambiamento di uno stile di vita, l'alcolista non può cambiare da solo e di conseguenza la sua rete relazionale oltre ad essere coinvolta dovrà affrontare essa stessa un cambiamento. Se il passato non può essere cambiato può mutare il significato che ad esso viene dato. Il presente (il tempo del ricovero) costituisce un allenamento iniziale, una base che deve permettere all'alcolista conoscenza dei propri meccanismi di funzionamento (se possibile) e di progettare un cambiamento per imparare ad "usarsi meglio". La conclusione della riabilitazione è caratterizzata dalla definizione di progetti che l'alcolista affronterà con le capacità acquisite e attraverso il riaffidamento al Servizio Territoriale che resta il punto di riferimento per la terapia dell'alcolista e della sua famiglia. Il percorso innovativo della Riabilitazione Alcologica è rappresentato dalla presa in carico integrata del paziente e della sua famiglia. L'esperienza dimostra, infatti, come la presa in carico della famiglia nel percorso riabilitativo possa determinare un inizio di cambiamento. Riaffidare il paziente al Servizio Territoriale inviante con l'inquadramento delle relazioni familiari determina scelte diversificate, personalizzate e mirate al fine di mantenere l'astensione non solo dalla sostanza, ma anche da dinamiche relazionali "tossiche". Diviene importante, a tal proposito, l'osservazione delle dinamiche familiari nei momenti "informali" e l'attivazione di percorsi nell'after care di tipo consultoriale, come terapia di coppia, presa in carico psicologica dei figli, inserimento in gruppi specifici.

#### **RUOLO DEI GRUPPI DI AUTO AIUTO**

I gruppi di Auto Aiuto restano, dopo il sistema famigliare e amicale, il principale sistema di sostegno territoriale agli utenti, prima dopo o durante un trattamento, costituendo a volte l'unica via possibile per persone che non vogliono o non hanno beneficio dai trattamenti specialistici tradizionali. Sul territorio di ATS Brescia sono presenti le seguenti associazioni: CAT; ACAT; AA;ALA-NON con i quali è stato sottoscritto un "Protocollo d'Intesa tra ATS Brescia e i Servizi per le Dipendenze della ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Garda, ASST Franciacorta, Servizi Multidisciplinari Integrati e Associazioni per l' invio e la gestione congiunta dei pazienti con disturbo da uso di alcol e patologie alcolcorrelate e loro famiglie". I gruppi di auto aiuto

rappresentano uno snodo cruciale della rete alcologica con funzioni di supporto alle persone con problemi e patologia alcolcorrelate e loro famigliari e fonte di sinergia congiunta, nel rispetto delle reciproche competenze, con tutti gli attori della rete.

#### SISTEMA INFORMATIVO DELLE DIPENDENZE – INDICATORI

Dal 2007 l'allora Dipartimento per le Dipendenze si è dotato di un sistema informativo, basato sul software MFP, in cui confluiscono i dati di tutte le unità operative NOA-Sert; lo stesso software è stato adottato anche dagli SMI seppur con una gestione separata su servers propri.

MFP è sostanzialmente una interfaccia grafica che nel corso del tempo ha subito diverse evoluzioni fino all'attuale versione WEB in HTML5, dedicata al caricamento, gestione e estrazione dati in/da un database SQL.

Per i servizi MFP è un gestionale-clinico in quanto permette di registrare i dati anagrafici dell'utenza, l'anamnesi tossicologica, gli esami di laboratorio, i trattamenti terapeutici con una sezione specifica per la gestione dei trattamenti farmacologici, le prestazione erogate, gli esiti ecc. configurandosi quindi come una cartella clinica informatizzata.

Per l'ex-Dipartimento delle Dipendenze ha rappresentato la base dati necessaria sia per alimentare l'Osservatorio Territoriale delle Dipendenze per stesura della reportistica annuale disponibile sul sito aziendale, che per rispondere ai debiti informativi (regionali, ministeriali, ecc. ) delle alcol-tossico dipendenze.

Al momento attuale, per quanto riguarda i Sert/NOA, nonostante lo spostamento dei servizi erogativi alle ASST, si è valutata l'opportunità/utilità di mantenere l'unitarietà del sistema sul piano informatico; è stata quindi mantenuta l'installazione su server ATS e a tutt'oggi viene utilizzato sia dalle unità operative che, nell'ambito della Direzione Socio Sanitaria ATS Brescia – Area Dipendenze, per le estrazioni dati necessarie alla gestione flussi e per le attività relative alla funzione Osservatorio.

La base dati raccolta tramite MFP, oltre a permettere l'analisi delle caratteristiche complessive dell'utenza (sesso, classi d'età, scolarità, occupazione, stato civile, distribuzione geografica, ecc.) si presta anche alla definizione di indicatori utili per leggere quanto viene fatto dal sistema dei servizi delle alcoltossicodipendenze; in particolare, per quanto riguarda lo specifico di questo PDTA, si segnala:

- ✓ Esiti
  - → utenza in carico
  - → abbandoni
  - → decessi
  - → trattamenti completati
- ✓ Trattamenti
  - invio in Comunità Terapeutiche per le Dipendenze

- → invio ad associazioni di auto aiuto
- → ricoveri in riabilitazione alcologica
- ✓ Canale di invio
  - → Invio da MMG,
  - → Invio da reparti ospedalieri
  - → Invio da associazioni auto aiuto
  - → Presentazione spontanea

#### MODALITA' DI DIFFUSIONE ED ATTUAZIONE DEL PDTA

#### Il PDTA è inviato a:

- ✓ Articolazioni ATS
- ✓ Articolazioni ASST
- ✓ Articolazioni Erogatori Privati (in attesa di condivisione nel corso del 2017)
- ✓ Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI)
- ✓ U.O Riabilitazione Alcologica Fondazione Richiedei
- √ Comunità Terapeutiche per le Dipendenze
- ✓ Associazioni: CAT, ACAT, AA, AL-NON

IL PDTA viene ratificato dal Comitato Aziendale della Medicina Generale ed inviato a:

- ✓ Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia
- ✓ Medici di Continuità Assistenziale

Il PDTA viene adottato con Decreto ATS e pubblicato sul sito web aziendale.

31

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Legge n.125/2001: Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati.
- · Piano d'azione Europeo 2012-2020 per ridurre il consumo dannoso di alcol.
- M. Cibin, in "Alcol: capire e orientare i consumi, diagnosticare e curare abuso e dipendenza" CLAD 2014.
- · Manuale di Alcologia; a cura di Carmelo Scarcella e Fabio Roda ASL Brescia 2015.
- DGR 12621/2003: Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL.
- DGR 2569/2014: Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitaria e linee operative per le attività di vigilanza e controllo.
- DGR 2989/2014: Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015 (Regole di sistema 2015).
- L.R. n.23 11/08/2015; Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità.
- L.R. n.15 29/06/2016; Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e
   VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).
- Delibera n°X/5954 del 05/12/2016 Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2017.

Sistema Socio Sanitario



# ACCORDO DI COLLABORAZIONE PER LE DIMISSIONI E AMMISSIONI PROTETTE OSPEDALE-TERRITORIO



#### Redatto a cura dell'ATS Brescia Direzione Socio Sanitaria Dipartimento PIPSS (novembre 2016)

#### **PREMESSA**

La riforma sanitaria regionale, L.R. 23/2015, dedica particolare attenzione al riequilibrio dell'asse ospedale territorio. Le dimissioni e ammissioni protette sono strumento base per garantire continuità assistenziale. A distanza di quattro anni, dal precedente accordo di collaborazione ospedale - territorio per le dimissioni – ammissioni protette (Decreto D.G. ASL Brescia n. 538 del 12.12.2012), si rende necessario l'aggiornamento del documento alla luce delle novità introdotte. L'accordo di collaborazione risponde all'esigenza di migliorare la continuità assistenziale nel rispetto dei bisogni specifici gender oriented a favore dei pazienti e delle pazienti anziane e/o fragili, in particolare nei passaggi tra ospedale e territorio, al fine di evitare difficoltà ed interruzioni dei processi di cura ed assistenza nei confronti di utenti multiproblematici e non autosufficienti sotto il profilo socio-sanitario.

La dimissione e l'ammissione protetta, garanti di continuità assistenziale, rappresentano infatti la corretta modalità di gestione del paziente, un irrinunciabile elemento di qualità del servizio fornito, riducono i disagi di paziente e familiari, possono limitare i ricoveri ospedalieri ripetuti ai casi di effettiva necessità ed in particolare facilitano l'individuazione precoce e condivisa della tipologia di servizio da attivare alle dimissioni.

Gli accordi precedenti che hanno avuto avvio con il primo Documento sulle dimissioni – ammissioni nel 2008, hanno consentito di migliorare in modo sostanziale i collegamenti tra ospedale e territorio.

