

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

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



3° edizione dicembre 2016

(precedenti 2011 – 2013)

Direzione Sociosanitaria
Direttore dr.ssa Annamaria Indelicato

Dipartimento PIPSS
Dott.ssa Fausta Podavitte

Hanno partecipato alla redazione del PDTA

Coordinatore Gruppo di Lavoro: Dott.ssa Fausta Podavitte

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

INDICE

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

Iniziative a supporto del caregiver: Scuola di Assistenza Familiare

LA VALORIZZAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE BANCHE DATI PAG. 22

IL PAZIENTE CON DEMENZA IN PRONTO SOCCORSO PAG. 23

PROTEZIONE GIURIDICA PAG. 25

MODALITÀ DI DIFFUSIONE ED ATTUAZIONE DEL PDTA PAG. 27

PREMESSA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In particolare le variazioni riguardano:

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

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

PDTA FRA CONTINUITA' ED AGGIORNAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

Attori principali dell'attuazione del PDTA sono:

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

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

Sono inoltre attori essenziali della rete:

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

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

LE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA NEL TERRITORIO ATS DI BRESCIA

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

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

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

FASI DI PARTICOLARE RILIEVO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE

Il PDTA prevede i seguenti passaggi fondamentali:

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabella 1

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

CDCD = Centro per disturbi cognitivi e Demenze

PERCORSO TIPO E COMPETENZE

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

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

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

Attori principali: MMG;

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

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

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

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

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

Tabella 2 - RIVEDERE ESAMI CLINICI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) alla dimissione il paziente deve essere in possesso di ricetta SSR con indicazione di "Visita Multidisciplinare per decadimento cognitivo"; per l'appuntamento il paziente può telefonare al centro di riferimento di competenza territoriale (CUP o centro prenotazione struttura al quale decide di afferire).

2) il paziente inviato deve essere in possesso degli esami: indicati in tabella 2, ad esclusione di TC

encefalo (vedi punto B);

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

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

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

Attori principali: CDCD

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

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

Sintesi dell'iter diagnostico - primo inquadramento presso il CDCD

Il medico del CDCD:

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

4) Fase post-diagnostica e di follow-up

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

Attori principali: MMG; CDCD;

Compiti: il MMG partecipa al follow-up garantendo il controllo del malato nel periodo intercorrente (6 mesi) tra una visita CDCD e la successiva, la rivalutazione degli eventuali effetti collaterali della terapia cognitiva e/o sedativa, la pronta gestione degli eventuali problemi clinici intercorrenti.

Il CDCD, oltre a redigere on line il piano terapeutico, resta disponibile a fornire al MMG consulenza tramite telefono e/o e-mail e a rispondere prontamente alle sue eventuali richieste di rivalutazione.

Strumenti: MMG e CDCD fanno riferimento alle tappe del PDTA come sopra sintetizzate. In occasione di ogni valutazione:

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

GESTIONE STRUMENTI NUOVI PER DIAGNOSI PRECOCE

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

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

- *Il gene della proteina precursore dell'amiloide (APP)*, localizzato nel cromosoma 21: le mutazioni dell'APP sono molto rare e causano una malattia ad esordio precoce (35-50 anni).

- *Il gene della presenilina 1 (PSEN1)* localizzato nel cromosoma 14: oltre 50 diverse mutazioni di questo gene sono state finora identificate in pazienti con forme familiari ad esordio precoce.

- *Il gene della presenilina 2 (PSEN2)* localizzato nel cromosoma 1.

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

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

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

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

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

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

Consulenza genetica

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

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

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

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

Rendicontazione prestazioni ambulatoriali – Visita multidisciplinare CDCD

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

Esso comprende:

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

CRITERI PER IL TRATTAMENTO CON FARMACI ANTICOLINESTERASICI

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

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

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

Avvio del trattamento: criteri di scelta

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

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

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

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

Valutazione di tollerabilità ed efficacia

Ai controlli a 1 e 3 mesi vanno valutate:

- a. la tollerabilità
In caso di intolleranza al farmaco si è autorizzati a passare ad altra molecola (switch) equivalente per os. In presenza di nausea/vomito/dolori addominali è invece opportuno passare alla formulazione TTS.
- b. l'efficacia
In caso di mancata risposta (a tre mesi), definita come peggioramento del punteggio MMSE, peggioramento funzionale, peggioramento comportamentale (almeno uno di questi), va aumentata la dose alla massima consigliata e poi rivalutato il paziente (a sei mesi).
 1. se compaiono effetti collaterali vale quanto prima esposto;
 2. se non si evidenzia risposta al trattamento (riduzione del MMSE >2,4 ad 1 anno) è opportuno lo switch a nuova molecola.

