

1 - FASE AVVIO DEL PERCORSO , INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Primo accesso dal Medico di Medicina Generale (MMG)	Secondo accesso dal Medico di Medicina Generale (MMG)	Primo accesso al PUA ed invio al Centro Specialistico/CDCC	Secondo accesso al Centro Specialistico/CDCC
<ul style="list-style-type: none"> Raccolta anamnesi ed esame obiettivo generale mirati ad un orientamento diagnostico per una demenza Test di screening MMSE (allegato 1) Nell'ipotesi di un deterioramento cognitivo prescrizione di esami ematici: folati, vitamina B12, TSH reflex, calcio, sodiemia, potassiemia, glucosio, emocromo, funzionalità renale ed epatica, omocisteina Prescrizione ECG Informazioni all'assistito e ai caregiver sull'ipotesi diagnostica e sulle indagini diagnostiche programmate Programmazione secondo accesso 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosi differenziale tra demenza primitiva e secondaria Trattamento farmacologico delle cause di una demenza secondaria e programmazione del follow-up Consigli nutrizionali e sugli stili di vita Invio al Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCC) con la documentazione raccolta (esami e MMSE e raccordo anamnestico) e quanto possa essere utile alla diagnosi. Informazioni sulla patologia, sulle fasi successive del percorso e sulle modalità di prenotazione della visita al CDCC Invio al CDCC (all 2) 	<ul style="list-style-type: none"> Accoglimento delle domande presso il Punto unico di accesso (PUA) e controllo della completezza della documentazione Informazione su dislocazione, orari e contatti del servizio CDCC Invio al CDCC della documentazione Ricevimento al CDCC della documentazione e contatto con il paziente per programmazione primo accesso Primo accesso al CDCC Colloquio infermieristico di raccolta dati e compilazione di scale per la valutazione dell'autonomia (ADL-IADL)(allegato 3) Informazioni sulle modalità di prosecuzione della cura e di accesso al servizio (fisicamente e telefonicamente) Raccolta anamnesi ed esame obiettivo specialistico con valutazione clinica funzionale, cognitiva(MOCA) (allegato 4) e comportamentale(valutazione documentazione pervenuta dal MMG Prescrizione anche attraverso richiesta diretta di una valutazione neuropsicologica estesa ed esami di neuroimaging per la diagnostica differenziale (TC) Programmazione/calendarizzazione Scelta del setting diagnostico (ambulatoriale o PAC) Programmazione del secondo accesso (attivazione day service e compilazione richieste) Informativa al MMG sull' esito della visita 	<ul style="list-style-type: none"> Breve colloquio di accoglienza con rivalutazione assistenziale infermieristica Rivalutazione clinica medica in considerazione dei reperti clinico-strumentali richiesti e relativo staging di malattia Diagnosi differenziale tra demenze primitive Approfondimento strumentale complesso Ove necessario (RMN, PET, esame liquorale, test genetici) Comunicazione della diagnosi ed elementi prognostici Programmazione del piano di cura e indicazioni terapeutiche farmacologiche acquisizione consenso informato(modulo informativo)(allegato 5) Informazioni all'assistito e ai caregiver sul PDTA da intraprendere, sui servizi attivi sul territorio sulla opportunità di provvedimenti di tutela giuridica e previdenziali e rivalutazione di idoneità alla guida Educazione del caregiver alla rilevazione di eventuali alterazioni comportamentali Informazioni all'assistito e ai caregiver Pianificazione dei controlli presso il CDCC Informativa di ritorno al MMG

<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intercettazione precoce dei segni di demenza da parte del MMG • Utilizzo di un test di screening unico in Area Vasta • Precocità ed appropriatezza dell'invio all'approfondimento diagnostico tramite protocollo unico in Area Vasta • Paziente informato sul sospetto diagnostico 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuazione o esclusione di demenze secondarie • Appropriata dell'invio alla valutazione del CDCD • Paziente informato sulla patologia e sulle fasi successive del percorso 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avvio del PDTA per demenze • Assicurare un unico punto di accesso ai servizi e la conseguente correttezza dei percorsi, come previsto dalla DGR 111/2015 • Appropriata del setting per la diagnostica successiva • Assicurare una presa in cura personalizzata e la continuità assistenziale • Tempestività della valutazione neuropsicologica e delle eventuali ulteriori indagini di neuroimaging • Assicurare un feed-back continuo fra il CDCD ed il MMG 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulazione della diagnosi di demenza primaria • Stadiazione della malattia • Paziente e care giver bene informati sulla patologia, sui servizi esistenti • Programmazione del follow-up • Rendere l'assistito o chi legalmente responsabile per lui, in grado di effettuare scelte consapevoli sul trattamento ed il MMG • Assicurare un feed-back continuo fra il CDCD ed il MMG • Mantenere un contatto costante con la famiglia/ assicurare la continuità dell'assistenza
--	---	--	---