Il presente documento ha quindi l'obiettivo di rinnovare l'impegno, da parte di ATS, delle ASST e delle Strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate, di assicurare ad ogni persona con necessità assistenziali complesse, la possibilità di usufruire di un percorso protetto, accompagnato, basato su una migliore comunicazione nei passaggi tra i diversi livelli assistenziali. Il documento assicura inoltre, agli utenti con necessità di cure palliative, l'insieme di prestazioni volte a garantire la miglior qualità di assistenza alle persone affette da malattie inquaribili nella fase terminale della vita.

Il percorso di dimissione e ammissione protetta va utilizzato in modo appropriato in entrambe le direzioni, per il territorio da un lato e per la rete ospedaliera dall'altra.

Il presente documento ha pertanto le seguenti finalità:

- garantire ai pazienti anziani e/o fragili ed ai pazienti con bisogni assistenziali complessi gender oriented, fra cui quelli con demenza e con necessità di cure palliative, la continuità dell'intervento assistenziale;
- attivare le cure palliative per tutti i malati che ne hanno necessità, garantendone la continuità anche nei passaggi tra i diversi livelli assistenziali;
- favorire la collaborazione e la comunicazione tra Unità Operative Ospedaliere, Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta (MMG/PDF), équipe territoriali per la valutazione multidimensionale, servizi della rete territoriale (es. RSA, RSD, Hospice, ADI ecc.) mediante modalità di lavoro efficaci e condivise;
- 4. ottimizzare e rendere appropriato l'uso delle risorse disponibili nel territorio.

Attori del presente Protocollo sono:

- ATS Brescia
- ASST Spedali Civili di Brescia
- o ASST del Garda
- o ASST della Franciacorta
- e le seguenti Strutture di Ricovero e Cura private accreditate:
  - Casa di Cura Domus Salutis
  - o Casa di Cura S.Camillo
  - o Istituto Clinico S. Anna
  - Istituto Clinico Città di Brescia
  - o Istituto Clinico S. Rocco
  - Fondazione Poliambulanza
  - Casa di Cura Villa Gemma
  - o Casa di Cura Villa Barbarano
  - o ICS Maugeri Spa SBI Centro Medico di Lumezzane
  - o IRCCS Centro S. Giovanni di Dio F.B.F.
  - Residenza Anni Azzurri
  - o Dominato Leonense Sanità s.r.l.
  - o Centro di Riabilitazione Spalenza Fondazione Don Gnocchi
  - o Centro Medico Richiedei
  - o Fondazione Madonna del Corlo Onlus Lonato
  - o RSA Fondazione Irene Rubini Falck Onlus- Vobarno

Gli utenti e le loro famiglie sono al contempo destinatari degli interventi correlati alla dimissione/ammissione protetta e, attraverso il loro coinvolgimento attivo, attori del percorso di cura.

L'applicazione operativa del presente Protocollo è compito degli operatori delle strutture di ricovero, delle équipe territoriali per la valutazione multidimensionale e dei MMG/PDF.

#### **OBIETTIVI**

- Assicurare continuità assistenziale agli assistiti
  - o fragili con quadro globale critico, comorbilità, perdita funzionale e compromissione dell'autonomia nella fase di dimissione;
  - o con necessità di cure palliative;
  - o già in carico alle equipe per la valutazione multidimensionale nella fase di ammissione ospedaliera su proposta del MMG/PDF.
- Favorire una tempestiva conoscenza e presa in carico di situazioni "compromesse" sotto il profilo sanitario e sociale, da parte degli operatori coinvolti, al fine di attivare gli interventi più adeguati;
- Favorire, promuovere ed orientare al corretto utilizzo della rete dei servizi territoriali;
- Assicurare la continuità assistenziale e l'attivazione dei servizi più adeguati della rete fra cui anche le cure palliative, sia dedicati sia non dedicati, rispondenti alle peculiari esigenze del caso.

#### PERCORSO TIPO E COMPETENZE

#### Compete all'ATS:

- fornire alle ASST, sulla base delle direttive regionali, indicazioni in merito ad una corretta valutazione e presa in carico dei pazienti anche attraverso la stesura di protocolli, linee guida, incontri di condivisione;
- predisporre una modulistica uniforme per tutto il territorio di ATS Brescia;
- monitorare la corretta applicazione delle indicazioni fornite;
- governare le risorse assegnate;
- monitorare la corretta attuazione dell'accordo;
- restituire alle ASST report periodici (almeno semestrali) sull'andamento delle dimissioni protette.

#### Compete alla ASST:

- garantire il tempestivo processo di valutazione multidimensionale e pianificazione complessiva, a seguito di dimissione protetta;
- garantire l'attivazione degli interventi domiciliari più adeguati e/o del processo di inserimento in servizi del territorio, in accordo con l'utente e/o i familiari;
- garantire l'eventuale fornitura degli ausili e presidi necessari;
- accompagnare gli assistiti e le famiglie nei percorsi per l'accertamento dell'invalidità e per l'eventuale nomina dell'amministratore di sostegno;
- sostenere le famiglie nella scelta del percorso più appropriato per la gestione delle problematiche socio-sanitarie dell'utente;
- offrire una corsia di accesso preferenziale agli utenti fragili già in carico alle équipe territoriali per la valutazione multidimensionale, attraverso il percorso di ammissione protetta ai servizi ospedalieri e ambulatoriali in accordo con il MMG/PDF;
- fornire, al momento dell'ammissione protetta, gli elementi indispensabili al corretto inquadramento clinico-assistenziale del paziente a cura del MMG/PDF e dell'Equipe di valutazione multidimensionale;
- coinvolgere i servizi sociali dei Comuni per gli interventi assistenziali di competenza.

# <u>Compete alla Struttura di Ricovero e Cura Privata Accreditata e alla ASST (Polo Ospedaliero:</u>

- riconoscere, al momento del ricovero e/o prima della dimissione, le situazioni di fragilità delle persone dal punto di vista sanitario e sociale, individuando quelle che necessitano di accompagnamento nel passaggio tra ospedale e territorio;
- garantire la tempestività e l'appropriatezza della segnalazione all'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale ed al MMG/PDF, perché sia effettuata la valutazione dei bisogni e siano attivati i servizi più appropriati per l'assistito;
- garantire un adeguato addestramento/educazione dell'utente e/o dei familiari rispetto alla gestione delle problematiche assistenziali in funzione del rientro al domicilio;

- provvedere alle certificazioni/prescrizioni finalizzate all'accertamento dell'invalidità, all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria;
- provvedere alla prescrizione per la fornitura di protesi, ausili e servizi sanitari complementari (ossigeno-ventiloterapia, nutrizione artificiale, ecc.) o relative a farmaci da assumere o indagini diagnostiche da effettuarsi nel breve periodo.

#### Per l'assistito dimesso con necessità di cure palliative:

la Struttura di ricovero e cura segnala il caso alle équipe territoriali per la valutazione multidimensionale di competenza, almeno 3 giorni lavorativi prima della dimissione, avvalendosi della scheda di segnalazione (allegato1) anche quando è già stata programmata l'attivazione di un servizio dedicato (ricovero in UOCP, STCP, Hospice). Nel caso di dimissione in fase di fine vita, può essere concordato un preavviso più breve.

#### L'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale:

- identifica un case manager per le varie e complesse problematiche che le famiglie devono affrontare e per assicurare il raccordo tra il Centro specialistico di riferimento, il MMG/PDF, gli erogatori di cure ed altri soggetti;
- riceve la scheda di segnalazione nel caso sia già attivato un servizio dedicato;
- attiva gli interventi domiciliari concordati definendo un Progetto individuale (PI)specificatamente orientato alle cure palliative negli altri casi.

Il collegamento tra Centro specialistico di riferimento ed équipe territoriale per la valutazione multidimensionale, garantisce un modello di assistenza flessibile, che utilizza i diversi livelli assistenziali della rete e prevede modalità di presa in carico differenziate, al fine di adattarsi tempestivamente alle mutevoli condizioni cliniche ed alle esigenze socio/assistenziali del singolo paziente.

#### **DESTINATARI**

# <u>Necessitano di dimissione protetta tutti gli assistiti fragili</u> che presentano le seguenti condizioni:

- compromissione dell'autosufficienza o rischio di emarginazione sociale;
- necessità di continuità assistenziale sotto il profilo sanitario e/o sociale per i quali la formazione/addestramento a favore di utente e/o care-giver non sono sufficienti a consentire l'autonoma gestione delle problematiche rilevate;
- necessità di cure palliative sia domiciliari che nei servizi dedicati (ricovero in UOCP, STCP, hospice).

