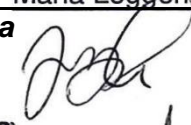
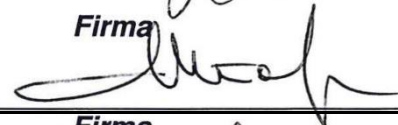
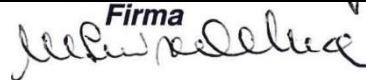
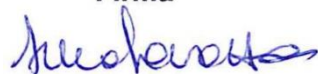





 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

<p><b>Redazione</b></p>	<p><b>Coordinatori metodologici:</b> Nunzia Siena (UO Governo Clinico e Sistema Qualità Azienda USL di Bologna) Martina Taglioni (SS Governo Clinico, Qualità, Formazione Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)</p> <p><b>GLAM</b> <b>Azienda USL di Bologna</b> <u>Responsabile clinico:</u> Mirco Vanelli Coralli (Resp Programma Cure Intermedie) <u>Responsabile assistenziale:</u> Claudia Passerini (CPSE UO Bent., Reno, Galliera)</p> <table border="0"> <tr> <td>Annapina Angelini</td> <td>UO PS e Medicina Urgenza OM</td> </tr> <tr> <td>Sandra Bergonzoni</td> <td>UO San Giovanni Pianura Ovest</td> </tr> <tr> <td>Maria Grazia Bertagni</td> <td>UASS Bologna</td> </tr> <tr> <td>Nicoletta Bonora</td> <td>UO Governo Clinico e Sistema Qualità</td> </tr> <tr> <td>Rosa Angela Ciarrocchi</td> <td>Resp. UASS Bologna</td> </tr> <tr> <td>Paola Ferrari</td> <td>U.O Centro EST</td> </tr> <tr> <td>Elisa Ferriani</td> <td>U.O.C. Psicologia Clinica Ospedaliera</td> </tr> <tr> <td>Simona Linarello</td> <td>Programma Cure Intermedie</td> </tr> <tr> <td>Marco Menchetti</td> <td>Dir. UO CSM Navile</td> </tr> <tr> <td>Fabrizio Moggia</td> <td>Resp. Processo Assist. Cure Palliative</td> </tr> <tr> <td>Nicoletta Pizzirani</td> <td>UO Bentivoglio, Reno, Galliera</td> </tr> <tr> <td>Michelangelo Stanzani Maserati</td> <td>IRCCS ISN - Direzione Scientifica</td> </tr> <tr> <td>Claudio Tacconi</td> <td>MMG</td> </tr> <tr> <td>Susanna Trombetti</td> <td>UO Governo Clinico e Sistema Qualità</td> </tr> <tr> <td>Danila Valenti</td> <td>Dir. UO Rete delle Cure Palliative</td> </tr> <tr> <td>Luca Vignatelli</td> <td>Ambulatorio neurologia Crevalcore</td> </tr> <tr> <td>Sabina Ziosi</td> <td>Resp. UASS Pianura Ovest</td> </tr> </table> <p><b>Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna</b> <u>Responsabile clinico:</u> Maria Lia Lunardelli (Dir. Geriatria Lunardelli) <u>Responsabile assistenziale:</u> Maria Rita Barnabé (Coordinatore assistenziale)</p> <table border="0"> <tr> <td>Stefania De Notariis</td> <td>Med.d'urg. e PS - Giostra</td> </tr> <tr> <td>Maria Guarino</td> <td>Resp.UO Neurologia AOU</td> </tr> <tr> <td>Maria Macchiarulo</td> <td>Geriatria – Lunardelli, referente CDCD</td> </tr> <tr> <td>Catleen Tiez</td> <td>Direzione sanitaria</td> </tr> </table> <p><b>Associazioni</b> ARAD Associazione Ricerca e Assistenza Demenze AMA Amarcord</p> <p align="right">Clelia D'Anastasio Maria Leggeri</p>	Annapina Angelini	UO PS e Medicina Urgenza OM	Sandra Bergonzoni	UO San Giovanni Pianura Ovest	Maria Grazia Bertagni	UASS Bologna	Nicoletta Bonora	UO Governo Clinico e Sistema Qualità	Rosa Angela Ciarrocchi	Resp. UASS Bologna	Paola Ferrari	U.O Centro EST	Elisa Ferriani	U.O.C. Psicologia Clinica Ospedaliera	Simona Linarello	Programma Cure Intermedie	Marco Menchetti	Dir. UO CSM Navile	Fabrizio Moggia	Resp. Processo Assist. Cure Palliative	Nicoletta Pizzirani	UO Bentivoglio, Reno, Galliera	Michelangelo Stanzani Maserati	IRCCS ISN - Direzione Scientifica	Claudio Tacconi	MMG	Susanna Trombetti	UO Governo Clinico e Sistema Qualità	Danila Valenti	Dir. UO Rete delle Cure Palliative	Luca Vignatelli	Ambulatorio neurologia Crevalcore	Sabina Ziosi	Resp. UASS Pianura Ovest	Stefania De Notariis	Med.d'urg. e PS - Giostra	Maria Guarino	Resp.UO Neurologia AOU	Maria Macchiarulo	Geriatria – Lunardelli, referente CDCD	Catleen Tiez	Direzione sanitaria
Annapina Angelini	UO PS e Medicina Urgenza OM																																										
Sandra Bergonzoni	UO San Giovanni Pianura Ovest																																										
Maria Grazia Bertagni	UASS Bologna																																										
Nicoletta Bonora	UO Governo Clinico e Sistema Qualità																																										
Rosa Angela Ciarrocchi	Resp. UASS Bologna																																										
Paola Ferrari	U.O Centro EST																																										
Elisa Ferriani	U.O.C. Psicologia Clinica Ospedaliera																																										
Simona Linarello	Programma Cure Intermedie																																										
Marco Menchetti	Dir. UO CSM Navile																																										
Fabrizio Moggia	Resp. Processo Assist. Cure Palliative																																										
Nicoletta Pizzirani	UO Bentivoglio, Reno, Galliera																																										
Michelangelo Stanzani Maserati	IRCCS ISN - Direzione Scientifica																																										
Claudio Tacconi	MMG																																										
Susanna Trombetti	UO Governo Clinico e Sistema Qualità																																										
Danila Valenti	Dir. UO Rete delle Cure Palliative																																										
Luca Vignatelli	Ambulatorio neurologia Crevalcore																																										
Sabina Ziosi	Resp. UASS Pianura Ovest																																										
Stefania De Notariis	Med.d'urg. e PS - Giostra																																										
Maria Guarino	Resp.UO Neurologia AOU																																										
Maria Macchiarulo	Geriatria – Lunardelli, referente CDCD																																										
Catleen Tiez	Direzione sanitaria																																										
<p><b>Verifica</b></p>	<p><b>Carlo Descovich</b> Direttore UO Governo Clinico e Sistema Qualità Azienda USL di Bologna</p> <p><b>Martina Taglioni</b> Responsabile SS Governo Clinico Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p> <p align="right"><i>Firma</i> </p> <p align="right"><i>Firma</i> </p>																																										
<p><b>Approvazione</b></p>	<p><b>Maria Luisa De Luca</b> Direttore Sanitario Azienda USL di Bologna</p> <p align="right"><i>Firma</i> </p> <p><b>Luca Lavazza</b> Direttore Sanitario Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna</p> <p align="right"><i>Firma</i> </p>																																										

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna  Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	<b>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</b> 
<b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b>	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale  <b>PDTAI 012</b>

### Elenco Allegati

Allegato N°	Titolo dell'Allegato	Codice
1	Test GPCog	All.1-PDTAI-012-AUSLBO/AOUBO
2	I dieci sintomi di allarme per la malattia di Alzheimer	All.2-PDTAI-012-AUSLBO/AOUBO
3	Rete dei CDCD del territorio AUSL di Bologna	All.3-PDTAI-012-AUSLBO/AOUBO
4	Procedure per l'integrazione tra CSM-CDCD	All.4-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
5	Scheda sintetica per accesso per MMG	All.5-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
6	La gestione delle urgenze del paziente con deterioramento cognitivo in pronto soccorso	All.6-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
7	Riferimenti servizi sociali per PS	All.7-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
8	Modulo per richiesta di mediatore culturale	All.8-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
9	Consenso al trattamento di dati sensibili	All.9-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
10	Competenze e ruolo dell'infermiere del CDCD	All.10-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
11	Modalità di prenotazione visite ed esami	All.11-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
12	Indicazioni per la comunicazione della diagnosi	All.12-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
13	Sportello Amministratore di sostegno Progetto SOSTengo	All.13-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
14	Associazioni di persone con demenza	All.14-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
15	Disposizioni anticipate di trattamento	All.15-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
16	Caffè Alzheimer del territorio dell'AUSL di Bologna	All.16-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
17	Centro di Incontro Margherita (Sostegno a persone con disturbi di memoria e care giver)	All.17-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
18	Terapia farmacologica dei B.P.S.D.	All.18-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
19	Dichiarazione di consenso informato al trattamento con farmaci (Autorizzati con diversa indicazione)	All.19-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
20	Interventi psicologici e neuropsicologici nel paziente con Disturbo Neurocognitivo e nel suo familiare / care giver	All.20-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
21	Modalità attivazione dei Servizi Sociali e dell'UVM	All.21-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
22	Modulo di richiesta attivazione cure palliative	All.22-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
23	Modalità di presa in carico cure palliative	All.23-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
24	Key Intervention	All.24-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
25	Piano di Implementazione	All.25-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
26	Indicatori	All.26-PDTA012-AUSLBO/AOUBO
27	Allegato COVID-19	All.27-PDTA012-AUSLBO/AOUBO

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna  Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	<b>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</b>  <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna
<b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b>	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale <b>PDTAI 012</b>

## Sommario

1.	Definizioni e Abbreviazioni .....	3
2.	Premessa.....	4
3	Riferimenti normativi, bibliografici e documentali .....	5
4	Descrizione del Percorso .....	6
4.1	Fase 1 – Accesso.....	7
4.2	Fase 2 – Diagnosi di I e II livello .....	11
4.3	Fase 3 – Trattamento farmacologico, interventi psicosociali e follow up .....	16
4.4	Fase 4 – Fase avanzata di malattia e Cure Palliative .....	22
4.5	Fase 5 – Gestione Urgenze.....	24
5.	Diffusione .....	27
6.	Implementazione .....	27
7.	Monitoraggio .....	27
8.	Pianificazione delle revisioni.....	27