2 + FASE DEFINIZIONE DEL PIANO DI CURA DA PARTE DEL CDCD E DEFINIZIONE PIANO TERAPEUTICO

CDCD – Nota 85	CDCD – Neurolettici atipici
<ul style="list-style-type: none"> • Impostazione della terapia farmacologica con redazione del piano terapeutico per i farmaci della notacuf 85 • Follow-up ad un mese per la verifica della compliance e per la valutazione di possibili effetti collaterali • Somministrazione dei test neuropsicologici ove richiesto (allegato 6) • Indicazioni a interventi di stimolazione cognitiva ed eventuale frequenza a centri diurni • Indicazioni sulle risorse territoriali e le associazioni di volontariato • Indicazioni ai familiari di partecipare ai gruppi informativi/formativi • Indicazioni ai familiari sugli accorgimenti ambientali • Informazioni al paziente sui servizi sociali territoriali • Comunicazione al MMG dell'avvio della terapia (allegato 7) • Comunicazione del caso al distretto di competenza da parte del CDCD AORMN 	<ul style="list-style-type: none"> • Ricevimento richiesta del MMG (allegato 8) o necessità di prescrizione per pazienti già seguiti da CDCD • Valutazione clinica delle capacità di fornire consenso informato • Se possibile, informare la persona e/o il legale rappresentante e far firmare il modulo "consenso informato" (allegato 9) • Se non possibile acquisire e non vi è legale rappresentante utilizzare il modello "stato di necessità" (all.10) • Impostazione della terapia farmacologica con redazione del piano terapeutico per farmaci neurolettici atipici secondo note e indicazioni AIFA. • Ricettazione SSN degli stessi farmaci come da disposizioni • Calendarizzazione follow-up a due mesi. • Comunicazione al distretto del caso trattato per pazienti non già segnalati per nota cuf 85, da parte CDCD AORMN • Raccolta dati e registrazione di elementi anamnestici, clinici, sociali. • Indicazioni per interventi comportamentali • Indicazioni sulle risorse territoriali e le associazioni di volontariato • Indicazioni ai familiari di partecipare ai gruppi informativi/formativi • Indicazioni ai familiari sugli accorgimenti ambientali • Comunicazione al MMG dell'avvio della terapia e prescrizione di controlli strumentali (ECG e controllo QTc) e di laboratorio quando indicati. Consegnare modulo per richiesta di rinnovo dal piano da parte del MMG (allegato 11)
<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizione della terapia corretta • Controllare i disturbi comportamentali • Mantenere le abilità funzionali • Integrazione funzionale del CDCDAORMN con il Distretto di competenza • Caregiver informato sui diritti e sui servizi attivi nel territorio • Follow up programmato • Mantenere contatto costante con MMG 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizione della terapia • Controllare i disturbi comportamentali • Mantenere le abilità funzionali • Integrazione funzionale del CDCD AORMN con il Distretto di competenza • Caregiver informato sui diritti e sui servizi attivi nel territorio • Follow up programmato • Mantenere contatto costante con MMG