<u>Necessitano di ammissione protetta</u> (anche mediante modalità erogative quali posti tecnici di attività subacuta, macroattività chirurgica BIC e medica MAC) gli assistiti:

- multiproblematici, già in carico all'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale, per i quali il MMG ritiene appropriato l'accesso alla Struttura secondo modalità concordate, in ragione della particolare fragilità della persona;
- con necessità di:
- o approfondimenti diagnostici

- interventi finalizzati al soddisfacimento dei bisogni di base (es. posizionamento di PEG, di CVC)
- o terapie non gestibili a domicilio
- o impostazione o adeguamento della terapia del dolore.

#### **PERCORSO OPERATIVO**

Le dimissioni/ammissioni protette vanno sempre concordate tra:

- assistito e/o familiari
- medico di U.O. della Struttura
- il coordinatore infermieristico/l'infermiere responsabile dell'assistenza
- équipe territoriali per la valutazione multidimensionale
- MMG/PDF.

L'attivazione del percorso prevede:

- la conoscenza del Protocollo da parte di tutti gli operatori che vi prenderanno parte, garantita attraverso incontri di presentazione/momenti formativi da realizzare a cura delle singole strutture;
- l'identificazione degli operatori territoriali ed ospedalieri responsabili del percorso, al fine di facilitare la comunicazione tra ospedale e territorio.

#### **MODALITÀ OPERATIVE**

#### Dimissione protetta

La presentazione della proposta al singolo assistito/familiare e l'acquisizione del relativo consenso, sono a carico dell'operatore di riferimento delle U.O. delle Strutture di ricovero e cura.

Nel caso di una situazione che richiede la dimissione protetta, già in fase di ammissione e comunque almeno 3 giorni lavorativi prima della dimissione (salvo altri tempi previsti per l'attivazione di specifici servizi - es. nutrizione parenterale), l'operatore di riferimento attiva l'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale trasmettendogli l'apposito modulo (allegato 1). Si sottolinea che l'individuazione degli utenti da segnalare da parte delle U.O. delle Strutture di ricovero e cura deve rispettare il delicato equilibrio tra l'esigenza di dimettere precocemente gli assistiti e le possibilità di presa in carico da parte dei servizi territoriali. A tal fine è indispensabile garantire l'appropriatezza delle segnalazioni. L'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale riceve le informazioni fornite dall'U.O. della Struttura; in collaborazione con il MMG/PDF e, se necessario, con i servizi sociali comunali, completa la valutazione, pianifica gli interventi territoriali necessari concordando tempi e modalità della dimissione con l'U.O.

<u>Per ciascun assistito con necessità di cure palliative</u>, è vincolante l'attivazione della dimissione protetta <u>in tutti i casi</u> (fatto salvo le situazioni in cui vi sia esplicito diniego da parte dell'interessato o dei familiari) e almeno tre giorni prima della dimissione.

Nel caso di dimissione in fase di fine vita, qualora non sia possibile rispettare i tre giorni previsti, l'UO può concordare con l'equipe di valutazione multidimensionale un preavviso più breve per rispondere in tempo utile ai bisogni di assistito e famiglia.

Nel caso di dimissione protetta verso servizi di cure palliative dedicati, l'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale di riferimento dovrà essere informata attraverso la scheda di segnalazione per dimissione protetta (allegato 2).

#### Ammissione protetta

Qualora il MMG/PDF ravvisi la necessità di ricorrere a ricoveri o a prestazioni specialistiche programmate, a favore di un assistito già in carico ai servizi territoriali, concorda con l'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale l'attivazione del percorso di ammissione protetta, che si può avvalere anche delle seguenti modalità erogative:

- **Posti Tecnici di Cure Subacute** (che prevedono la permanenza residenziale in struttura sanitaria), attivati presso alcuni presidi del territorio dell'ATS di Brescia.;
- MAC Macroattività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale (prestazioni di tipo multiprofessionale e plurispecialistico di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che, per la natura o complessità di esecuzione, richiedano che sia garantito un regime diurno di assistenza medica ed infermieristica continua non attuabile in ambito ambulatoriale semplice);
- BIC Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale (prevede la possibilità di effettuare interventi chirurgici in regime protetto ambulatoriale).

Il MMG/PDF, in collaborazione con l'équipe per la valutazione multidimensionale, contatta il referente dell'U.O. della struttura di ricovero per:

- presentare il caso
- concordare la data e le modalità di accesso dell'assistito.

Il MMG/PDF redige l'impegnativa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali/ricovero, specificando che si tratta di ammissione protetta concordata con l'U.O. interessata.

L'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale trasmette all'U.O. il modulo per l'ammissione protetta (allegato 3).

Nel caso si ravvisi l'opportunità di avvalersi di un Posto Tecnico di Cure Subacute, criteri e modalità cui attenersi sono riportati nell'allegato 4.

Al termine del ricovero, se permangono le condizioni di fragilità e in tutti i casi di pazienti con necessità di cure palliative, deve essere seguito il percorso di dimissione protetta.

#### **CURE INTERMEDIE**

La rete delle Cure Intermedie è stata istituita da R.L. dal 2015 per utenti fragili con bisogni complessi sia in area clinica sia assistenziale e sociale, fra cui anche persone affette da demenza, per le quali è stato definito uno specifico profilo, che richiedono interventi specifici nella sfera sanitaria ed assistenziale, non erogabili al domicilio o in ospedale. Nel territorio dell'ATS di Brescia sono presenti 4 strutture di questo tipo, per un totale di 207 posti letto.

I posti letto sono dedicati a pazienti che, dopo la dimissione ospedaliera o dal domicilio, necessitano di un periodo di assistenza in situazione protetta per completare l'iter di cura, favorendo il recupero del miglior stato di salute e benessere possibile, per meglio reinserirlo nel proprio contesto di vita o per accompagnarlo alla risposta più appropriata al suo bisogno.

Le Strutture attuali sono:

 Fondazione Ospedale Casa di Riposo "Nobile Paolo Richiedei" -Gussago e Palazzolo

- Fondazione Madonna del Corlo Onlus Lonato
- RSA Fondazione Irene Rubini Falck Onlus- Vobarno (per 20 pl)
- RSA Residenze Anni Azzurri s.r.l.- Rezzato (per 20 pl).

Non possono essere inseriti su tali posti letto pazienti con patologie psichiatriche attive, condizioni per cui sono già previsti interventi specifici (come ad esempio le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.), condizioni di instabilità in corso o non completamente superate, acuzie non risolte, diagnosi incomplete o in corso di definizione.

L'accesso a tali strutture avviene previa compilazione, da parte degli Specialisti, MMG o medici di RSA/RSD, della prescrizione di ricovero e della Scheda Unica di Invio e Valutazione (allegato 5).

#### **VERIFICA DEL PROCESSO**

Il presente Accordo potrà essere aggiornato sulla base di:

- indicazioni emerse da valutazioni congiunte tra ATS e ASST;
- verifiche tra le Direzioni Sanitarie e Socio Sanitarie di ATS e delle ASST e le Direzioni Sanitarie delle Strutture di Ricovero e Cura Private accreditate.

Nel corso delle verifiche si valuteranno il rispetto dell'accordo, i risultati della sua applicazione anche attraverso l'analisi preliminare degli indicatori di seguito riportati e le criticità riscontrate, con possibilità di integrazione o di adozione condivisa delle iniziative che si riterranno necessarie.

#### **INDICATORI**

- 1. Mantenimento/implementazione del numero di dimissioni protette attivate per Struttura con riferimento all'anno precedente (rilevazione ATS)
- 2. Rilevazione del numero di dimissioni protette attivate dalle Strutture per caratteristiche di genere M (rilevazione ATS)

F (rilevazione ATS

- 3. Rilevazione del numero di dimissioni protette attivate dalle Strutture per fasce di età:
  - ≥ 65 anni (rilevazione ATS)
  - ≥ 75 anni (rilevazione ATS)
  - ≥ 85 anni (rilevazione ATS)
  - ≥ 100 anni (rilevazione ATS)