## 1. Definizioni e Abbreviazioni

Abbreviazioni	
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AOU BO	Azienda Ospedaliera Universitaria Bologna
AUSL BO	Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia,
CAAD	Centri per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico
CDCD	Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze
CDRs	Clinical Dementia Rating scale
CRA	Casa Residenza per Anziani
CSM	Centro di Salute Mentale
CUP	Centro Unificato di Prenotazione
DS	Day Service
FAST	Functional Assesment STaging
FU	Follow Up
GDS	Geriatric Depression Scale
IDC	Infermiere Ddi Continuità
MCI	Mild Cognitive Impairment
MMG	Medico di Medicina Generale
MMSE	Mini-Mental State Examination
PCC	Pianificazione Condivisa delle Cure
OB	Ospedale Bellaria
OM	Ospedale Maggiore
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PAI	Piano Aassistenziale Individuale
SDO	Scheda Dimissione Ospedaliera
SOLE	Sanità On LinE
TCI	Team cure intermedie
TMD	Team Multi Disciplinare
UCLA-NPI	University of California, Los Angeles, NeuroPsychiatric Inventory
UASS	Unità delle Attività Socio-Sanitarie
UVM	Unità di valutazione Multidimensionale

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

## 2. Premessa

Nello scenario demografico attuale della AUSL di Bologna la demenza rappresenterà sempre di più una vera emergenza sanitaria, soprattutto per le profonde ripercussioni che essa determina a livello sociale, in un contesto dove sono in progressivo incremento gli anziani che vivono in condizioni di difficoltà economica e con reti familiari e sociali quanto meno fragili.

L'esigenza di gestire il problema demenza nella sua globalità rappresenta dunque il rationale della stesura di un PDTA che fornisca linee operative chiare e percorsi clinico-assistenziali facilmente fruibili, a partire dalla diagnosi fino alla gestione delle fasi avanzate della malattia.

Obiettivi del PDTA:

- Garantire uniformità di accesso alla rete dei CDCD della AUSL e AOU di Bologna a tutti i cittadini, nella consapevolezza che al momento sono ancora presenti delle differenti modalità organizzative.
- Migliorare l'accesso al percorso, al fine di limitare i ritardi nella diagnosi, definendo con chiarezza i criteri di invio e le modalità di accesso ai centri specialistici.
- Garantire l'integrazione tra le diverse figure coinvolte nella rete dei servizi al fine di favorire la continuità assistenziale.

### 2.1 - Criteri di inclusione dei pazienti nel percorso

Sono inclusi nel percorso:



- Persone con sospetto deterioramento cognitivo
- Persone con disturbo soggettivo /MCI
- Persone con diagnosi di demenza

Il percorso non è rivolto alle persone con necessità di valutazione ai soli fini certificativi d'invalidità civile.

### 2.2. - Dati epidemiologici della patologia/quadro clinico

La demenza è una sindrome progressivamente invalidante caratterizzata da sintomi cognitivi e disturbi del carattere e/o del comportamento che determinano significative ripercussioni sulla autonomia funzionale dell'individuo, fino a causare una totale perdita di autonomia nelle fasi avanzate di malattia. Rappresenta la quarta causa di morte negli anziani e riconosce nel progressivo invecchiamento della popolazione un fattore di rischio importante.



- ❖ Nel mondo si stimano attualmente quasi 50 milioni di persone affette da demenza, numero destinato nel tempo a crescere fino ad una previsione di 130 milioni di persone ammalate nel 2050. Si stima una incidenza annua mondiale di 7.7 milioni di nuovi casi, con una attesa di sopravvivenza media dopo la diagnosi di 4-8 anni.
- ❖ In Italia, il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in circa 1.241.000 persone (la malattia di Alzheimer rappresenta il 50-60% delle demenze) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

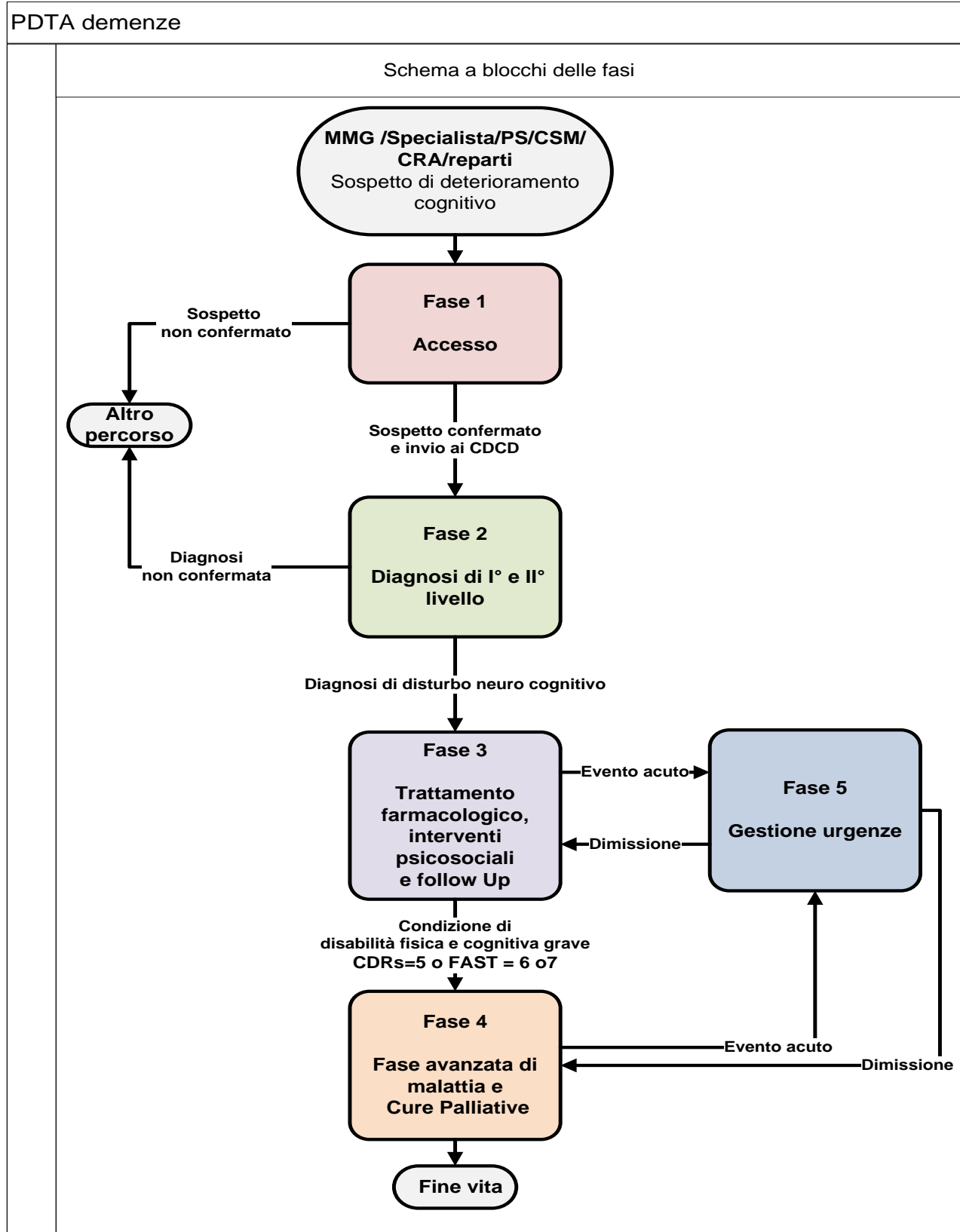
❖ Gli ultrasessantacinquenni compongono il 25% della popolazione complessiva della AUSL di Bologna (879.504 abitanti). La demenza colpisce il 5.4% degli ultrasessantacinquenni. L'incidenza e la prevalenza aumentano progressivamente con l'invecchiamento della popolazione. Secondo gli ultimi flussi informativi analizzati in Regione Emilia Romagna (pubblicati nel 2018) risultano assistite 72.201 persone con demenza, di cui 70.479 con età superiore ai 65 anni.



### 3 Riferimenti normativi, bibliografici e documentali

- *Indicazioni per i servizi della rete nella cura delle persone con demenza e il sostegno ai familiari Regione Emilia-Romagna.* In: Aggiornamento del progetto regionale demenze (DGR 2581/99) e recepimento del "Piano Nazionale Demenze" – DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 GIUGNO 2016, N. 990
- DGR n. 159/2019. Recepimento "*Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze*" e "*Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze*". <http://bur.regione.emilia-romagna.it/dettaglio-inserzione?i=bb8cdb61bd704e75b2ab0f86edd0e96f>
- National Institute for Clinical Excellence. NICE guideline [NG97]. *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers.* Published date: June 2018.
- DPCM 12 Gennaio 2017 – Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

#### 4 Descrizione del Percorso



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

#### 4.1 Fase 1 – Accesso

##### Criteri di ingresso nella Fase:

- Paziente con sospetto deterioramento cognitivo dal MMG, CRA, CSM, specialista ambulatoriale/ospedaliero o medico di PS

##### Criteri di uscita dalla Fase

- Sospetto di demenza confermato e invio al CDCD
- Sospetto non confermato (altro percorso)

##### Descrizione del processo

###### **A) Accesso da MMG /CRA/Specialista ambulatoriale:**

Quando il MMG/medico della CRA/specialista ambulatoriale ha un sospetto di deterioramento cognitivo, valuta se il paziente presenta almeno uno dei segni e sintomi di allarme. La valutazione anamnestica viene supportata, se necessario, dal TEST Gp-Cog (Allegato 1).