3 - FASE FOLLOW UP DEL PIANO DI CURA ED EVENTUALE RIMODULAZIONE

CDCD follow-up farmaci nota 85	CDCD follow-up farmaci neurolettici	CDCD interruzione nota 85	CDCD interruzione neurolettici atipici
<ul style="list-style-type: none"> Valutazione clinica su efficacia, effetti collaterali, malattie intercorrenti Esecuzione di MMSE, ADL, IADL Conferma o modifica della terapia farmacologica con redazione del piano terapeutico Rivalutazione infermieristica (ambiente, comportamento, alimentazione, eliminazione)... informazioni sulle modalità di prosecuzione della cura e di accesso al servizio (fisicamente e telefonicamente) Informazione sulla possibile evoluzione dei sintomi e la modifica del quadro di malattia Calendrarizzazione del follow-up, con controllo a due mesi e successivamente ogni sei mesi, per la rivalutazione dell'efficacia e dei possibili effetti collaterali Comunicazione al MMG dell'esito del follow-up (allegato 12) Invio all' Assistente Sociale del PUA per Segretariato e Sostegno per pratiche tutelari (invalidità civile, L104, Amministrazione di sostegno...) 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione clinica su efficacia, effetti collaterali (ECG), malattie intercorrenti Conferma o modifica della terapia farmacologica con redazione del piano terapeutico Ricettazione SSR degli stessi farmaci come da disposizioni e quando appropriata. Stimolare il familiare alla osservazione dei comportamenti del paziente allo scopo di aiutare il medico nella valutazione dell'appropriatezza del trattamento farmacologico. Rivalutazione periodica infermieristica (ambiente, comportamento, alimentazione, eliminazione...) Calendrarizzazione del follow-up, con controllo a due mesi Comunicazione al MMG dell'esito del follow-up e prescrizione di controlli strumentali quando indicati (ECG), consegna del modulo per il rinnovo del piano Possibile attivazione dei servizi della rete territoriale (distretto) (vedi fase 4) in caso di inadeguatezza dell'assistenza al domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> Sospensione (eventualmente graduale) della terapia farmacologica per la quale non sono rispettati i criteri di prosecuzione (nota AIFA). Informazione sui possibili effetti della sospensione farmacologica e necessità di un successivo feedback Indicazione di eventuale controllo per ripresa terapia. Possibile redazione di piani terapeutici con dosi progressivamente decrescenti del farmaco Rivalutazione infermieristica (ambiente, comportamento, alimentazione, eliminazione) Informazioni sulle modalità di prosecuzione della cura della persona e di contatto col servizio Comunicazione al MMG della sospensione della terapia farmacologica Comunicazione al distretto del caso trattato per eventuale (vedi fase 4) programmazione di presa in carico da parte dei servizi territoriali 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione clinico-strumentale (QTC) ai fini del rispetto dei criteri per la interruzione terapia Possibile redazione di piani terapeutici e ricettazione con dosi progressivamente decrescenti del farmaco Informazione sui possibili effetti della sospensione farmacologica e necessità di un successivo feedback Indicazione di eventuale controllo per ripresa terapia. Comunicazione al MMG della sospensione della terapia farmacologica
<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorare la malattia ed il trattamento Definizione della terapia corretta Intercettare precocemente i bisogni sociali Assicurare un nursing adeguato in ogni fase di malattia Mantenere il raccordo funzionale con il MMG 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorare la malattia ed il trattamento Definizione della terapia corretta Assicurare un nursing adeguato in ogni fase di malattia Intercettare precocemente i bisogni complessi Mantenere il raccordo funzionale con il MMG 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Definizione corretta della sospensione della terapia Programmazione di presa in carico da parte dei servizi territoriali Care giver informato sui possibili effetti della sospensione farmacologica Intercettare precocemente i bisogni assistenziali, prevenire complicanze dovute ad inadeguata preparazione cg Intercettare precocemente i bisogni complessi Mantenere il raccordo funzionale con il MMG 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Definizione corretta della sospensione della terapia Programmazione di presa in carico da parte dei servizi territoriali Care giver informato sui possibili effetti della sospensione farmacologica Intercettare precocemente i bisogni assistenziali, prevenire complicanze dovute ad inadeguata preparazione cg Intercettare precocemente i bisogni complessi Mantenere il raccordo funzionale con il MMG

4. VALUTAZIONE INTEGRATA UVI/CDCD, DEFINIZIONE DEL PAI, FOLLOW UP

Valutazione di bisogni che richiedono una valutazione multidimensionale (L'equipe CDCD può coincidere con UVI per fase accesso al servizio e rivalutazioni periodiche)	Prima valutazione	Follow-up e rivalutazione del PAI
<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione di eventuali bisogni complessi che richiedono una valutazione multidimensionale, multidisciplinare • Informazione ai caregiver • Comunicazione al MMGed invito a partecipare alla valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione multidimensionale integrata con Scheda di valutazione assistenziale (ADL/IADL...) • Scheda sociale di valutazione economica, familiare abitativa, redatta da AASS del PUA / Neurologia AORMIN (all 13) • Richiesta di eventuali consulenze specialistiche • Stesura PAI • Informazione ai caregiver sul PAI e sui supporti disponibili • Sottoscrizione del PAI da parte del paziente o suo delegato • Orientamento sociale per pratiche tutelari (invalidità civile, L104, Amministrazione di sostegno...) • da parte delle AASS del PUA/ Neurologia AORMIN • Individuazione del Case Manager • Comunicazione al MMG 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione clinica e del PAI da parte di ogni professionista secondo le scadenze definite • Rivalutazioni in caso di variazioni delle condizioni dell'assistito (condizioni cliniche, disabilità e nuovi bisogni assistenziali) con evidenziazione di necessità di modifiche del setting • In caso di necessità di cambio setting il CDCD informa l'UVI con la quale poi collabora nella definizione dei bisogni e del percorso informativo costante alla famiglia • Ogni eventuale necessità di attivazione di altri servizi implica il passaggio al PUA, senza aggravio burocratico per la famiglia • Eventuale prosecuzione terapia in atto • Valutazione rischi ambientali domiciliari e nel setting definito (strutture chiuse o aperte etc.) • Valutazione rischi comportamentali • Pianificazione rivalutazioni del PAI
<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuazione precoce delle problematiche attive • Continuità di cura ed assistenza • MMG informato e partecipe 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuazione delle problematiche attive • Ricerca di soluzioni possibili • Personalizzazione dell'assistenza • Continuità di cura ed assistenza • Definizione del PAI • Caregiver informato e partecipe • MMG informato e partecipe 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuazione degli interventi/setting più appropriati • Personalizzazione degli interventi • Rendere coinvolti e partecipi il MMG ed i familiari • Evitare aggravii burocratici alla famiglia