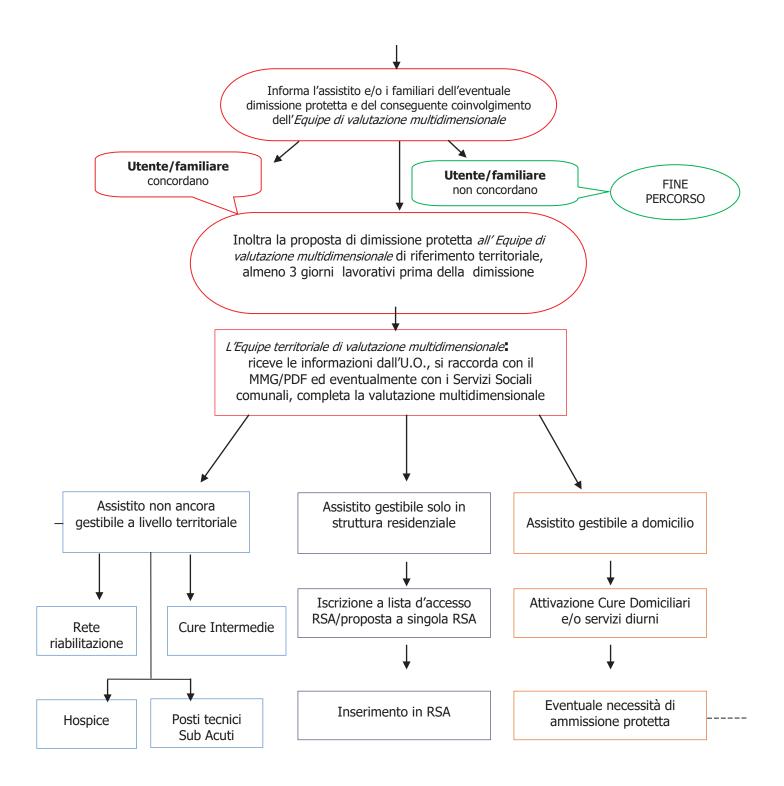
#### PERCORSO DI DIMISSIONE PROTETTA

#### **U.O.** ospedaliera:

Valutata la necessità di dimissione protetta durante il ricovero dell'assistito *(se necessario contatto preliminare di confronto sull'appropriatezza della segnalazione con L'Equipe territoriale di valutazione multidimensionale* 

Per tutti gli assistiti con necessità di cure palliative l'informazione va trasmessa all'Equipe territoriale di valutazione multidimensionale

anche in caso di passaggio all'UOCP o all'Hospice.



#### **MODALITA' DI AMMISSIONE PROTETTA**

Il MMG/PDF che individua la necessità di ricorrere a ricoveri/prestazioni specialistiche programmate a favore di un assistito già in carico ai servizi territoriali:

<u>concorda</u> con l' équipe territoriale per la valutazione multidimensionale l'attivazione del percorso di ammissione protetta verso:

- Ricoveri ordinari
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale
- MAC Macroattività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale
- BIC Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale
- Posti Tecnici di Cure Subacute

contatta il referente dell'U.O. della struttura di ricovero per:

- 1. presentare il caso
- 2. concordare la data e le modalità di accesso del paziente

<u>redige</u> l'impegnativa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali/ricovero (specificando che si tratta di ammissione protetta concordata con l'U.O. interessata)

<u>informa</u> l'équipe per la valutazione multidimensionale della scelta effettuata per l'invio del modulo

L' Equipe territoriale per la valutazione multidimensionale trasmette all'U.O. il modulo per l'ammissione protetta

L'U.O. della Struttura accoglie e valuta le richieste di ammissione e concorda con il MMG/PDF i tempi e le modalità d'accesso

Al termine del ricovero viene seguito il percorso di dimissione protetta

L'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale supporta anche in termini logistici il percorso di ammissione protetta

#### LEGENDA DEGLI ACRONIMI UTILIZZATI

ATS: Agenzia di Tutela della Salute
ASST: Aziende Socio Sanitarie Territoriali
ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
MMG: Medico di Medicina Generale

PDF: Pediatra Di Famiglia

RSA: Residenza Sanitario Assistenziale

RSD: Residenza Sanitaria Disabili

U.O.: Unità Operativa

STCP: Assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative (gestita da UOCP)

UOCP: Unità Operativa Cure Palliative

BIC: Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale

MAC: Macroattività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale

PI: Progetto individuale

LOGO STRUTTURA Allegato 1

SEGNALAZI	ONE DEGLI ASSISTITI CON	N NECESSITÀ DI	I CURE PALLIATIVE
Cognome e nome dell'as	ssistito	data di na	ascita
			n.
tel.	Familiare di riferimente	o (grado di parente	la, cognome, nome, n. telefonico
Diagnosi medica di dimi	ssione		
DATI DI INQUADRAI	MENTO CLINICO-ASSISTE	NZIALE:	
percezione della realtà: respirazione: alimentazione eliminazione intestinale:	() normale () stipsi	() N.P.T.	() incontinenza
eliminazione urinaria: mobilizzazione:	() normale () incontinenza () catetere vescicale; () stomia tipo () attiva fuori dal letto	( ) guaina esterna tipo frequenza di gestione ( ) attiva fuori dal lett	calibro sostituito il to con ausili
riposo e sonno: vestirsi e spogliarsi: igiene personale: comunicazione: lesioni cutanee:	( ) attiva nel letto ( ) normale ( ) autosufficiente ( ) autosufficiente ( ) mantenuta ( ) no ( ) sì sede	( ) non autosufficiente ( ) compromessa tipo	e e aiuto da parte di
terapia del dolore:	farmaci		
necessita di :	posologia() presidi sanitari() ausili sanitari() sì () no tipo:	\	richiesti () sì () no
è portatore di C.V.C.:	() sì () no tipo: se no, con quali prodotti e frequen	medicazioni co za:	me da protocollo: ( ) sì ( ) no
II paziente è a conoscenza de	ella propria patologia? sì ( )	no ()	
Paziente con necessità di cur	re palliative sì () no () - s	Se si:	
	Scala numerica di valutazione d		□3 □4 □5 □6 □7 □8 □ 9□ 10
	struttura dedicata sì() () ospedalizzazione domiciliar	no () - Se si indicare	e tipologia, struttura e data
Struttura: () Domus Salutis () Hospice Richi	edei () Hospice Il Gabbiano - Ponto	evico () Hospice	o (ASST del Garda) e RSA Passerini - Vestone
N.4.	<del></del>		
Note			
Data prevista per la dir	nissione protetta:		
	di riferimento/telefono		
11/19 ( 'A(	ordinatore Infermieristico		II VIEGICO



#### DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FUNZIONALE PER LE CURE PALLIATIVE

#### SCHEDA DI SEGNALAZIONE ALL'EQUIPE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

(da inviare all'equipe di valutazione del territorio di	
Proponente:	
O MMG O PDF O Struttura	C Altro
	Specificare  Tome:
G !! T! 1	one:
data di nascita: Codice Fiscale: LEGENDA: MMG: Medico di Medicina Generale; PDF: Pediatra di Famiglio	
Per il Sig./Sig.ra:	Nome
OM OF	
sesso data di nascita	Codice Fiscale
domicilio	N. civico Comune
Telefono 1(obbligatorio) Telefono	Altri recapiti
Eventuale Centro Specialistico di riferimento	
Situazione familiare: vive solo/a	con badante C con coniuge/convivente C
con figlio/a C con genitore C	con parente C famiglia con più persone C
Persona di riferimento Relazione con il paziente	Telefono e-mail
Note Inserire note	
Comorbilità (se diverse dalla patologia per cui si	e Cure Palliative
Eventuali note <u>inserire eventuali note</u>	
Terapie in atto: <u>Inserire la descrizione delle terapie in atto</u>	
Sintomi LEGENDA: NRS: scala numerica del dolore	
☐ Dolore ben controllato si no NRS (da 1 a 10)	☐ Astenia
☐ Dispnea ben controllata si no	☐ Disfagia parziale assoluta
Emorragia ben controllata si no	Febbre
☐ Delirium ben controllato si no	☐ Altro
Condizioni patologiche e relativi presidi sanitari di sup	
Catetere vescicale (data ultima sostituzione:	) Ureterocutaneostomia
Catetere venoso centrale (data ultima medicazione:	) Drenaggi
☐ Tracheostomia ☐ Enterocolostomia	<ul><li>☐ Medicazioni complesse</li><li>☐ Nutrizione parenterale</li></ul>
☐ Nutrizione enterale	☐ Nutrizione paremerate

versione modulo: 2

Grado di co	nsapevolezza del pazie	nte					
Conosce la diagnosi: O del tutto o quasi O parzialmente O vagamente O per niente							
Conosce la p	prognosi: C con ragione	evole precisione	C vagament	e C per niente			
Tipologia di	Cure Palliative ritenu	ta più opportuna	dal proponente				
	O A	Approccio del solo	MG/PLS				
Cure pallia	tive specialistiche: O I		pase (con ADI-vouch P) O In Hospice - U				
Karnofsky Performance Status: punteggio (da 1 a 100)							
Attività lavorativa	Attività quotidiane	Cura personale	Sintomi / sup	porto sanitario			
completa	completa	completa	nes	ssuno	100		
lieve difficoltà	lieve difficoltà a camminare	completa		/ calo ponderale < 5% / energie	90		
lieve-grave difficoltà	lieve/moderata difficoltà a camminare/guidare	lieve difficoltà		ponderale < 10% / calo o di energie	80		
inabile	moderata difficoltà / si muove prevalentemente in casa	moderata difficoltà					
	grave difficoltà a camminare e guidare	moderata-grave difficoltà		/ grave calo ponderale > 0%	60		
	alzato per più del 50% ore giorno	grave difficoltà		frequente / paziente latoriale	50		
	a letto per più del 50% ore giorno	limitata alla cura di sé	assistenza sanitaria str	raordinaria / frequenza e aterventi	40		
	Inabile	inabile		edaliero o domiciliare / ario a > intensità	30		
				unzioni vitali irreversibile	20		
				rocessi biologici mortali	10		
_			m	orto	0		
Data Prevista	dimissione:						