Segni e sintomi di allarme della malattia di Alzheimer (tradotti e modificati da Alzheimer Association): (Allegato 2)

1. Perdita di memoria
2. Difficoltà nello svolgere le normali attività domestiche e familiari
3. Disturbi del linguaggio
4. Disorientamento spazio-temporale
5. Difficoltà di giudizio
6. Difficoltà di ragionamento astratto
7. Mutamenti di umore o di comportamento
8. Collocare oggetti in luoghi errati
9. Cambiamento di personalità
10. Perdita di iniziativa

- ❖ Se l'esito della valutazione, attraverso l'anamnesi, eventualmente integrata da Gp Cog, è di normalità, il medico effettua un monitoraggio periodico dei segni e sintomi.
- ❖ In caso di sospetto deterioramento cognitivo, anche lieve, il medico indirizza il paziente ad un Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) (Allegato 3).

Il paziente è indirizzato in prima battuta al CDCD neurologico in presenza di un disturbo cognitivo associato ad altri sintomi/segni neurologici che orientano verso:

- un quadro neurologico complesso,
- un esordio precoce o atipico o a rapida progressione.

In assenza di tali caratteristiche il paziente è indirizzato ad uno dei CDCD descritti nell'Allegato 3.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

### Modalità di prescrizione

Il medico inviante prescrive:

1. una "Valutazione Multidimensionale Geriatrica d'equipe" (cod SOLE 1989.001) per CDCD geriatrico
2. una "Visita neurologica" (codice SOLE 0865.001) per il CDCD neurologico

È necessario indicare il quesito diagnostico "deterioramento cognitivo" o "disturbo cognitivo". È preferibile usare il codice 438.0 nel campo "quesito diagnostico" e aggiungere "Inviare al CDCD".

### Modalità di prenotazione

Per tutti i CDCD della AUSL di Bologna l'accesso è attraverso prenotazione telefonica. Al CDCD NeuroMet si accede tramite prenotazione diretta al poliambulatorio di Via Albertoni. Al CDCD AOU si accede tramite prenotazione CUP. Il CUP fornisce le informazioni necessarie per l'accesso a tutti i CDCD (Allegato 3)

### Documentazione da allegare alla prescrizione

Il MMG/medico CRA/Specialista ambulatoriale rilascia una relazione con elementi informativi utili per il CDCD:

- Co-morbilità presenti
- Terapie in atto
- Referti di esami ematochimici per escludere altre patologie (emocromo, creatinina, elettroliti sodio/potassio, glicemia, protidemia con elettroforesi, esame urine, folati, vit B12, TSH reflex, funzione epatica GOT/GPT, TPHA, omocisteina)
- Eventuali referti radiologici recenti

Se il medico inviante è uno psichiatra del CSM, vista l'elevata prevalenza di disturbi affettivi, psicotici e comportamentali nelle persone con deterioramento cognitivo e il considerevole rischio di demenza, molto superiore a quello della popolazione generale, fra i pazienti con disturbi mentali gravi e persistenti, sono state individuate e dettagliate delle specifiche modalità di interazione tra i CDCD e i CSM (Allegato 4)

### Tempi previsti per la prima visita

La richiesta di prima valutazione presso un CDCD deve riportare la priorità (P) o (D) a meno che non sussistano criteri di priorità breve "B" (10 gg):

- rapidità della progressione del disturbo cognitivo
- significativa gravità del disturbo del comportamento.

Le indicazioni per l'accesso al percorso da parte del MMG sono riportate nella scheda sintetica che è pubblicata sul sito internet dell'azienda USL di Bologna (Allegato 5)

### **B) Accesso da PS/reparto ospedaliero:**

Quando un paziente accede in PS o è ricoverato con un sospetto di deterioramento cognitivo in assenza di diagnosi di demenza, il medico di PS/reparto valuta se il disturbo è transitorio secondario a:

- causa organica (ad es. delirium)



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

- causa psichiatrica (psicosi acuta).

Sia in Reparto che in PS il medico, può avvalersi della consulenza neurologica, psichiatrica, geriatrica quando disponibile in Azienda. L'iter diagnostico per escludere le cause secondarie è descritto in dettaglio nell'Allegato 6.

Se sono stati esclusi delirium e malattia psichiatrica come causa dei disturbi del comportamento, è inappropriato il ricovero ospedaliero salvo alcune condizioni specifiche:

- casi complessi di demenza con esordio atipico (neurologia)
- insorgenza acuta con rapida evoluzione dei sintomi (neurologia)
- condizione medica appropriata per il ricovero ospedaliero (geriatria)
- condizione chirurgica appropriata per il ricovero ospedaliero (chirurgia)

### 1) Invio al CDCD da PS/reparto di paziente con sospetto deterioramento cognitivo

Per i pazienti con confermato sospetto deterioramento cognitivo che possono essere dimessi al domicilio il medico PS o di reparto prescrive:

- una “*Valutazione Multidimensionale Geriatrica d'equipe*” per CDCD geriatrico
- una “*Visita neurologica*” per il CDCD neurologico (secondo criteri descritti in precedenza)

In caso di dimissione da reparto il medico ospedaliero indica nella SDO la demenza come seconda diagnosi, valorizzando in prima diagnosi la comorbidità clinica che ha determinato il ricovero ospedaliero.

### 2) Invio al CDCD da PS/reparto di paziente con disturbi del comportamento

Dal PS Ospedale Maggiore di Bologna è possibile prenotare su agende elettroniche dedicate la valutazione c/o i CDCD Byron e Appennino.




Dal PS AOU è possibile prenotare su posti dedicati la valutazione c/o CDCD AOU

Per tutti gli altri casi il medico di PS/reparto (se necessario previo contatto telefonico con il CDCD) predisporre una richiesta ordinaria o prioritaria “B” con la quale il care giver contatta telefonicamente i centri specialistici per ottenere l'appuntamento.

### 3) Attivazione dei servizi socio-sanitari da PS

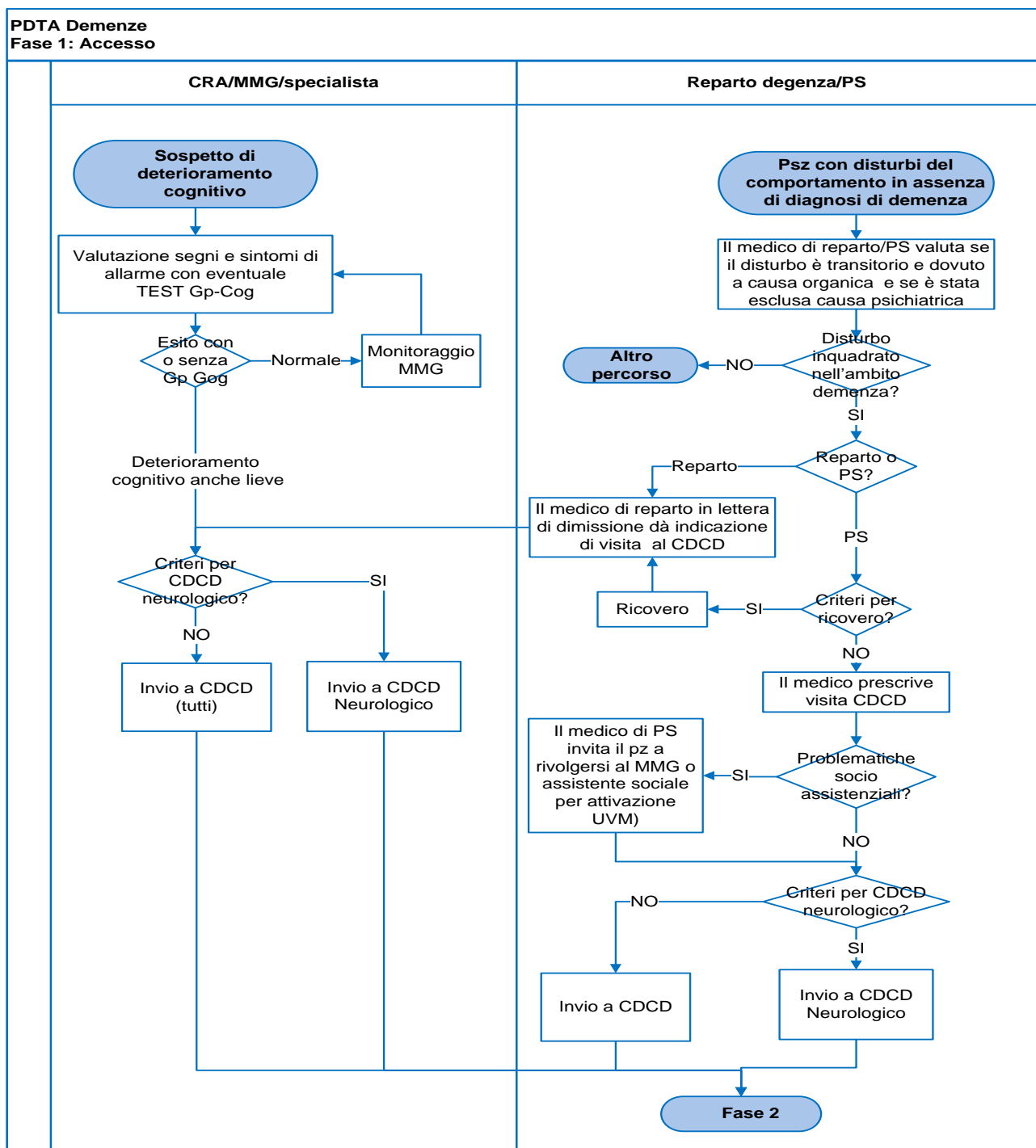
Se il paziente presenta problematiche socio-assistenziali (persona sola, difficoltà assistenziali del care giver), il medico di PS attiva i servizi sociali per le valutazioni assistenziali del caso (Allegato 7). Il medico di PS contatta il referente UASS distrettuale per l'attivazione di percorsi di dimissione protetta ed eventuali interventi socio-assistenziali urgenti ad esclusione del Distretto Città di Bologna per il quale si fa riferimento alle indicazioni sotto riportate.

E' possibile presso l'ospedale Maggiore di Bologna attivare, anche per questi pazienti, un percorso di mantenimento della domiciliarità attraverso le infermiere di continuità (IDC) presso i letti OBI- PS e Medicina di Urgenza. Il rientro a domicilio prevede la possibilità di accesso diretto ai servizi della rete socio-sanitaria territoriale dopo valutazione multidisciplinare da parte dell'IDC/Assistente

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna  Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	<b>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</b>  <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
<b>PDTAI del paziente affetto da demenza</b>	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale  <b>PDTAI 012</b>

Sociale (AS), Medico di PS e il coinvolgimento eventuale del Geriatra del Team Cure Intermedie (TCI). La valutazione dovrà prevedere il coinvolgimento attivo dei famigliari e/o care giver secondo quanto definito nel progetto *“Mantenimento della domiciliarità nei pazienti che accedono al PS Ospedale Maggiore di Bologna”*.