5 - GESTIONE FASE ACUTA

MMG – Urgenze domiciliari	Pronto Soccorso Ospedale	Reparto ospedaliero
<ul style="list-style-type: none"> Valutazione clinica di cause e gravità della sintomatologia acuta Possibile gestione domiciliare: Esami ematochimici e diagnostica strumentale ambulatoriale Trattamento di eventuali patologie intercorrenti Gestione della terapia in atto e adeguamento della stessa Idratazione e supplementazione dietetica quando appropriate. Stimolare i familiari al riconoscimento precoce di fattori negativi capaci di scatenare eventi acuti Individuazione di un caregiver per l'affidamento di compiti di monitoraggio sullo stato di salute e le abitudini di vita Pianificazione di accessi periodici programmati <p>Gestione domiciliare non possibile:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestione dell'evento acuto e invio al pronto soccorso 	<ul style="list-style-type: none"> Individuazione dell'assistito con triage specifico ed assegnazione di codice giallo (priorità) Compilazione scala CAM /ICU (all 14) Corsia preferenziale diagnostica (diagnosi differenziale fra peggioramento dei disturbi comportamentali o prevalenza di patologia di interesse internistico) Consulenza neurologica se necessaria Dimissione (con comunicazione al MMG) o trasferimento altro reparto con tempestività 	<ul style="list-style-type: none"> Interistico: Valutazione della patologia intercorrente e rivalutazione specialistica neurologica se indicata Neurologia: controllo degli episodi di agitazione e monitoraggio dello stato clinico. <p>Tutti i reparti:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rivalutazione con scala CAM/ICU Valutazione e scelta ambiente più idoneo Rivalutazione uso appropriato dei neurolettici Valutazione della disfagia (ove necessario) Consenso e recupero direttive anticipate per eventuale inizio nutrizione artificiale e altre procedure cruenti Invito ai familiari per l'attivazione di strumenti di tutela giuridica se non già attivati Dimissione protetta quando necessaria Educazione del caregiver sulla prevenzione e gestione delle riacutizzazioni Comunicazione dell'esito del ricovero al MMG
<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Individuazione precoce dei fattori di rischio per eventi acuti Riconoscimento precoce degli eventi acuti Invio al Pronto Soccorso solo se appropriato 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Corretta identificazione del quadro clinico e tempestiva presa in carico Riduzione della permanenza del paziente in Pronto Soccorso Ricovero in reparto solo se appropriato Attivazione continuità di cura se dimesso 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Tempestiva ed appropriata cura dell'evento acuto Attivazione di dimissione protetta se indicata Caregiver educato sulle prevenzione e gestione delle riacutizzazioni MMG informato sull'episodio acuto