Indicare email a cui verranno inviate le risposte



#### Allegato 3

Equipe di valutazione multidim	ensionale Ambito di		
Data			
Tel.:		Fax:	
Indirizzo e_mail			
SEGN	ALAZIONE PER AM	IMISSIONE PROTETTA	
	Alla U.O		
Cognome		_Nome	
Data di nascita//			
Residenza			
Persona di riferimento		tel	
Motivo della segnalazione			
Assistito con necessità di cure Ricovero/ Prestazione richiesta	. (, (,	0	
Data e ora concordata di amm Operatore territoriale da conta			
Cognome e Nome		tel	
L'Operatore dell'équipe	di valutazione	II Medico	

#### CRITERI E MODALITÀ PER L'ACCESSO A POSTI TECNICI SUB ACUTI

Strutture del territorio dell'ATS di Brescia che hanno attivato posti tecnici di cure subacute

Struttura	Presidio
Fondazione Poliambulanza	Brescia
ASST Spedali Civili di Brescia	Gardone Valtrompia
ASST della Franciacorta	Orzinuovi
ASST del Garda	Pontevico
Casa di Cura Villa Gemma – Barbarano	Gardone Riviera

### La DGR IX/1479 del 30/03/2011 indica i criteri di riferimento in merito ai posti tecnici di cure subacute; in particolare precisa:

".....Si tratta di una presa in carico, che avviene in un contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica. E' quindi un trattamento, finalizzato ad ottenere specifici obiettivi sanitari, erogato senza soluzione di continuo dopo un ricovero acuto o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche.

.....Le attività subacute rappresentano una forma distinta di attività sanitaria che ha l'obiettivo di erogare le cure, professionalmente qualificate, necessarie a garantire, per alcune definite tipologie di pazienti, l'uscita dalla fase acuta del ricovero.

.....Le cure subacute richiedono, per ogni paziente, la formulazione di un piano di trattamento che porti a conseguire degli specifici obiettivi realizzati da qualificati professionisti.

Le cure subacute non devono essere confuse con le attività socio – sanitarie rese a favore di pazienti non autosufficienti in condizioni di discreta stabilità clinica.

......Sono cure rivolte a persone che altrimenti prolungherebbero, senza necessità, la durata del ricovero ospedaliero o potrebbero essere ammesse inappropriatamente in ospedale.

Sono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato, che comprende: una valutazione clinica all'ingresso, che definisce durata, terapie, trattamenti ed individua i risultati attesi.

Sono orientate al recupero dell'indipendenza ed al rientro dei pazienti al loro domicilio.

La durata media della degenza in strutture per cure sub acute non dovrebbe essere inferiore ai 10/15 giorni e per ogni singolo paziente, al momento della accettazione, la degenza attesa, secondo il piano di assistenza individuale, non dovrebbe essere mai inferiore ai 7/10 giorni. La degenza ha comunque una durata limitata, non superiore ai 30/40 giorni.

Alla fine del percorso terapeutico è prevista una valutazione dei risultati ottenuti anche in relazione agli attesi."

#### La DGR di riferimento specifica inoltre:

- Criteri di accesso;
- Criteri di sufficiente stabilizzazione clinica per l'accesso;
- Criteri di esclusione.

#### Pianificazione dell'accesso a posti tecnici di cure subacute:

Quando il MMG/Equipe di Valutazione Multidimensionale/Specialista, previo accordo con l'Unità di cure subacute, ritengono opportuno l'inserimento in Posto Tecnico di Cure Subacute, definiscono il piano individuale avvalendosi degli strumenti di valutazione/pianificazione in uso e specificamente la "Scheda per l'arruolamento del paziente nella struttura sub acuta", predisposta presso ciascuna Struttura. L'accesso alle cure per gli assistiti provenienti dal domicilio o dai servizi della rete territoriale (RSA, etc.) richiede idonea impegnativa del curante.



# SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITA' DI CURE INTERMEDIE

Cognome e Nome	Data Nascita		Sesso	
			M	F
Domicilio (indirizzo abitazione o struttura residenziale)	tel	efono		
Residente in Lombardia: No Si Invalidità:	□ No Si	In cor	°SO	
Cittadino extra UE: Si Accompagnamento:	□ No Si	In cor	°SO	
Inviante				
Ospedale		telefono		
Reparto				
Referente				
Altro (Riportare nominativo e qualifica medico med. Gen., medico RSA, medico s	pecialista, ecc.)	telefono		
Caregiver/persona di riferimento		telefono		
Amministratore di sostegno Non necessario No	Si	telefono	ı	
Nominativo				
Costituiscono <u>criteri di esclusione per il ricovero</u> in unità di	cure intermedi	e:		
- paziente instabile secondo la classificazione della scala SI	C (punteggio 3)			
- paziente con acuzie non risolta				
- percorso diagnostico incompleto o in corso di definizione				
- paziente con patologia psichiatrica attiva				
- paziente con condizione per cui sono previsti interventi s	pecifici (SV, SLA	, hospice	e)	
AREA CLINICA VALUTAZIONE DI INSTABILITA' CLINICA (SC.	ALA SIC)			
<b>0 STABILE</b> : problemi clinici che necessitano di monitoraggio M				
1 MODERATAMENTE STABILE: problemi clinici che necessitari più volte la settimana ma non quotidiano	no di monitoraggi	o M-MI/S	3 routinario	o una o
2 MODERATAMENTE INSTABILE: problemi clinici che necessi volta al giorno	tano di monitorag	gio M-M	I/S routina	rio una
<b>3 INSTABILE</b> : problemi clinici che necessitano di monitoraggio un altro accesso oltre quello previsto di routine)	M-MI/S semi-int	ensivo qu	iotidiano (	almeno
Legenda: M-MI/S: Monitoraggio medico e/o infermieristico strume attenta "problema-orientata" e/o esami di lai		-	ta o valuta	zione



EVENTO INDICE	(evento che ha determinato il ricovero in ospedale da cui deve essere dimesso con una diagnosi oppure evento al domicilio che determina una recente modifica dello stato clinico-assistenziale-funzionale entrambi passibili o meno di ripristino clinico-funzionale)
Data evento indic	e se individuabile
Altrimenti specifi	care il periodo:
Mezzo di sintes	i (se posizionato un mezzo di sintesi specificarne il tipo/materiale per possibili incompatibilità in indagini radiologiche o terapie)
	NZIONALE PRE-MORBOSA (RANKIN MODIFICATA) ONDIZIONE PRECEDENTE L'EVENTO INDICE
0 Nessun sinte	omo
_	lità significativa: nonostante la presenza di sintomi era in grado di svolgere tutte le BADL) ed I compiti abituali
	eve: non in grado di eseguire tutte le IADL quotidiane ma autonomo nelle BADL, senza ervisione o aiuto
3 Disabilità i senza assistenz	moderata: richiedeva supervisione/aiuto nelle BADL, ma era in grado di deambulare a
<b>4 Disabilità</b> assistenza	moderatamente grave: era incapace di deambulare e provvedere alle BADL senza
5 Disabilità gr	ave: allettato, incontinente, richiedeva assistenza continua
	lefono, fare la spesa, preparare i pasti, cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa, armaci, uso del denaro
BADL: Alimenta trasferimenti, de	zione, igiene personale, abbigliamento, bagno-doccia, continenza, uso del gabinetto, cambulazione
Comorbosit significativa	(1)