### Diagramma di flusso



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

## 4.2 Fase 2 – Diagnosi di I e II livello

### Criteri di ingresso nella Fase

- Sospetto confermato e invio ai CDCD (da Fase 1)

### Criteri di uscita dalla Fase

- Diagnosi di disturbo neuro-cognitivo
- Diagnosi non confermata

### Descrizione del processo

Il paziente accede al CDCD previa prenotazione CUP o tramite prenotazione telefonica per accesso, come descritto in fase 1.

In AUSL di Bologna al momento della prenotazione dell'appuntamento di un paziente che non parla né comprende la lingua italiana, il CDCD può richiedere la presenza del mediatore culturale.

La richiesta di mediazione, su apposito modulo (Allegato 8), deve essere inviata, tramite e-mail previa telefonata ai riferimenti riportati in allegato per verificare la disponibilità.

A mediazione avvenuta, deve essere compilata, a cura dell'operatore presente, anche la seconda parte del modulo di richiesta, riportando il nominativo del mediatore, l'orario effettivo di inizio e fine mediazione e la firma.

In AOU se l'accesso è tramite CUP, viene effettuata una prima valutazione con il familiare (anamnesi ed i test ADL IADL NPI) e si programma per la parte cognitiva da eseguire con il paziente una seconda visita prevedendo la presenza presso il CDCD di un mediatore/interprete con le stesse modalità previste per AUSL BO (Allegato 8)

### Accoglienza infermieristica

L'infermiere raccoglie le informazioni socio-assistenziali del paziente e del care giver quando presente, consegna l'informativa privacy, raccoglie il consenso alla comunicazione dei dati del paziente al care giver (Allegato 9). L'infermiere del CDCD deve possedere competenze specifiche come indicato dalla DGR 990-2016, Le competenze e il ruolo dell'infermiere sono riportate nell'Allegato 10.

### Valutazione medica

La prima valutazione medica prevede:

- Apertura scheda informatizzata
- Anamnesi familiare
- Raccolta di informazioni generali e anamnesi sociale
- Anamnesi farmacologica (ricognizione)
- Anamnesi patologica di carattere generale con valutazione delle comorbidità
- Presa visione dei referti relativi ad accertamenti diagnostici già eseguiti
- Anamnesi cognitiva ed affettivo-comportamentale
- Esame obiettivo generale e neurologico

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p>
<p style="text-align: center;"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p style="text-align: center;">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p style="text-align: center;"><b>PDTAI 012</b></p>

### Valutazione diagnostica di primo livello

In occasione della prima visita sono eseguiti test multidimensionali (minimum data set regionale) e prescritti esami di approfondimento:

- Esami ematici (se non disponibili o ad integrazione di quelli già eseguiti)
- TC cerebrale senza mdc (come da Linea guida n. 19/2010-2013, Sistema Nazionale Linee Guida)
- Valutazione cognitiva: Mini Mental State Examination (taratura di Magni et al, 1996). Eventuale integrazione con Test dell'orologio.
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA Conti Laiacona 2015), opzionale
- Valutazione funzionale:
  - attività basali della vita quotidiana ADL di Katz punteggio 0-6
  - attività strumentali della vita quotidiana IADL di Lawton punteggio 0-5 per i maschi e 0-8 per le femmine.
- Valutazione affettivo-comportamentale: GDS (Geriatric Depression Scale) e/o UCLA-NPI (inventario neuropsichiatrico). Strumenti di approfondimento opzionali.
- Definizione della diagnosi e del livello di gravità di malattia (CDRs). Ad ogni successiva visita di follow up il medico del CDCD riporta sul referto lo stadio della malattia secondo la CDRs come da indicazione regionale.
- Consulenza psichiatrica in caso di comorbidità psichiatrica. (Allegato 4)

Le modalità di richiesta/prenotazione degli esami/visite descritte sono riportate nell'Allegato 11, mentre i test sono eseguiti al momento della visita



**Non escludere la diagnosi di demenza solo perché il punteggio ad un test cognitivo è nella norma.**

Se a seguito della valutazione complessiva emergono forme ad esordio precoce, atipiche e neurologiche complesse, il paziente è inviato, tramite prenotazione di visita neurologica su agende dedicate, al CDCD neurologico.

In forme cliniche particolarmente gravi a rapida progressione il geriatra richiede una consulenza telefonica al CDCD neurologico per definire l'opportunità di un ricovero diretto in ambiente neurologico.

Se a seguito della valutazione di primo livello è confermata la presenza di un disturbo neurocognitivo maggiore (che non rientra nel caso precedente), il medico del CDCD conferma la diagnosi e ne dà comunicazione al paziente e/o persona autorizzata. Se necessario il geriatra richiede l'intervento dello psicologo e in ogni caso mette in atto le raccomandazioni della DGR990/16 (Allegato 12)

In caso di necessità di caratterizzare meglio il disturbo cognitivo il geriatra/neurologo prescrive e prenota esami di approfondimento di secondo livello con le modalità indicate nell'allegato (Allegato 11)

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>
<p style="text-align: center;"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p style="text-align: center;">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p style="text-align: center;"><b>PDTAI 012</b></p>

### Valutazione diagnostica di secondo livello

Gli esami di secondo livello previsti sono:

- Valutazione neuropsicologica: è richiesta nei seguenti casi
  - casi di difficile inquadramento clinico – anamnestico e strumentale (es all'interno di un percorso di diagnosi differenziale o monitoraggio nel tempo della funzionalità cognitiva).
  - forme iniziali (MMSE superiore a 23)
  - casi ad esordio presenile

Contempla il colloquio neuropsicologico e la somministrazione di batterie testistiche standardizzate e validate per questa specifica popolazione (criteri età e scolarità). Rispetto alla testistica utilizzata, si possono seguire le LLGG della Regione Emilia Romagna: **“Strumenti per la valutazione del paziente con demenza”** (2000), **“Linee guida della Regione Emilia Romagna per la diagnosi e la valutazione del paziente affetti da demenza”** (2000). Principalmente sono indicate le seguenti batterie:

- Mental Deterioration Battery (B.D.M)
- Brief Mental Deterioration Battery (B.B.D.M)
- Esame neuropsicologico breve (ENB)
- Ulteriori test / batterie testistiche neuropsicologiche mirate sono prese in considerazione in base al profilo cognitivo del paziente

Alla valutazione segue un referto che delinea in maniera esaustiva le abilità cognitive deficitarie, le abilità residue, il legame con lo stato emotivo e la ricaduta delle difficoltà cognitive sul funzionamento quotidiano.

- RM cerebrale ad eventuale integrazione di TC cerebrale senza mdc (forme vascolari o forme espansive)
- Neuroimaging funzionale PET cerebrale con FDG in casi selezionati
  - diagnosi precoce di malattia neurodegenerativa in soggetti MCI (in soggetti di età <80)
  - diagnosi differenziale tra AD ed altre demenze.
- Visita neurologica e EEG nel sospetto di crisi epilettiche.

**La diagnostica differenziale neurologica di secondo livello nel CDCD neurologico prevede:**

- PET cerebrale con tracciante per amiloide
- Spettroscopia di RM
- Dosaggio liquorale dei biomarcatori di neurodegenerazione presso Bellaria (IRCSS)
- Esame genetico presso Bellaria (IRCSS)

Le modalità di prenotazione sono specificate nell'Allegato 11.

### **Conclusioni diagnostiche di secondo livello**

Se gli approfondimenti diagnostici orientano per un disturbo neurocognitivo minore il medico prescrive un follow up annuale e fornisce indicazioni su prevenzione e stili di vita.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>
<p><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p><b>PDTAI 012</b></p>

Se gli approfondimenti diagnostici orientano per un disturbo neurocognitivo maggiore il medico conferma la diagnosi e ne dà comunicazione al paziente e/o persona autorizzata. Se necessario richiede l'intervento dello psicologo e in ogni caso mette in atto le raccomandazioni della DGR990/16 (Allegato 12).

Al momento della conferma della diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore, sono fornite al paziente indicazioni per l'attivazione di benefici di legge e orientamento ai servizi di supporto:

- attivazione dei benefici di legge 104
- indennità di accompagnamento
- assistente sociale per amministrazione di sostegno o attivazione di progetto di cura. L'amministratore di sostegno è la figura prevista dal codice civile nel caso in cui una persona, per effetto di menomazione fisica o d' infermità o menomazione psichica, si trovi nell'impossibilità anche temporanea, di provvedere ai propri interessi. Pertanto se presenti tali caratteristiche la persona può essere orientata a:
  - contattare i Servizi Sociali Territoriali, se già in carico. L'assistente Sociale Responsabile del caso provvederà ad avviare le pratiche per la richiesta di AdS.
  - contattare gli sportelli del progetto sovra distrettuale SOSTengo, se non in carico ai Servizi Sociali Territoriali: (Allegato 13)
- Invio ad Associazioni (Allegato 14)
- Informazioni per disposizioni anticipate di trattamento (Allegato 15)
- Attivazione dei servizi e delle opportunità presenti sul territorio (Allegati 16 e 17)

Al termine dell'iter diagnostico il geriatra/neurologo del CDCD certifica l'esenzione per patologia (029 malattia di Alzheimer – 011 altre forme di demenza) anche se il paziente ha già una esenzione per età/reddito o per altre patologie croniche.

### Codici di esenzione per persone affette da demenza

290.0	DEMENZA SENILE, NON COMPLICATA	011.290.0	DEMENZE
290.1	DEMENZA PRESENILE	011.290.1	DEMENZE
290.2	DEMENZA SENILE, CON ASPETTI DELIRANTI O DEPRESSIVI	011.290.2	DEMENZE
290.4	DEMENZA ARTERIOSCLEROTICA	011.290.4	DEMENZE
331.0	MALATTIA DI ALZHEIMER	029.331.0	MALATTIA DI ALZHEIMER

Se a seguito della valutazione non emergono disturbi cognitivi il paziente è indirizzato ad altro percorso da definirsi caso per caso.