6-FASE 6: GESTIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

Attivazione	Ingresso in CD/RSA/RP	Valutazione in itinere	Dimissione/ passaggio ad altra complessità
<ul style="list-style-type: none"> • Informazioni ai caregiver sul percorso residenziale • Compilazione richiesta RP/RSA (all 15)da parte del MMG o Medico delle UU.OO. Ospedaliere • Modulo richiesta di inserimento in CD/Ospedale di Comunità/ RSA/ RP inviato al PUA • Valutazione UVI • Stesura PAI da parte dell'UVI in collaborazione con CDCD • Informazioni ai caregiver ed acquisizione consenso sul PAI • Invio richiesta alla struttura(spostato: prima di inserimento) • Inserimento in CD, RSA/RP temporaneo o definitivo • Comunicazione al MMG • Coinvolgimento se necessario dei Servizi Sociali del Comune (integrazione fetta) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresso CD/RP/RSA • Compilazione cartella clinica • Valutazione Multidimensionale con utilizzo di scale validate • Messa in atto del PAI dell'UVI • Ambiente protetto per pazienti con disturbi comportamentali (Wandering) 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazioni periodiche UVI (eventuale collaborazione con CDCD) con il coinvolgimento del MMG • V. neurologica e stesura/revisione dei piani terapeutici CDCD • Verifica e revisione periodica PAI • Eventuali rinnovi o proroghe dell'UVI di ricoveri temporanei in RSA. • Accessi periodici e gestione clinica del MMG • Rivalutazione del PAI fatta dall'equipe assistenziale della struttura • Monitoraggio periodico indicatori qualità: <ul style="list-style-type: none"> - Cadute - Piaghe decubito - Uso psicofarmaci - Cateteri vescicali - Gestione dolore - Malnutrizione • Interventi psico-sociali e di riabilitazione • Prescrizione ausili e protesi • Formazione continua del personale • Monitoraggio malnutrizione e disfagia • Diete speciali (diabetici, ipertesi, disfacici, nutrizione enterale o parenterale) se indicate • Educare e sostenere la famiglia e coinvolgimento nel PAI • Ambiente protesico, gestione contenzione fisica e farmacologica se indicati 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione UVI • Informazione tempestiva ai familiari • Compilazione e trasmissione del Modulo di dimissione Struttura /MMG • Informazione al case manager • Informazione e proposta al care giver sul percorso successivo per acquisizione del consenso • Attivazione delle successive strutture coinvolte con passaggio attraverso il PUA, senza aggravio burocratico per la famiglia.
<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rispondere in maniera appropriata alla globalità dei bisogni del paziente • Assicurare continuità assistenziale fra tutti i setting • Individuare setting assistenziale più idoneo • Assicurare la tempestività dell'accesso alla valutazione UVI • Assicurare la tempestività dell'ingresso in CD/ RP/RSA • Mantenere un costante contatto con il MMG 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definire la migliore risposta possibile ai bisogni del paziente • Assistenza secondo gli standard assistenziali fissati dal DGRM 1011 del 09/07/2013 e successive modifiche (DRGM 1331 del 25/11/2014) 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ottimizzare lo stato funzionale; compensare la perdita di memoria e l'orientamento; gestire correttamente i disturbi comportamentali, garantire la sicurezza, prevenire le complicanze delle fasi avanzate. • Massimizzare la qualità della vita in relazione alla fase della malattia. • Coinvolgere la famiglia nel percorso di cura • Assistenza secondo gli standard assistenziali fissati dal DGRM 1011 del 09/07/2013 e successive modifiche (DRGM 1331 del 25/11/2014) 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento degli obiettivi definiti dal PAI • Raggiungimento di condizioni cliniche compatibili con l'assistenza in Cure Domiciliari • Assicurare il setting di cura più adeguato alle esigenze assistenziali della persona ed alla famiglia • Mantenere un costante contatto con il MMG

rt. 10, comma 9
 art. 10, comma 10
 art. 10, comma 11
 art. 10, comma 12

7 - FASE PALLIATIVA (vedere fase 4)

Avvio alle cure palliative MMG/CDCD/UVI	Erogazione delle cure palliative
<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione multidisciplinare/ multiprofessionale UVI /CDCD e riconoscimento della condizione di terminalità • Proposta nuovo setting Cure Palliative: Informazione al care giver della fase di malattia e della prognosi infausta a breve termine e relativi approcci terapeutici e condivisione della proposta di setting invio domanda all' Hospice (all 16) o attivazione richiesta per Cure Domiciliari ADI di III° livello • Valutazione funzionale globale (Palliative Performance Scale semplificata) (all 17) • Inquadramento del malato potenzialmente end-stage mediante criteri standard (all 18) 	<ul style="list-style-type: none"> • Accoglienza nel setting appropriato • Processo decisionale condiviso con i caregiver ad ogni livello • Evitare esami inutili • Quando necessario utilizzare sedazione e terapia per il dolore • Favorire l'alimentazione naturale • Favorire l'accettazione delle cure palliative • Affiancare e supportare la famiglia nella gestione del lutto
<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitare esami e terapie inutili • Evitare ricoveri inutili • Riconoscere la condizione di terminalità • Evitare inutili sofferenze alla persona ed alla sua famiglia • Assicurare un setting idoneo alle cure di fine vita • Care giver informati ed educati sulla fase terminale della patologia 	<p>GOAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitare esami e terapie inutili • Evitare ricoveri inutili • Care giver informati ed preparati alla fase finale della patologia