Utilizzo della memantina

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

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

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

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

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

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

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

Rapporto CDCD – Medici di RSA/RSD

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

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

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

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

GESTIONE DISTURBI COMPORTAMENTALI

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabella 3 – **CRONOGRAMMA DEL PERCORSO TIPO**

ATTIVITA'	F1	F2	F3	T0	1 me se	3 me si	Ogni 6 mesi
MMG - Sospetto diagnostico: applicazione questionario performance (eventuale ripetizione a 1 mese + eventuale MMSE)	X						
MMG - Prescrizione esami (ematochimici + ECG + TC encefalo senza m.d.c.)		X					
MMG - Valutazione esami, prescrizione "Visita multidisciplinare" e invio a CDCD con documentazione			X				
Specialisti UO Ricovero e Cura per pazienti ospedalizzati Prescrizione esami clinici e strumentali		X	X				
CDCD – Entro 1 mese dalla prenotazione, visita multidisciplinare per definizione diagnostica, impostazione dell'eventuale trattamento farmacologico o non farmacologico, fornitura diretta farmaci per Alzheimer per i primi 4 mesi, eventuale segnalazione all' equipe territoriali per la valutazione multidimensionale.				X			
CDCD - Valutazione effetti collaterali del trattamento farmacologico					X		
CDCD - Valutazione efficacia ed effetti collaterali del trattamento farmacologico; invio relazione al MMG; definizione ed invio Piano terapeutico farmacologico						X	
MMG – Monitoraggio con visita almeno a 3 mesi da quella specialistica (effetti collaterali; gestione eventuali problemi clinici intercorrenti; collaborazione con equipe territoriali per la valutazione multidimensionale); eventuale prescrizione farmaci sulla base del Piano terapeutico specialistico; invio raccordo anamnestico a CDCD							X
CDCD - Rivalutazione efficacia ed effetti collaterali del trattamento; relazione al MMG con accertamenti e piano di cura aggiornato; eventuale prescrizione-fornitura diretta di farmaci per Alzheimer							X

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

F1= Fase del sospetto diagnostico

F2= Fase della prescrizione dei controlli ematochimici preliminari

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

T0= Primo inquadramento diagnostico specialistico

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

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

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

I SERVIZI DELLA RETE TERRITORIALE

Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)

I momenti chiave nel rapporto con il paziente

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

Essi sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uno degli obiettivi del PDTA è rendere maggiormente dedicati e specifici, in relazione ai bisogni della demenza, i Servizi per anziani della rete sia sanitaria sia sociosanitaria ed assistenziale.

Di seguito vengono brevemente elencati ed illustrati i Servizi sociosanitari territoriali attivabili per il paziente affetto da demenza e la sua famiglia.

SERVIZI CONSOLIDATI

▲ Assistenza domiciliare integrata

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

Può essere attivata anche attraverso le seguenti modalità:

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

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

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

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

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

⤴ Servizi diurni

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

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

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

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

⤴ Servizi residenziali

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

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

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

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

I Servizi Comunali a supporto della domiciliarità

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

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

LE CURE INTERMEDIE

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

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

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

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

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

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

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

I 5 profili sono:

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

Profilo 5 - Demenze

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

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

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

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

Requisiti di accreditamento

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

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

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

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

Alcuni esiti preliminari

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

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

INNOVAZIONE REGIONALE E SPERIMENTAZIONI LOCALI

a) Misura 4 - RSA Aperta

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

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

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

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

I profili sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabella 4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LA VALORIZZAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE BANCHE DATI

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

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

Tabella 5

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

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

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

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

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

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

Vengono così rilevati i dati secondo la seguente classificazione diagnostica:

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

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

IL PAZIENTE CON DEMENZA IN PRONTO SOCCORSO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

No=0 Si=1

1	Ha compiuto 75 anni?		
----------	-----------------------------	--	--

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

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

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

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

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

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

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

PROTEZIONE GIURIDICA

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

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

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

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

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

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

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

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

Per informazioni ci si può rivolgere:

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

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

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

INDICATORE

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

MODALITÀ DI DIFFUSIONE ED ATTUAZIONE DEL PDTA

Il PDTA viene inviato a:

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

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

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

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

LEGENDA

ATS	Agenzia di Tutela della Salute
ASST	Aziende Socio Sanitarie Territoriali
CDCD	Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze
CDI	Centro Diurno Integrato
IDR	Istituto di Riabilitazione (ora Struttura riabilitativa socio-sanitaria)
MMG	Medico di Medicina Generale
PDTA	Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale
RSA	Residenza Sanitario Assistenziale
RSD	Residenza Sanitaria per Disabili
SSR	Servizio Sanitario Regionale
PAI	Piano Assistenziale Individuale
PI	Progetto Individuale
AD	Malattia di Alzheimer

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

QUESTIONARIO A CURA DEL MMG

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

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

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

Cognome _____	Nome _____
Data di nascita _____	Codice Fiscale _____

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

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

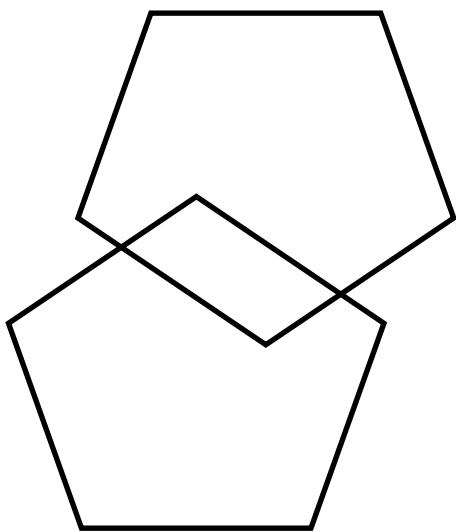
15. Prenda questo foglio con la mano destra, lo pieghi a metà con entrambe le mani, e lo butti per terra ① ① ② ③