#### CONDIZIONI GENERALI AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA • **Controllo del tronco** (con riferimento al trunk control test) nessun controllo (TCT=0) in grado di girarsi senza supporto su almeno un lato (TCT <25) \_\_\_ capace di mantenersi seduto per almeno 30 secondi con supporto (TCT<50) capace di mantenersi seduto per almeno 30 secondi senza supporto (TCT> 50) buon controllo con • Passaggi posturali: dipendente Indipendente aiuto • Utilizza ausili per la deambulazione: SI NO Se si, quali? Verticalizzazione: NO Carico concesso: completo parziale assente • Se in ossigenoterapia, in atto svezzamento: NO SI • Se in ventilazione meccanica, in atto svezzamento: NO • Se cannula tracheale, in atto rimozione: SI **Stato Nutrizionale:** Peso kg: ADEGUATO OBESITA' **MALNUTRIZIONE** TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (indicare il farmaco in uso e la posologia) 2. 1. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. Eventuali farmaci con piano terapeutico: **TERAPIE IN CORSO ALTRI BISOGNI CLINICI** Assenza di terapie Assenza di altri bisogni clinici 1 1 2 2 Terapia solo orale Monitoraggio ematochimici standard Monitoraggio ematochimici almeno 3 Trattamento infusivo 3 settimanali Nutrizione perenterale totale 3 Necessità di follow-up strumentale 3 Trattamento dialitico attivo 3 Necessità di consulenze specialistiche 3



SCALA DI DISABILITA COMUNICATIVA							
4 Nessuna: riferisce l'anamnesi in maniera attendibile o personali. Ben rapportato all'interlocutore e collabora assistenziali	•						
<b>3 Lieve:</b> va "guidato" per ricostruire l'anamnesi e stimolato per parlare dei problemi personali. Adeguato all'interlocutore ma è necessario assumere un atteggiamento "direttivo" per ottenere una buona collaborazione alla visita e alle manovre assisteziali							
2 Moderata: possono essere scambiate informazioni so per contesto comunicativo strettamente personale ed riesce a fornire una buona collaborazione alla visita e alle	attuale. Adeguato all'interlocutore ma non						
1 Grave: la comunicazione è molto compromessa e si ot prevedono risposte si/no e fornendo facilitazioni conte l'interlocutore e non collabora alla visita e alle manovre a	stuali e gestuali. Perplesso nel rapporto con						
O Completa: pressoché assente qualsiasi scambio o adeguato all'interlocutore e assolutamente non collabora							
Patologie psichiatriche: No Si	Alterazioni del comportamento rilevanti						
Se si, specificare	Wandering						
In carico a CPS:	Depressione						
Se si, specificare	Agitazione/aggressività						
Tentato suicidio: No Si	Etilismo						
Se si, specificare	Rientro al domicilio						
	Certo Probabile RSA Attivata pratica						
Il Paziente è affetto da demenza? No Si Se si, la diagno	osi risale a:						
Disturbi comportamentali e sintomi psichici? No Si Se si,	, da quanto tempo: vari vari giorni mesi anni						



Da compilare solo per profilo demenze							
Disturbi comportamentali	Confusione						
Deliri (persecutori, di gelosia, ecc.)	Completamente confuso, personalità destrutturata						
Allucinazioni	Confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe						
Vagabondaggio o si perde fuori casa	☐ Incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio						
Agitazione notturna	Pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente						
☐ Inversione ritmo sonno-veglia	Irritabilità						
Aggressività verso sé e/o gli altri	Qualsiasi contatto è causa di irritabilità						
Urla o lamentazioni o vocalismi	Mostra ogni tanto segni di irritabilità						
Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica	Non mostra segni di irritabilità						
Presenza di disturbi del comportamento alimentare	Irrequietezza						
	Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano						
	Si agita e gesticola durante la converzazione						
	Non mostra alcun segno di irrequetezza motoria						
AREA SOCIALE CONDIZIONE SOCIALE							
<b>1</b> supporto sociale presente (vive in far	niglia e i menbri sono in grado di fornire il supporto necessario)						
	2 parziale supporto sociale (vive solo oppure in famiglia ma i famigliari, anche se presenti, non sono in grado di fornire tutto il supporto necessario)						
<b>3</b> assenza di supporto sociale (vive solo	e non sono presenti figure di riferimento)						
OBIETTIVI DEL RICOVERO (anche più di u	no)						
Stabilizzazione clinico assistenziale ("co	Stabilizzazione clinico assistenziale ("convalescenza" e monitoraggio funzioni vitali)						

Recupero e miglioramento funzionale
Supporto e addestramento del care-giver (nursing riabilitativo e addestramento a device e/o ausili)
Valutazione e indirizzo alle cure di fine vita (prognosi poco favorevole e approccio palliativo)



#### AREA ASSISTENZIALE: INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE (ICA)

1) FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA		4) ALIMENTI E IDRATAZIONE	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Parametri < 3 rilevazioni die	2	Prescrizione dietetica	2
Parametri ≥ 3 rilevazioni die	3	Necessità di aiuto per azioni complesse	2
Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	Presenza di disfagia lieve	3
Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	Presenza di disfagia moderata/severa	4
Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3
Quantità urine	2	5) ELIMINAZIONE	
2) FUNZIONE RESPIRATORIA		Senza aiuto/sorveglianza	1
Senza aiuto/sorveglianza	1	Monitoraggio alvo	2
Difficoltà respiratoira da sforzo lieve-moderata	2	Necessità di clisma	3
Dispnea da sforzo grave	3	Necessità di essere accompagnato al WC	3
Dispnea a riposo	4	Gestione della stomia	3
Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4	Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2
Tosse acuta/cronica	3	Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h)	3
Parametri < 3 rilevazioni die	2	Cateterismo durante il ricovero / a lunga permanenza	3
Parametri ≥ 3 rilevazioni die	3	6) IGIENE E ABBIGLIAMENTO	
Ossigenoterapia	3	Senza aiuto/sorveglianza	1
Necessità di ventiloterapia notturna	3	Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
Presenza di tracheostomia	4	Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
Terapia con nebulizzazioni	3	Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4
3) MEDICAZIONI		7) MOVIMENTO	
Assenza di medicazioni	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)	2	Utilizzo in modo autonomo presidi per movimento	2
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
Ferita chirurgica non complicata	2	Necessità di utilizzare il sollevatore	4
Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
Moncone di amputazione da medicare	3	8) RIPOSO E SONNO	
Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3	Senza aiuto/sorveglianza	1
Stomia recente da medicare	3	Sonno indotto con farmaci	2

Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4	L	Dist	turbi del :	onn	0				3
			Agi	tazione n	ottui	rna co	stante			4
				9) SENSO	RIO	E CO	MUNIC	AZIONE	<u> </u>	
			Senz	a aiuto/s	orve	glianz	а			1
			Diffic	coltà in fo	rma	lieve:	: vista e	/o udito	o e/o linguaggio	2
			Diffi	coltà in g	ave:	vista	e/o udi	ito e/o l	linguaggio	3
			Defi	cit cognit	vo li	eve				2
			Defic	cit cognit	vo m	noder	ato			3
			Deficit cognitivo grave						4	
			Stato	o costante	di a	patia	/agitazi	one/ag	gressività	4
				10) AMB	IENT	TE SIC	URO/SI	TUAZIC	ONE SOCIALE	
			Senz	a aiuto/s	orve	glianz	а			1
			Appa	arecchi m	edic	ali dal	domic	ilio		2
			Risch	nio cadut	me	dio-a	lta			4
			Uso	di mezzi d	li pro	otezio	ne			4
			Attiv	azione as	siste	ente s	ociale			3
			Educ	cazione sa	nita	ria de	l care-g	giver		2
			Pian	ificazione	dim	ission	ie con a	ltre isti	tuzioni	3
INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZI	ALE	Ξ		1		2	3	4		
FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA										
FUNZIONE RESPIRATORIA					l		$\perp$			
MEDICAZIONI				<u> </u>	l					
ALIMENTI E IDRATAZIONE				<u> </u>	l		$\frac{\sqcup}{=}$			
ELIMINAZIONE URINARIA ED INTESTINALE				<u> </u>	l		<u> </u>			
IGIENE E ABBIGLIAMENTO				<u> </u>	l		<u> </u>			
MOVIMENTO				L			$\underline{\underline{\sqcup}}$			
RIPOSO E SONNO										
SENSORIO E COMUNICAZIONE							<u> </u>			
AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE										
ESITO DI COLONNA MAGGIORMANTE RAP	PRE	SENT	ATO		[					
LA VALUTAZIONE I.C.A. DELINEA IL	PR	OFIL	0	1	[	2	3	4		
Nella scheda ICA compilare tutte le voci dei b definire il Profilo riportare solo il valore dell'ite Profilo Assistenziale del paziente (Profilo 1, 2, 3,	em	preva								
Data di compilazione										
Nome e firma dell'Infermiere						No	me e	firma	a del Medico	



#### Matrice per la determinazione del Profilo di cura

Per ciascuna area sono stati individuati gli indicatori che permettono la collocazione dell'utente nel profilo corrispondente ai differenti bisogni rilevati nelle aree di assistenza, cura e riattivazione, attraverso il seguente processo decisionale:

- 1. la valutazione ICA consente una prima suddivisione degli utenti in due ambiti: profili 1 e 2 oppure profili 3 e 4;
- 2. il punteggio delle successive tre scale (SIC, Ranking e SDC) determina l'individuazione precisa del profilo: confrontando i valori ottenuti con le soglie previste dalla matrice di seguito riportata, viene individuato il profilo più elevato in cui, oltre alla scala ICA, sia verificata almeno una delle successive scale.