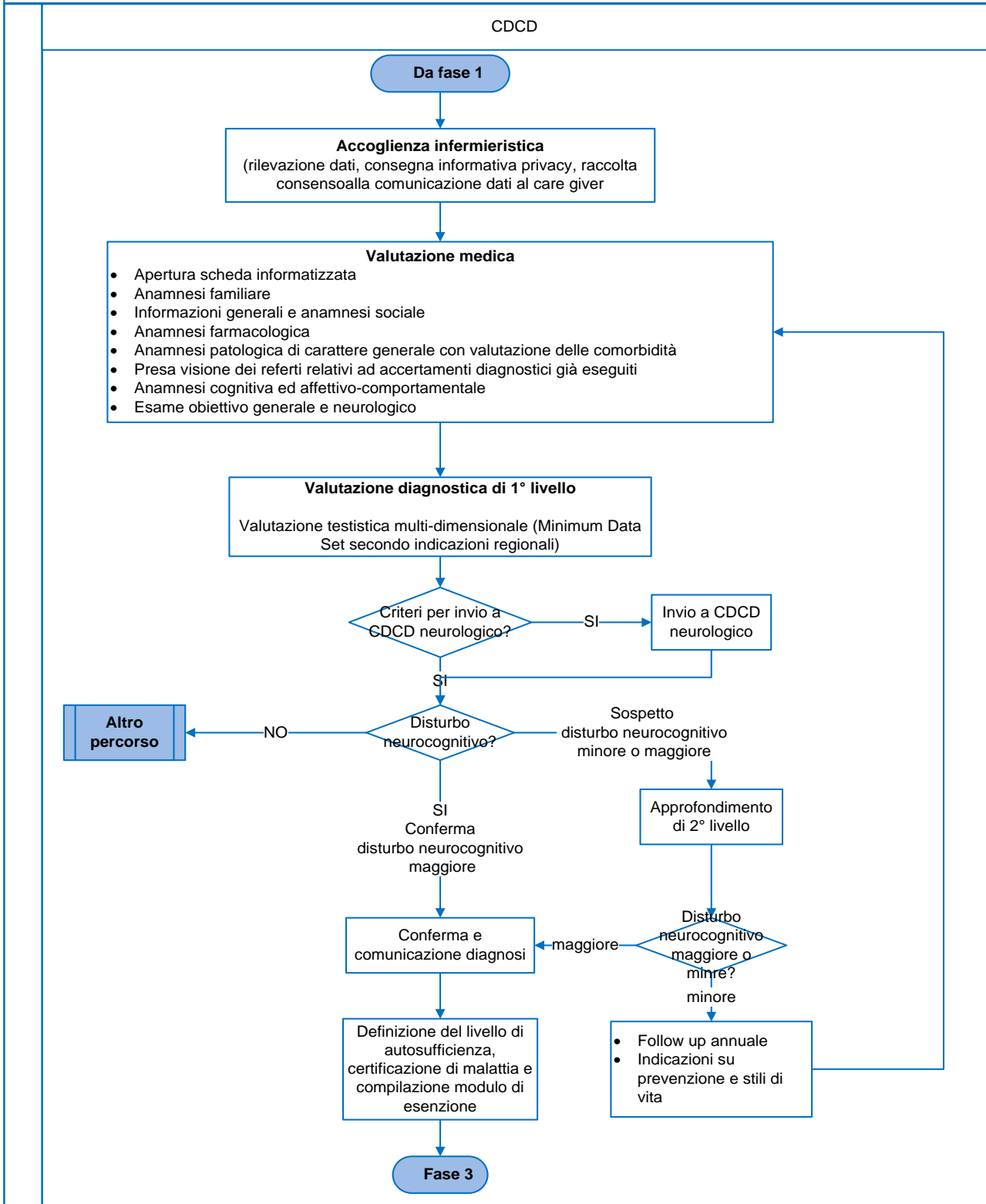
# PDTAI del paziente affetto da demenza



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale  
Interaziendale

PDTAI 012

## Diagramma di flusso

PDTA Demenze  
Fase 2: Diagnosi di I e II livello



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

### 4.3 Fase 3 – Trattamento farmacologico, interventi psicosociali e follow up

#### Criteri di ingresso nella Fase

- Diagnosi di disturbo neurocognitivo (da fase 2)
- Dimissione post evento acuto

#### Criteri di uscita dalla Fase

- Condizione di disabilità fisica e cognitiva grave: CDRs=5 o FAST = 6 o7 (in fase 4)
- Evento acuto (in fase 5)

#### Descrizione del processo

Il trattamento dei pazienti con diagnosi di demenza prevede parallelamente interventi di tipo farmacologico e non farmacologico

#### Trattamento farmacologico

Il tipo di trattamento farmacologico dipende dal disturbo diagnosticato.

#### Terapia sintomatica cognitiva



In caso di *disturbo cognitivo* il medico, in assenza di controindicazioni, prescrive farmaci inibitori dell'acetilcolinesterasi o memantina secondo le indicazioni della nota AIFA 85

<p><b>Inibitori dell'acetilcolinesterasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– donepezil</li> <li>– galantamina</li> <li>– rivastigmina</li> </ul> <p>– memantina</p>	<p>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) individuate dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, è limitata ai pazienti con malattia di Alzheimer di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 (donepezil, rivastigmina, galantamina) o moderato, con MMSE tra 10 e 20 (donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina).</p> <p>Alle UVA è affidato il compito di effettuare o, eventualmente, confermare una diagnosi precedente e di stabilire il grado di severità in accordo alla scala MMSE.</p> <p>Il piano terapeutico deve essere formulato sulla base della diagnosi iniziale di probabile demenza di Alzheimer di grado lieve-moderato.</p> <p>La risposta clinica dovrà essere monitorata ad intervalli regolari dall'inizio della terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a 1 mese, per la valutazione degli effetti collaterali e per l'aggiustamento del piano terapeutico;</li> <li>• a 3 mesi, per una prima valutazione della risposta e per il monitoraggio della tollerabilità; la rimborsabilità del trattamento oltre i tre mesi deve basarsi sul non peggioramento dello stato cognitivo del paziente valutato tramite MMSE ed esame clinico;</li> <li>• ogni 6 mesi per successive valutazioni della risposta e della tollerabilità.</li> </ul>
---	---

#### Terapia sintomatica dei disturbi del comportamento (B.P.S.D.)

In casi di *BPSD* il medico valuta l'indicazione alla terapia psicofarmacologica secondo criteri di appropriatezza clinica. (Allegato 18). Qualora sia appropriato prescrivere neurolettici di seconda generazione è previsto il consenso informato del paziente (Allegato 19)



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>
<p style="text-align: center;"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p style="text-align: center;">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p style="text-align: center;"><b>PDTAI 012</b></p>

## Trattamento non farmacologico

### Gli interventi psicosociali

- rappresentano il cardine della continuità assistenziale
- si propongono di favorire la gestione complessiva della malattia e dei sintomi non cognitivi
- sono efficaci nel controllo dei disturbi comportamentali (agitazione, aggressività, irritabilità, disturbi del sonno, depressione) e rappresentano la prima linea di intervento.

### Tipologia degli interventi non farmacologici

- Interventi neuropsicologici (Allegato 20): stimolazione cognitiva
- Interventi psicologici (Allegato 20)
  - Interventi psicologici per pazienti e familiari/ care giver
  - Gruppi psico-educativi, di sostegno e auto aiuto rivolti ai familiari o altri care giver (formazione del care giver);
- Servizi a bassa soglia: Cafè Alzheimer e Meeting Centre (Allegati 16 e 17) in cui vengono svolti i principali interventi psicosociali (terapia occupazionale, interventi multisensoriali, musicoterapia, ecc.)

### Follow up e continuità assistenziale

I **CDCD**, una volta definita la diagnosi, continuano ad effettuare il monitoraggio della persona con demenza organizzando controlli periodici (follow-up) nei seguenti casi:

- a) quadri clinici complessi caratterizzati da comorbilità elevata, disturbi del comportamento in fase di scompenso;
- b) prescrizione di farmaci erogati con nota 85 (inibitori delle colinesterasi e memantina);
- c) prescrizione di piani terapeutici per neurolettici atipici;
- d) prescrizione ed inserimento in programmi di intervento psicosociale.

Negli altri casi (diagnosi definita, stabilizzazione del quadro clinico, sospensione di piano terapeutico per nota 85, sospensione di piano terapeutico per neurolettico atipico, progetto assistenziale definito) i CDCD riaffidano il paziente al MMG, garantendogli il supporto nei casi di urgenze legati ai disturbi del comportamento e/o di particolare complessità.

I CDCD hanno un ruolo strategico nell'offrire una attività informativa/formativa e psicoeducativa che consenta alla famiglia di conoscere e gestire l'evoluzione progressiva del disturbo neurocognitivo (Allegato 20). I programmi psico-educativi incentrati sulla informazione e formazione rivolti ai familiari/care giver, oltre che agli operatori dei servizi, consentono di prevenire e gestire i disturbi del comportamento (B.P.S.D.)

I CDCD offrono ai famigliari le informazioni necessarie per poter accedere alle attività presenti sul territorio:

- Associazioni dei famigliari e gruppi di auto-mutuo-aiuto (Allegato 14)
- Servizi a bassa soglia: Caffè Alzheimer e Meeting Center (Allegati 16 e 17)
- Accesso agli interventi psicologici e neuropsicologici (Allegato 20)

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>
<p style="text-align: center;"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p style="text-align: center;">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p style="text-align: center;"><b>PDTAI 012</b></p>

### Attivazione dei servizi sociali

Fin dal momento della comunicazione della diagnosi e della impostazione di una eventuale terapia sintomatica farmacologica, qualora emerga una fragilità sociale con conseguenti difficoltà assistenziali da parte del care giver, è raccomandabile informare preventivamente i servizi sociali di competenza territoriale.

Il supporto al paziente e al care giver si concretizza nel proporre e garantire l'accesso ai servizi e alle attività presenti sul territorio, con il coinvolgimento dei servizi sociali attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale (Allegato 21).