16. Legga ed esegua quanto scritto su questo foglio ① ①

Chiudi gli occhi

17. Scriva una frase (deve ottenere soggetto e verbo) ① ①

18. Copi questo disegno (pentagoni intrecciati) ① ①



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

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

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

Trattamento BPSD

Demenza	BPSD	Farmaco prima scelta	Alternative (SE... ALLORA...)
Tutte	Depressione	SSRI	<ul style="list-style-type: none"> - SE agitazione da SSRI o SSRI inefficace e demenza di grado lieve, ALLORA provare SNRI e/o TRAZODONE - SE SSRI inefficaci e decadimento cognitivo severo ALLORA utile TRAZODONE - SE presenti anche altri BPSD che non rispondono a SSRI, ALLORA scegliere TRAZODONE <p>Evitare sempre TRICICLICI</p>
AD – VaD – Altre demenze a parte LBD e FTD	Psicosi (Deliri/Allucinazioni)	ACHEI	<ul style="list-style-type: none"> - SE agitazione da AchEI, ALLORA sospendere e preferire TRAZODONE o SSRI - SE agitazione da AchEI e Trazodone / SSRI inefficaci, ALLORA passare a NEUROLETTICO TRADIZIONALE (aloperidolo o promazina) o ATIPICO (risperidone o olanzapina, o quetiapina) - SE non agitazione da AchEI ma AchEI inefficaci nel controllo della psicosi, ALLORA proseguire, ma associare prima TRAZODONE e/o SSRI - SE AchEI + TRAZODONE e/o SSRI inefficaci nel controllo della psicosi, ALLORA proseguire AchEI, sospendere antidepressivo e associare NEUROLETTICO TRADIZIONALE o ATIPICO
FTD	Psicosi (Deliri/Allucinazioni)	TRAZODONE e/o SSRI	<ul style="list-style-type: none"> - SE Trazodone e SSRI inefficaci o effetto paradossale, ALLORA passare a NEUROLETTICO TRADIZIONALE (aloperidolo o promazina) o ATIPICO (risperidone o olanzapina, o quetiapina) per il minor tempo necessario - SE possibile senza ricomparsa del disturbo, ALLORA riduzione graduale nel neurolettico fino alla minima dose efficace o fino a sospensione
LBD	Allucinazioni	ACHEI	<ul style="list-style-type: none"> - SE agitazione da AchEI e allucinazioni non disturbanti e ben tollerate dal paziente, ALLORA sospendere e non trattare il sintomo - SE agitazione da AchEI e allucinazioni disturbanti per il paziente, ALLORA sospendere e preferire TRAZODONE o SSRI e/o CLONAZEPAM - SE agitazione da AchEI e Trazodone / SSRI / CLONAZEPAM inefficaci, ALLORA passare a neurolettico atipico (risperidone o olanzapina, o quetiapina) - SE non agitazione da AchEI ma AchEI inefficaci nel controllo delle allucinazioni, ALLORA proseguire, ma associare prima TRAZODONE e/o SSRI e/o CLONAZEPAM - SE AchEI + TRAZODONE e/o SSRI e/o CLONAZEPAM inefficaci nel controllo della psicosi, ALLORA proseguire AchEI, sospendere antidepressivo e benzodiazepina, e associare neurolettico atipico
AD – VaD – Altre demenze a parte LBD	Agitazione, affaccendamento, sundowning	TRAZODONE e/o SSRI	<ul style="list-style-type: none"> - SE TRAZODONE inefficace o effetto paradossale, ALLORA sospendere e iniziare NEUROLETTICO TRADIZIONALE o ATIPICO per il minor tempo necessario - SE possibile senza ricomparsa del disturbo, ALLORA riduzione graduale nel neurolettico fino a sospensione, se necessario con associazione di TRAZODONE (se non effetto paradossale) o STABILIZZANTE (es. Valproato o Pregabalin)
LBD	Agitazione, affaccendamento, sundowning	TRAZODONE	<ul style="list-style-type: none"> - SE TRAZODONE inefficace o effetto paradossale, ALLORA sospendere e iniziare NEUROLETTICO ATIPICO per il minor tempo necessario - SE possibile senza ricomparsa del disturbo, ALLORA riduzione graduale nel neurolettico fino a sospensione, se necessario con associazione di TRAZODONE (se non effetto paradossale)
Tutte	Ansia, somatizzazioni	TRAZODONE e/o SSRI	<ul style="list-style-type: none"> - SE TRAZODONE inefficace e/o SSRI non efficaci, ALLORA associare BENZODIAZEPINA emivita media, a basse dosi - SE anche Benzodiazepina inefficace, ALLORA iniziare NEUROLETTICO (atipico se LBD) per il minor tempo necessario
AD – VaD – Altre demenze a parte LBD	Insomnia	TRAZODONE	<ul style="list-style-type: none"> - SE TRAZODONE parzialmente efficace (migliora ma non controlla del tutto l'insomnia) e non sono presenti altri BPSD, ALLORA associare BENZODIAZEPINA emivita media a basse dosi e/o ANTISTAMINICO (meglio Prometazina, meno Idrossizina) - SE TRAZODONE inefficace o effetto paradossale e non sono presenti

altri BPSD, **ALLORA** sospendere e iniziare BENZODIAZEPINA emivita media a basse dosi e/o ANTISTAMINICO (meglio Prometazina, meno Idrossizina)

- **SE** TRAZODONE parzialmente efficace (migliora ma non controlla del tutto l'insonnia) e sono presenti altri BPSD (es. psicosi e/o agitazione e/o affaccendamento) **ALLORA** associare NEUROLETTICO TRADIZIONALE o ATIPICO per il minor tempo necessario, anche in associazione con ANTISTAMINICO (meglio Prometazina, meno Idrossizina)

- **SE** TRAZODONE inefficace o effetto paradossso e sono presenti altri BPSD (es. psicosi e/o agitazione e/o affaccendamento) **ALLORA** sospendere e iniziare NEUROLETTICO TRADIZIONALE o ATIPICO per il minor tempo necessario, anche in associazione con ANTISTAMINICO (meglio Prometazina, meno Idrossizina)

- **SE** possibile senza ricomparsa del disturbo, **ALLORA** riduzione graduale nel neurolettico fino alla minima dose efficace o fino a sospensione; se necessario, proseguire il resto della terapia

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

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

Brescia, XX.XX.2016

Stimatissimo Collega

Ho visitato in data odierna il paziente Sig.ra

Residente a,

Stato civile: (vedovo coniugato celibe/nubile)

Tel.