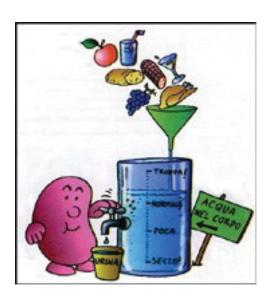
La classificazione nel profilo 5 – Demenze è determinata dalla presenza di disturbi attivi del comportamento in soggetti con diagnosi già definita di demenza, con manifestazioni che richiedono il ricovero in ambiente protetto.

Indicatore		Profilo 1	Profilo 2	Profilo 3	Profilo 4
Tipo e intensità del bisogno rispetto le aree che determinano il profilo		Bassa complessità assistenziale e bassa intensività clinica	Media complessità assistenziale, bassa intensività clinica con necessità di recupero funzionale	Alta complessità assistenziale, media intensività clinica con necessità di recupero funzionale	Alta complessità assistenziale e alta intensività clinica con necessità di elevato recupero funzionale
1	Indice di complessità assistenziale (10 Item) I.C.A.	ICA 1-2	ICA 1-2	ICA 3-4	ICA 3-4
	Instabilità clinica (Scala Instabilità Clinica - SIC)	Bassa instabilità (SIC < 3)	Bassa instabilità (SIC < 3)	Alta instabilità (SIC = 3)	Alta instabilità (SIC = 3)
2	Rankin pre-evento (dipendenza pre-evento)	Alta dipendenza (Rankin ≥ 3)	Bassa dipendenza (Rankin ≤ 2)	Alta dipendenza (Rankin ≥ 3)	Bassa dipendenza (Rankin ≤ 2)
	Scala Disabilità Comunicativa - SDC	Alta disabilità	Bassa disabilità	Alta disabilità	Bassa disabilità

#### Sistema Socio Sanitario



# PROTOCOLLO DI DIMISSIONE DEL PAZIENTE DIALIZZATO



**Novembre 2016** 

#### Composizione Gruppo di Lavoro

#### **Coordinatore Tavolo:**

Dr.ssa Raffaella Chiappini Responsabile U.O. Medici delle Cure

Primarie e Medicina del Territorio -

**Dipartimento Cure primarie - ATS Brescia** 

#### **COMPONENTI ATS:**

AFD Anna Maria Aluigi Responsabile Ufficio Cure Domiciliari e

Strutture Residenziali e Semi Residenziali

**Area Anziani – Dipartimento PIPSS – ATS** 

Brescia

#### **COMPONENTI ALTRI ENTI:**

Dr. Massimo Sandrini Responsabile Unità Semplice di Dialisi

Peritoneale e Malattia renale cronica -

**ASST Spedali Civili Brescia** 

Dr.ssa Martina Bracchi Direttore del Servizio di Emodialisi - ASST

Franciacorta

Dr.ssa Ester Costantino Responsabile del Servizio di Dialisi del PO

di Gavardo - ASST del Garda

#### **Premessa**

L'esigenza della definizione di un percorso che faciliti la dimissione del paziente dializzato verso il domicilio, anche con la possibilità di attivazione di servizi domiciliari, o verso una struttura socio-sanitaria (Struttura Riabilitativa, RSA) è nata in risposta al bisogno di garantire la continuità di cura nei diversi servizi e alla necessità di assicurare una presa in carico globale di questa tipologia di pazienti e delle loro famiglie, spesso coinvolte in prima persona proprio nella gestione del trattamento dialitico (extracorporeo o peritoneale).

La stesura di una procedura di dimissione, condivisa da referenti delle strutture ospedaliere delle tre ASST presenti nel territorio di ATS Brescia, finalizzata a rendere omogeneo il primo momento di presa in carico del paziente dializzato, è stata il primo passo verso la redazione di un "PDTA per la presa in carico del paziente dializzato nelle strutture riabilitative e socio-sanitarie" per il quale saranno coinvolte più figure dei servizi sanitari e sociosanitari.

#### Il contesto dell'ATS di Brescia

Dai dati forniti dalla Banca Dati Assistito (BDA) 2015 di ATS Brescia emerge che il numero di soggetti con IRC residenti a Brescia sono circa 6.800, cioè lo 0,57% della popolazione totale; di questi 2.890 sono femmine e 3.931 maschi. Questo dato potrebbe essere sottostimato dal momento che spesso la certificazione di esenzione per la patologia viene rilasciata negli stadi avanzati della malattia.

In trattamento dialitico, nel periodo luglio 2015 - giugno 2016, risultano essere 1.015 pazienti residenti in ATS Brescia, di questi :

- 880 emodializzati
- 115 in dialisi peritoneale

Nello stesso periodo per 20 pazienti sono state registrate entrambe le tipologie di trattamento, verosimilmente per cambio di metodica successiva all'inizio della terapia sostitutiva.

A questa popolazione di pazienti si aggiunge un numero abbastanza elevato di portatori di trapianto di rene, nº 779.

#### Obiettivi

La procedura di dimissioni/ammissioni protette ha le seguenti finalità:

- Implementare i processi di integrazione tra UUOO di Nefrologia, Servizi Dialisi, servizi della rete territoriale (es. RSA, Hospice, Strutture Riabilitative, Cure Intermedie, ADI ecc.), Medici di Medicina Generale (MMG) attraverso le équipe territoriali per la valutazione multidimensionale e gli Uffici/Referenti per le Dimissioni protette delle strutture ospedaliere, mediante modalità di lavoro efficaci e condivise;
- 2. realizzare prese in carico congiunte di tutti gli assistiti in dialisi al fine di migliorare la qualità di vita e gli esiti clinici ed assistenziali assicurando la continuità assistenziale;

Tali finalità si completeranno con la stesura definitiva del PDTA i cui obiettivi saranno:

- garantire ai pazienti in dialisi extracorporea o peritoneale la continuità dell'intervento assistenziale al domicilio o presso strutture della rete sociosanitaria
- 2. garantire l'applicazione di criteri omogenei e condivisi per la richiesta ed assegnazione delle diverse tipologie di trasporto
- 3. garantire al paziente dializzato, inserito in struttura sociosanitaria, un appropriato livello di qualità assistenziale
- 4. ottimizzare l'uso delle risorse disponibili nel territorio per l'assistenza ai pazienti in trattamento peritoneale o extracorporeo anche "domiciliare"
- 5. favorire l'incremento dell'uso della dialisi peritoneale e/o extracorporea domiciliare
- 6. favorire, sul territorio di ATS, un coinvolgimento delle strutture socio-sanitarie e riabilitative che offra una possibilità di accesso a tali servizi omogenea per tutti i pazienti
- 7. favorire il coinvolgimento dei MMG e dei Medici delle strutture anche con il contributo delle equipe di valutazione multidimensionale
- 8. favorire la formazione necessaria a garantire un'elevata professionalità degli operatori interessati (medici e infermieri) definendo percorsi di addestramento/aggiornamento da parte dei team ospedalieri.

#### **Destinatari**

I pazienti emodializzati o in dialisi peritoneale, le loro famiglie/caregiver e le strutture socio-sanitarie della rete sono al contempo destinatari della procedura di dimissione e del PDTA, e attori, dato il loro coinvolgimento attivo.

Il PDTA sarà tuttavia anche uno strumento professionale utile rivolto a:

- 1. team delle UO di Nefrologia e dei Servizi di dialisi
- 2. MMG
- 3. operatori delle strutture di ricovero/RSA/riabilitazione
- 4. operatori delle équipe territoriali per la valutazione multidimensionale
- 5. infermieri delle strutture/degli studi medici/degli enti erogatori.

#### Percorso operativo

Le dimissioni del paziente dializzato prevedono il coinvolgimento attivo di:

- 1. assistito e/o familiari
- 2. medico del reparto/servizio
- 3. infermiere o Coordinatore infermieristico del reparto/servizio
- 4. Ufficio/Referente dimissioni protette dell'ospedale
- 5. operatori delle équipe territoriali per la valutazione multidimensionale.

<u>In caso di dimissioni verso il domicilio</u> può essere previsto il coinvolgimento di:

- 1. MMG
- 2. équipe territoriali per la valutazione multidimensionale
- 3. assistente sociale
- settore di riferimento della rete territoriale per la pianificazione del trasporto protetto in caso di trattamento emodialitico extracorporeo (secondo il protocollo in uso presso le ASST).