Con il progredire della malattia il paziente entra in una condizione di disabilità cognitiva e fisica severa (CDRs 3), la cui gestione assistenziale prevede un percorso integrato di valutazione multidimensionale da parte dei servizi sociali territoriali. Dal colloquio con i famigliari emergerà un ventaglio di offerta di inserimento nella rete dei servizi diversificato in base allo stadio evolutivo del disturbo neurocognitivo:

- **Servizi accreditati di supporto alla domiciliarità:** assegno di cura e servizio di assistenza domiciliare (assistenza domiciliare sociale e assistenza domiciliare integrata ADI)
- **Strutture semiresidenziali accreditate:** centri diurni, specializzati e non
- **Strutture residenziali accreditate:** casa residenza anziani (CRA)
- Ricovero temporaneo di sollievo in CRA con il coinvolgimento attivo del CDCD di riferimento territoriale

### **I Servizi di Assistenza Domiciliare**

I servizi sociali territoriali garantiscono, in collaborazione con le Aziende Sanitarie, interventi sociali e/o sanitari per il mantenimento della persona con demenza al domicilio ed il supporto alla famiglia. Tre sono le tipologie:

- **Assistenza domiciliare sociale:**  
Ha l'obiettivo di promuovere o mantenere le condizioni di vita indipendente presso il luogo di vita abituale, sostenendo l'autonomia e la libertà di scelta delle persone e ridurre quindi il ricorso a strutture e cure residenziali. Il servizio prevede lo svolgimento delle prestazioni di carattere socio-assistenziale relative ai seguenti ambiti:
  - Cura personale;
  - Supporto sociale nella vita quotidiana, nel mantenimento della propria indipendenza e nelle proprie relazioni;
  - Supporto nella gestione pratica della vita quotidiana.
- **Assistenza domiciliare integrata (ADI):**  
È un insieme coordinato di attività sanitarie, all'occorrenza integrate con interventi di natura socio-assistenziale, diretti a curare, riabilitare ed assistere la persona al domicilio, con integrazione al bisogno, di altre Unità Operative. L'ADI consta di 3 livelli (bassa, media, alta intensità assistenziale).
- **Centri per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD)**  
Il CAAD fornisce consulenza, sostegno e orientamento per superare gli ostacoli e le barriere architettoniche presenti nell'abitazione. Suggerisce la riorganizzazione degli spazi interni, studiando e proponendo idonee soluzioni per facilitare le azioni della vita quotidiana.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

### Centro Diurno per anziani non autosufficienti

È una struttura socio-sanitaria a carattere diurno destinata ad anziani con diverso grado di non autosufficienza, allo scopo di fornire un sostegno ed un aiuto all'anziano e contrastare l'isolamento e fornire supporto alla famiglia.

[http://informa.comune.bologna.it/iperbole/media/files/centri\\_diurni\\_specializzati\\_e\\_non\\_2018\\_agg\\_gen\\_18.pdf](http://informa.comune.bologna.it/iperbole/media/files/centri_diurni_specializzati_e_non_2018_agg_gen_18.pdf)

### Centro Diurno Specializzato

È un servizio semiresidenziale finalizzato al ricovero diurno a tempo determinato di persone con **diagnosi di demenza** e disturbi comportamentali (**BPSD**), definito dall'accreditamento socio-sanitario (DGR 214/2009 allegato DF), finalizzato a raggiungere gli obiettivi del PAI mirati alla riduzione e stabilizzazione dei disturbi comportamentali, al mantenimento e/o al recupero delle capacità conservate, al mantenimento e/o al recupero della socialità, alla razionalizzazione dell'intervento farmacologico e alla gestione della comorbidità.

[http://informa.comune.bologna.it/iperbole/media/files/centri\\_diurni\\_specializzati\\_e\\_non\\_2018\\_agg\\_gen\\_18.pdf](http://informa.comune.bologna.it/iperbole/media/files/centri_diurni_specializzati_e_non_2018_agg_gen_18.pdf)

### Casa Residenza per Anziani non autosufficienti (CRA)

È una struttura socio-sanitaria residenziale che accoglie, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti con bisogni assistenziali di diversa intensità (disturbi comportamentali, elevati bisogni sanitari con elevati bisogni assistenziali, disabilità severe e moderate). Le CRA del territorio della AUSL di Bologna accolgono persone affette da disturbi neurocognitivi di grado severo frequentemente associati a disturbi della sfera comportamentale.

I CDCD del territorio dell'AUSL di Bologna collaborano attivamente con le CRA e sono coinvolti in:

- Attività formative permanenti rivolte a medici, infermieri e OOSS delle CRA accreditate con l'obiettivo di migliorare la gestione non farmacologica dei BPSD.
- Percorsi di supporto geriatrico-clinico in merito alla gestione di problemi complessi degli anziani istituzionalizzati, compresi i B.P.S.D. di persone affette da disturbo neurocognitivo.

### Ricoveri temporanei in CRA

I CDCD, in integrazione con i servizi sociali territoriali e la UASS Distrettuale, possono proporre un inserimento temporaneo in CRA, previa UVM complessa, finalizzato sia al sollievo per la famiglia sia ad una puntualizzazione delle cure erogate. Il CDCD partecipa alla stesura del PAI in accordo con il medico di struttura e il personale infermieristico, fornisce un servizio di consulenza quando richiesto e definisce un percorso di dimissione personalizzato e progettato con la rete dei servizi e i familiari, assicurando e garantendo una continuità assistenziale sul territorio.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

**Ospedali di comunità – OdC**

I letti di cure intermedie possono rappresentare un'opportunità per gestire persone con demenza e disturbi comportamentali, non di gravità tale da richiedere un ricovero in Nucleo dedicato, e che necessitano di un monitoraggio assistenziale e terapeutico difficilmente proponibile al domicilio (**DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità**).

La terapia farmacologica è gestita in collaborazione e integrazione con il CDCD di riferimento territoriale che fornisce un supporto di tipo specialistico.

La valutazione in merito alla dimissione (rientro a domicilio con potenziamento della rete assistenziale, inserimento nella graduatoria distrettuale per eventuale ingresso definitivo in CRA, trasferimento diretto in struttura protetta) si effettua in collaborazione con i servizi sociali territoriali attraverso lo strumento della UVM.

**Cure palliative precoci**

L'implementazione dell'attività della Rete delle Cure Palliative precoci e simultanee ha i seguenti obiettivi:

- la PRESA in CARICO precoce dei Pazienti e delle loro Famiglie, insieme all'MMG, agli Specialisti Geriatri o Neurologi.
- l'accompagnamento dei malati e delle famiglie nel percorso di malattia
- la gestione dei sintomi disturbanti
- valutazione della qualità di vita (con la scala IPOS) nei pazienti presi in carico precocemente dalla Rete delle Cure Palliative. Pertanto non sono da intendersi come cure di fine vita, ma di approccio palliativo precoce ad un paziente anche in condizioni cliniche discrete e paucisintomatico, hanno lo scopo di rendere più consapevole il paziente, se possibile, e la famiglia sulla prognosi, sono una forma di sostegno ed aiuto nelle scelte terapeutiche e assistenziali al paziente, al familiare e al MMG o al medico specialista

Sono assistiti nell'ambito dell'Ambulatorio di Cure Palliative Precoci:

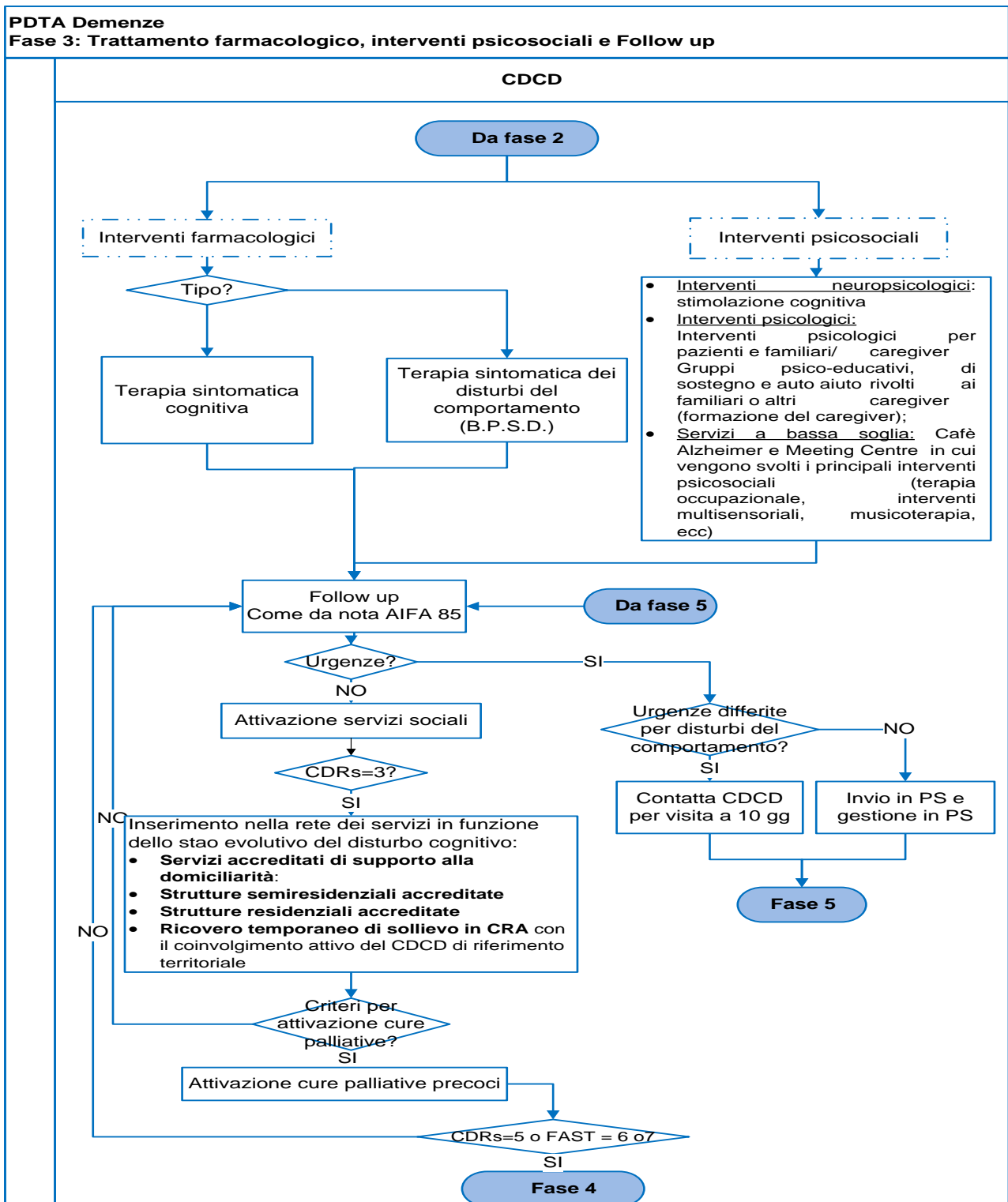
- Pazienti affetti da Demenza sintomatici o paucisintomatici e/o familiari che richiedono un supporto per la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)
- Pazienti affetti da Demenza sintomatici o paucisintomatici e/o familiari che, dopo valutazione multidisciplinare congiunta, si ritiene possano avere beneficio da una presa in carico globale di cure palliative
- Familiari in difficoltà nel percorso di accettazione della consapevolezza della prognosi del congiunto (non consapevolezza della progressione di malattia e della non efficacia dei trattamenti)
- Pazienti e/o familiari che necessitano di un supporto nella pianificazione del percorso di cura.

Il medico referente del CDCD, fin dal momento della diagnosi, può richiedere l'intervento delle Cure palliative. La segnalazione avviene inviando la richiesta tramite il modulo: Mod. 01-INT Allegato 3-P043AUSLBO (Allegato 22 del PDTA) al numero di fax: 0514966150 oppure digitalizzato via mail: [curepalliative.rete@ausl.bologna.it](mailto:curepalliative.rete@ausl.bologna.it)

La modalità di presa in carico delle cure palliative e l'organizzazione della rete sono descritte nell'Allegato 23

Quando il paziente è in una condizione di disabilità fisica e cognitiva grave che rappresenta lo stadio terminale della malattia (CDRs=5 o FAST = 6 o7) passa nella fase avanzata di malattia (fase 5).

**Diagramma di flusso**



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

#### 4.4 Fase 4 – Fase avanzata di malattia e Cure Palliative

##### Criteri di ingresso nella Fase

- Condizione di disabilità fisica e cognitiva grave: CDRs=5 o FAST = 6 o 7 (da fase 3)
- Dimissione post evento acuto

##### Criteri di uscita dalla Fase

- Evento acuto (fase 5)
- Fine vita

##### Descrizione del processo

Nella fase avanzata di malattia, così come indicato nei criteri di ingresso in questa fase, il paziente si presenta completamente dipendente nelle ADL e severamente compromesso sul versante cognitivo, tanto da non essere più in grado di comunicare con i familiari e i curanti. La fase terminale della malattia è spesso complicata da disfagia, allettamento, problemi di alimentazione ed episodi infettivi ricorrenti.

La Rete delle Cure Palliative, in questa fase assicura:

- il supporto consulenziale all'MMG e all'infermiere domiciliare nella Assistenza Domiciliare (Cure Palliative di base)
- il supporto consulenziale nelle Case di Riposo
- il supporto consulenziale nelle CRA
- il supporto consulenziale negli ospedali per acuti del territorio (AUSL e AOSP)
- il colloquio con i famigliari presso gli ambulatori di cure palliative precoci territoriali

Gli impegni delle équipe consulenziali di cure palliative sono dettagliati **nell'allegato 23**



Il ricovero in hospice è possibile solo se la persona è stata precedentemente presa in carico in cure palliative precoci nel setting ambulatoriale, proveniente dal domicilio o ospedale per acuti.

Per l'accesso in Hospice valgono i criteri di elegibilità previsti dalla procedura P43 AUSL BO e che si riportano qui di seguito.

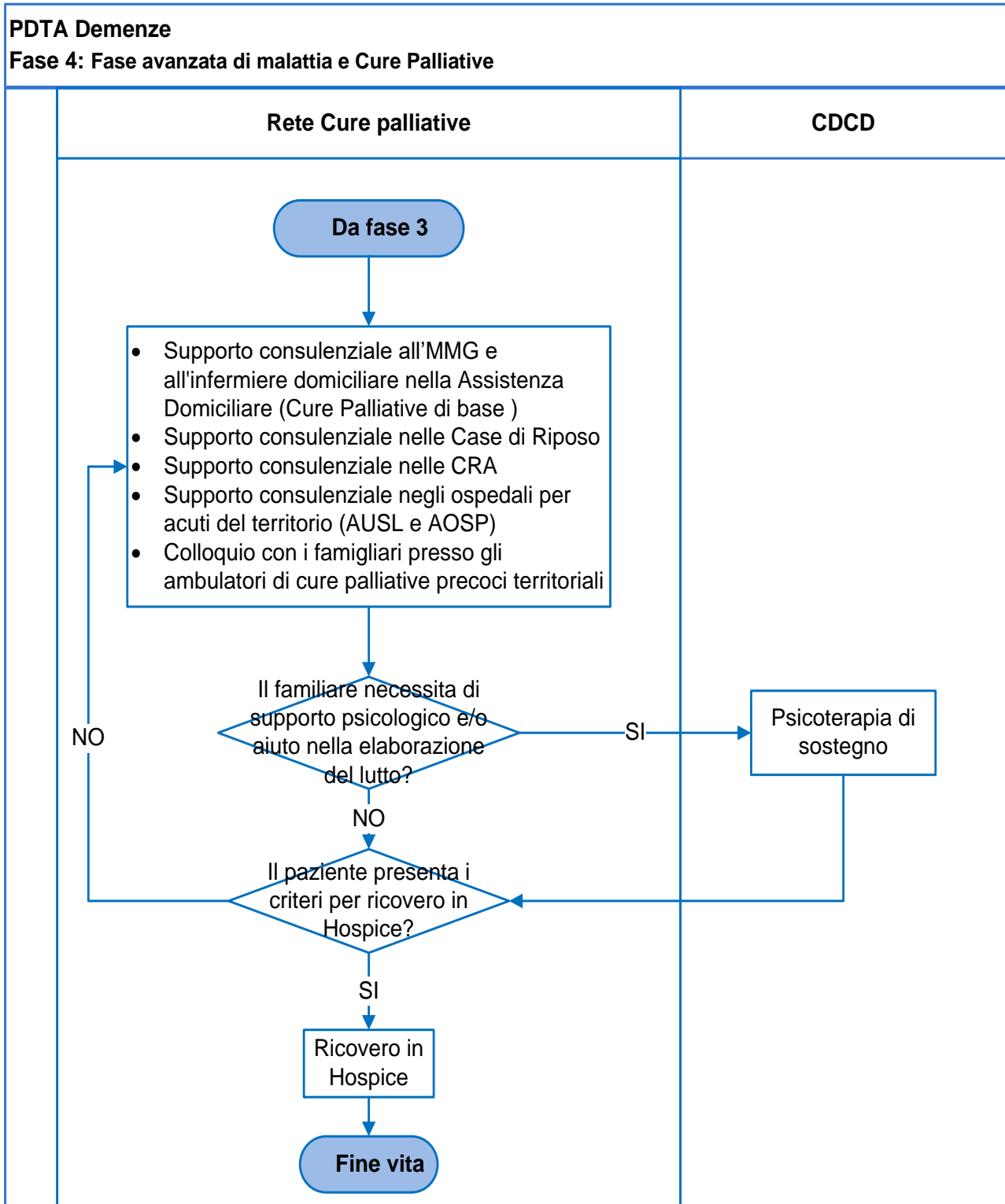
Il paziente elegibile al ricovero in Hospice è:

1. Paziente con demenza, in fase avanzata e progressiva di malattia.
2. Paziente con una presumibile aspettativa di vita non superiore a sei mesi.
3. Paziente con presenza di sintomi invalidanti che comportino valori di performance uguali o inferiori a 50 secondo la scala di Karnofsky (indice di autonomia)
4. Paziente per il quale non sia più possibile (temporaneamente o stabilmente) l'assistenza presso il proprio domicilio:
  - a. per difficoltà nel controllo dei sintomi nonostante adeguata terapia;
  - b. per assenza di almeno un familiare convivente che possa garantire una idonea assistenza;
  - c. per assenza totale di supporto familiare
  - d. per necessità da parte della famiglia di supporto temporaneo
5. Paziente e/ o familiare che accetti i principi del programma di cure palliative
6. Paziente non in fase agonica, se al primo accesso in hospice

I familiari possono usufruire degli interventi di aiuto psicologico (psicoterapia di sostegno) anche in queste fasi terminali di malattia e nella fase di elaborazione del lutto presso i CDCD (Allegato 20)

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

**Diagramma di flusso Fase 4**



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

#### 4.5 Fase 5 – Gestione Urgenze

##### Criteri di ingresso nella Fase

- Evento acuto (da fase 3 o 4)

##### Criteri di uscita dalla Fase

- Dimissione

##### Descrizione del processo

##### Visite ambulatoriali urgenti

La rete dei Centri per i Disturbi Cognitivi e delle Demenze (CDCD) prevede visite ambulatoriali urgenti (priorità breve entro 10 gg) per pazienti che presentino importanti disturbi della sfera comportamentale. Le richieste, che dovranno necessariamente rispondere a criteri di appropriatezza clinica, possono essere inviate dai MMG, medici delle CRA, medici del Dipartimento di Emergenza Urgenza e medici ospedalieri.

##### Modalità di accesso ai CDCD per visite ambulatoriali urgenti

I CDCD dei Distretti di Bologna e Appennino offrono dei posti riservati a visite urgenti, attraverso agende dedicate e accessibili ai medici di PS/OBI Ospedale Maggiore che possono prenotare direttamente la visita e consegnare al familiare il foglio di prenotazione. Analoga possibilità è prevista per l'accesso a visita ambulatoriale con priorità breve al CDCD dal PS AOU.