<u>In caso di dimissioni verso struttura riabilitativa/sociosanitaria</u> deve essere previsto il coinvolgimento di:

- 1. Medico della Struttura (responsabile sanitario)
- 2. Coordinatore infermieristico della struttura
- 3. équipe territoriali per la valutazione multidimensionale

4. settore di riferimento della rete territoriale per la pianificazione del trasporto protetto in caso di trattamento emodialitico extracorporeo (secondo il protocollo in uso presso le ASST).

L'attivazione del percorso prevede sempre:

- la conoscenza della procedura da parte di tutti gli operatori che vi prenderanno parte, garantita attraverso la divulgazione del presente documento in incontri di presentazione/momenti formativi
- l'integrazione tra gli operatori del polo territoriale ed ospedaliero delle ASST e i Servizi di ATS, al fine di promuovere la corretta attuazione della rete sanitaria e sociosanitaria.

#### Dimissione del paziente dializzato

Il paziente che inizia il trattamento dialitico proviene solitamente da un periodo di follow-up ravvicinato che si effettua nella fase terminale dell'IRC in ambulatori dedicati alla malattia renale avanzata gestiti da team di medici e infermieri.

Durante il follow-up ambulatoriale il team illustra all'assistito e alla famiglia le tipologie possibili di trattamento dialitico, con indicazioni e controindicazioni agli stessi, guidando il paziente e la famiglia verso la scelta più appropriata, consapevole e condivisa.

Inoltre provvede ad avviare un percorso di Educazione/formazione, della famiglia e dell'assistito con riferimento a:

- terapia nutrizionale, programmando consulenze con il Servizio dietetico ospedaliero
- gestione delle emergenze cliniche (es. sanguinamenti/ipotensioni ecc)
- gestione dell'accesso di dialisi (fistola artero-venosa, catetere venoso centrale o catetere peritoneale).

#### La dimissione all'inizio del percorso di dialisi

#### A) Il ruolo del team ospedaliero

Alla dimissione il team ospedaliero provvede a:

- 1. redigere la relazione di dimissione, trasmessa al MMG tramite SISS;
- 2. consegnare al paziente il calendario delle sedute dialitiche, se emodializzato o il programma di visite ambulatoriali (se peritoneale)
- 3. consegnare al paziente le prescrizioni farmacologiche, le richieste eventuali di visite ed esami se previste
- 4. prescrivere/programmare le necessarie visite specialistiche/indagini strumentali per il completamento dell'iter diagnostico
- redigere le certificazioni/prescrizioni finalizzate all'accertamento dell'invalidità e all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria (come da documento "Accordo di collaborazione per le dimissioni protette Ospedale – territorio" ATS dicembre 2016), se necessario
- 6. redigere i Piani Terapeutici, quando previsti, trasmettendoli on-line al Servizio Farmaceutico di ATS
- 7. assicurare, mediante prescrizione diretta o per il tramite del MMG/medico prescrittore ospedaliero, alla fornitura di protesi, ausili e servizi sanitari complementari (ossigeno-ventiloterapia, nutrizione artificiale, ecc.)
- 8. garantire la fornitura del materiale per i trattamenti domiciliari
- 9. fornire a paziente e famiglia eventuali brochure esplicative sulla malattia, la dieta ed il trattamento dialitico
- 10. fornire al paziente e/o alla famiglia i riferimenti relativi all'organizzazione dell'UO/Servizio utili alla gestione delle emergenze/urgenze
- 11. prendere contatti con il centro Trapianti di riferimento nelle situazioni in cui, a seguito di colloquio con il paziente, tale percorso è praticabile
- 12. favorire il contatto con associazioni di pazienti (es. ANED) o altre associazioni di pazienti se presenti
- 13. stabilire la tipologia di trasporto più idonea al paziente e pianificare, con il settore di riferimento della rete territoriale di ASST, il trasporto assistito/protetto se necessario
- 14. attivare, con le modalità proprie di ogni Presidio Ospedaliero, l'Ufficio/referente dimissioni protette

15. attivare un diario domiciliare o altra modalità per condividere la gestione del paziente con tutti gli operatori coinvolti (strutture /MMG/ADI ecc.).

#### B) Il ruolo dell'ufficio/referente ospedaliero per le dimissioni protette

Gli operatori del suddetto ufficio/il referente provvederanno, in accordo con il team ospedaliero, ad avviare la procedura di ammissione del paziente verso la unità di offerta sociosanitaria ritenuta più idonea in risposta ai bisogni clinici e sociali del paziente.

L'ufficio/referente ospedaliero per le dimissioni protette collabora con le equipe per la valutazione multidimensionale, afferenti alle ASST, che effettuano la valutazione come previsto nel "Protocollo per la valutazione multidimensionale ai fini della presa in carico e gestione dei pazienti cronici, fragili e non autosufficienti" ATS dicembre 2016.

#### C) Il ruolo del settore di riferimento della rete territoriale di ASST

Il settore territoriale competente deve garantire:

- il rilascio dell'esenzione per patologia, previa presentazione di idonea certificazione allo sportello dedicato
- 2. il supporto per l'eventuale richiesta/fornitura di ausili protesici e dietetici (sia di diabetologia che di protesica maggiore/minore)
- 3. l'attivazione del trasporto richiesto

#### D) Il ruolo dell'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale

L'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale, attivata dall'ufficio/referente per le dimissioni protette ospedaliero dell'ASST, può garantire:

- 1. l'attivazione dell'ADI / ADP in collaborazione con il MMG
- 2. l'individuazione del servizio più idoneo per la gestione della dimissione (es. ricovero in Hospice/cure intermedie/Riabilitazione ecc)
- 3. l'attivazione/collaborazione con i servizi sociali dei comuni
- 4. la collaborazione con la famiglia per l'accesso ad eventuali benefici (buoni regionali/pensioni/ecc).

Il collegamento tra Centro specialistico di riferimento ed équipe territoriale per la valutazione multidimensionale, garantisce un modello di assistenza flessibile, che utilizza i diversi livelli assistenziali dalla rete e prevede modalità di presa in carico differenziate, capaci di adattarsi tempestivamente alle mutevoli condizioni cliniche ed alle esigenze socio/assistenziali del singolo paziente.

#### E) Il ruolo del MMG

Il MMG rimane il primo soggetto responsabile della corretta presa in carico del proprio assistito e collabora con il centro specialistico ospedaliero nella gestione del follow-up. Il MMG pertanto può:

- 1. attivare ADP o ADI quando necessario
- 2. gestire, in collaborazione con il team ospedaliero, le malattie intercorrenti
- 3. collaborare con il centro ospedaliero monitorando l'adesione del paziente alle indicazioni dietetiche e terapeutiche
- 4. provvedere alla prescrizione degli ausili protesici quando necessari
- 5. coinvolgere l'infermiere di studio o dell'ADI, quando il paziente è in carico, nel follow-up domiciliare.

#### F) Il ruolo dell'infermiere (di studio medico o di unità di offerta sociosanitaria)

L'infermiere può concorrere:

- all'attività di educazione terapeutica dell'assistito e/o del suo caregiver, con particolare riferimento alla rilevazione dei parametri, alla corretta assunzione della terapia, all'adesione alle indicazioni dietetiche e degli eventuali stili di vita suggeriti dallo specialista e dal MMG
- 2. al monitoraggio, se debitamente addestrato, della gestione del trattamento domiciliare, vigilando sulla corretta tenuta del materiale e degli spazi secondo le indicazioni fornite dal centro ospedaliero.

#### La dimissione del paziente già in trattamento dialitico

Nel caso di pazienti già in trattamento dialitico la dimissione deve prevedere l'eventuale attivazione di percorsi assistenziali idonei, in risposta ai nuovi bisogni rilevati, attraverso l'attivazione degli uffici/referenti ospedalieri per le dimissioni protette e le equipe per la valutazione multidimensionale del polo ospedaliero delle ASST.

#### MODALITÀ DI DIFFUSIONE ED ATTUAZIONE DELLA PROCEDURA

La procedura viene ratificata dal Comitato Aziendale della Medicina Generale ed inviata a:

- Medici di Medicina Generale
- Medici di Continuità Assistenziale

La Procedura quindi viene adottata con decreto ATS e inviata alle competenti articolazioni delle ASST.

#### **ACRONIMI UTILIZZATI**

ADP: Assistenza domiciliare programmata

ADI: Assistenza domiciliare integrata

MMG: Medico di Medicina generale

UO: Unità Operativa

ASST: Azienda socio sanitaria territoriale

ATS: Agenzia di tutela della salute

BDA: Banca Dati Assistito

RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale

IRC: Insufficienza renale cronica

Il Presente documento è stato redatto sulla base e nel rispetto dei Protocolli e delle Procedure in uso.