Per tutti gli altri CDCD della rete la procedura vigente si può così riassumere:

- ❖ Compilazione da parte del medico inviante di richiesta con carattere priorità breve (10gg)
- ❖ Contatto telefonico tra care giver e CDCD. I medici dei CDCD garantiscono nelle fasce orarie di servizio un tempestivo contatto telefonico con le famiglie, per fornire supporto e primi consigli gestionali, ed eventualmente con i medici invianti per ottimizzare al meglio la gestione comune di pazienti complessi.
- ❖ Il CDCD si fa carico della richiesta e concorda con il care giver la data di esecuzione della visita che sarà effettuata in tempi ragionevolmente brevi nel rispetto delle normative vigenti (entro dieci giorni).

La gestione in ambulatorio delle urgenze comportamentali consente di:

- ❖ Facilitare i percorsi di dimissione sia da PS/OBI sia da unità operative ospedaliere, riducendone i tempi di degenza.
- ❖ Ridurre gli accessi in PS di pazienti anziani fragili/non autosufficienti con BPSD, che potrebbero esitare in un ricovero evitabile, motivato essenzialmente da difficoltà assistenziali e gestionali del care giver principale.
- ❖ Favorire, attraverso una presa in carico multidisciplinare, percorsi di sostegno e formazione rivolti ai famigliari per aiutarli ad affrontare efficacemente le difficoltà gestionali e assistenziali a domicilio.



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

### Visite domiciliari

Su tutta la rete aziendale vengono effettuate visite domiciliari per pazienti con BPSD, ma anche per anziani fragili dimessi dai PS del territorio dell'AUSL di Bologna, nell'ottica di prevenire ulteriori accessi in ospedale. Le visite domiciliari, effettuate in integrazione con i MMG, rappresentano l'occasione privilegiata per individuare pazienti fragili a domicilio, le cui difficoltà/criticità assistenziali potranno essere tempestivamente segnalate ai servizi sociali di competenza territoriali per le opportune valutazioni del caso. Il fulcro operativo per la gestione delle richieste di visite domiciliari è rappresentato dai PCAP Distrettuali che già lavorano proficuamente in integrazione con i CDCD Aziendali.

### Linea telefonica dedicata a MMG e medici di CRA

Per favorire il contatto con gli specialisti del Centro Disturbi Cognitivi e Demenze del Distretto Città di Bologna, i Medici di Medicina Generale e i Medici di riferimento delle CRA della AUSL di Bologna hanno a disposizione una linea telefonica dedicata, attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 14 alle ore 15 al numero 051/706017. Gli specialisti (geriatri, internisti, neurologi) del CDCD di Via Byron sono disponibili a fornire consulenze telefoniche per la gestione dei disturbi del comportamento di pazienti affetti da demenza a tutti i MMG e ai Medici delle strutture residenziali accreditate dell'ambito territoriale dell'Azienda, con l'obiettivo di migliorare, attraverso il confronto e l'integrazione professionale, le risposte clinico-assistenziali ai care giver, anche sotto il profilo della tempestività. I medici degli altri CDCD, nelle fasce orarie di servizio, offrono un servizio di consulenza telefonica ai MMG, esteso anche ai medici ospedalieri dei PS/OBI, reparti internistici-geriatrici, per ottimizzare la gestione dei disturbi cognitivo-comportamentali.

### Consulenze in CRA per la gestione dei BPSD

I medici dei CDCD Aziendali garantiscono accessi programmati nelle strutture residenziali accreditate dell'ambito territoriale dell'Azienda con l'obiettivo di fornire ai medici di struttura un confronto clinico e un supporto decisionale in merito alla gestione di problemi complessi degli anziani istituzionalizzati, compresi i B.P.S.D. di persone affette da disturbo neurocognitivo. Relativamente a quest'ultimo aspetto si potranno predisporre anche i rinnovi di piani terapeutici di farmaci antipsicotici atipici.



### Accesso in pronto soccorso

Il paziente con deterioramento cognitivo che arriva in pronto soccorso per una problematica medica o chirurgica urgente andrà gestito con le modalità abituali e ricoverato in caso di necessità

Il paziente con deterioramento cognitivo che arriva in pronto soccorso per una problematica correlata alla patologia di base, in particolare per la comparsa e/o il peggioramento di BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia) e/o problematiche sociali è oggetto di:

- attenta anamnesi farmacologica
- valutazione delle possibili cause del peggioramento (es. delirium, dolore, infezioni, trattamenti farmacologici inadeguati, etc)

Il PS ha la possibilità di contattare direttamente da pronto soccorso il CDCD di riferimento per concordare eventuali strategie terapeutiche e programmare una rapida rivalutazione specialistica. Negli orari in cui il CDCD non è disponibile valutare la possibilità di effettuare una consulenza psichiatrica per intervento farmacologico in urgenza in caso di difficoltà di gestione

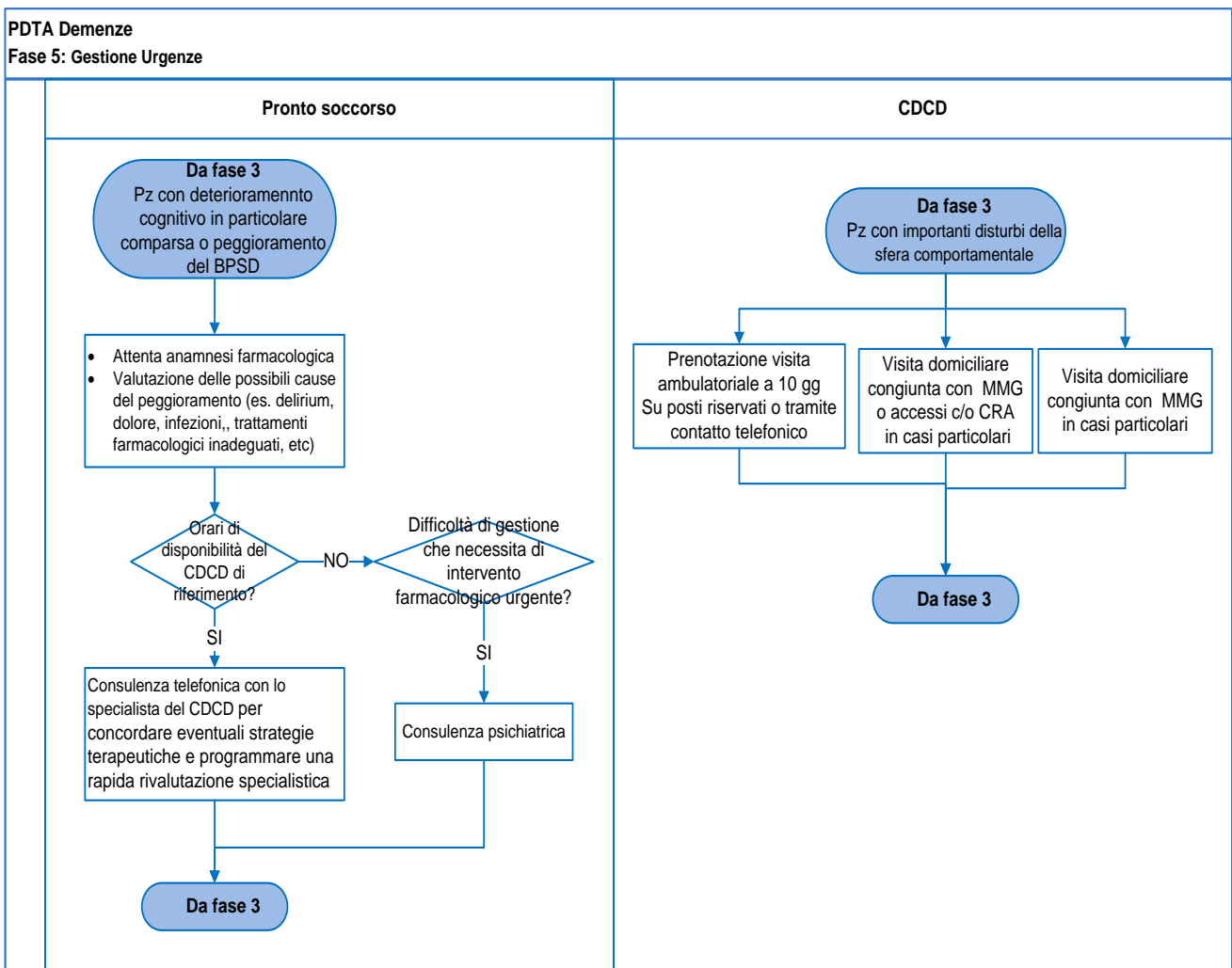
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>
<p><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p><b>PDTAI 012</b></p>



(es. paziente estremamente agitato, con disturbo del comportamento e stato di pericolosità per sé stesso o gli altri, necessità di contenzioni, etc)

Un collegamento tra PS e rete dei CDCD può contribuire ad evitare ricoveri impropri di persone che possono essere riprese in carico e gestite dal territorio.

Nell'allegato 24 sono riportate le raccomandazioni chiave provenienti da evidenze scientifiche per il PDTA delle demenze

### Diagramma di flusso



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p>
<p align="center"><b>PDTAI</b> <b>del paziente affetto da demenza</b></p>	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center"><b>PDTAI 012</b></p>

## 5. Diffusione

### Destinatari:

- MMG
- UU.OO.
- Associazioni

### Modalità di diffusione:

- PLS, MMG, Associazione: eventi dedicati nel corso del primo anno dalla validazione, pubblicazione sul sito internet della scheda sintetica per i MMG
- UU.OO. dell'Azienda USL e dell'AOU di Bologna: pubblicazione sulle reti intranet aziendali

## 6. Implementazione

Descrizione di tempi e modi da attuare per garantire l'implementazione del PDTA (Allegato 25)

## 7. Monitoraggio

Il percorso è monitorato con cadenza annuale tramite la valutazione degli indicatori specificati nell'allegato 26. È previsto un piano di lavoro definito annualmente e aggiornato con frequenza semestrale.

## 8. Pianificazione delle revisioni

Il PDTA sarà oggetto di revisione in tutti i casi in cui si verificheranno modifiche organizzative interne alle Aziende, in caso di pubblicazioni di nuove linee guida ed in ogni caso dopo un periodo non superiore ai tre anni.

## NOTA COVID -19

Nell'allegato N° 27 sono riportate le *indicazioni* emergenziali per il PDTA per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2