Vive solo: (si no)

Di anni

Indice di Comorbilità (CIRS)

	1	2	3	4	5
a) Patologia cardiaca (SCC, cardiopatia ischemica, ipertensiva e valvolare, pregresso IMA; pregresso by-pass aorto coronarico, pregressa PTCA+stent, FA permanente in TAO, PM)		X			
b) Ipertensione arteriosa			X		
c) Vascolari (carotidosclerosi, TEA carotidea dx/sin anamnestico, pregresso intervento per aneurisma dell'aorta addominale, AOCP, flebopatia varicosa, insufficienza venosa degli arti inferiori, anemia multifattoriale)		X			
d) Respiratorie (BPCO, insufficienza respiratoria, ex tabagismo)		x			
e) Occhio, orecchio (ipovisus moderato, grave; ipoacusia moderata, grave)				X	
f) Apparato gastrointestinale superiore (malattia peptica attuale/pregressa; ernia jatale, gastrite cronica; esiti di gastroresezione per ca dello stomaco; coledoliti; pregressa colecistectomia)			X		
g) Apparato gastrointestinale inferiore (stipsi, malattia diverticolare colon, pregressa emicolectomia per ca, incontinenza fecale cronica stabilizzata)		X			
h) Patologie epatiche (steatosi epatica; cirrosi epatica, HCV+)		X			
i) Patologie renali (IRC; pregressa nefrectomia dx/sin per ca)		X			
j) Altre patologie genito-urinarie (incontinenza urinaria cronica stabilizzata; ca prostata; IPB. Pregressa isterectomia)			X		
k) Sistema muscolo-scheletro-cute (artrosi grave sintomatica; osteoporosi con crolli vertebrali. Cadute recidivanti: ultimo episodio occorso . Pregressa frattura di femore sin/dx. Esiti di mastectomia-quadrantectomia per ca)			X		
l) Sistema nervoso centrale e periferico (pregressa vasculopatia cerebrale con emiparesi sin-destra e afasia; morbo di Parkinson; epilessia)		X			
m) Patologie endocrino-metaboliche (diabete mellito tipo 2 con complicanze, ipotiroidismo)			X		
n) Patologie psichiatrico-comportamentali (decadimento cognitivo compatibile con AD-VD, e disturbi del comportamento; depressione; psicosi)			X		
Indice di severità	Totale/13=				
Indice di comorbilità					
L'Indice di severità, risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo patologie psichiatriche/comportamentali);					
L'Indice di comorbilità, che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali).					

Legenda gravità CIRS: Non esiste patologia;

1. La patologia non interferisce con la normale attività, il trattamento può anche essere evitato; la prognosi è buona;
2. La patologia interferisce con la normale attività; la cura è necessaria e la prognosi è favorevole;
3. La patologia è disabilitante, la cura è urgente e la prognosi è riservata;
4. La patologia pone a rischio la sopravvivenza del soggetto, la cura è urgente o addirittura inefficace, la prognosi è grave.

MMSE:

/30

CDR (demenza):

/5

Disturbi comportamentali

(elencare i principali)

UCLA NPI

/144

Tinetti equilibrio:

/16

Tinetti andatura:

/12

Tinetti punteggio totale:

/28

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

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

Cordialità, Dr XXXX

Legenda:

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

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

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

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

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

UCLA Neuropsychiatric Inventory (NPI)

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

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

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

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

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

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

CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE

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

CDR 5: DEMENZA TERMINALE

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

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

(Folstein M.F., Folstein S., McHugh P.R., J.Psychiatr.Res;12:189-198, 1975)

1. Orientamento temporo-spaziale

Il paziente sa riferire il giorno del mese, l'anno, il mese, il giorno della settimana e la stagione. [0] [1] [2] [3] [4] [5]

Il paziente sa riferire il luogo in cui si trova, a quale piano, in quale città, regione, stato. [0] [1] [2] [3] [4] [5]

2. Memoria

L'esaminatore pronuncia ad alta voce tre termini (casa, pane, gatto) e chiede al paziente di ripeterli immediatamente. [0] [1] [2] [3]

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

3. Attenzione e calcolo

Far contare per sette all'indietro, partendo da 100. Fermarsi dopo le prime 5 risposte. Se il paziente avesse difficoltà di calcolo, far scandire all'indietro la parola "MONDO" una lettera alla volta. [0] [1] [2] [3] [4] [5]

4. Richiamo delle tre parole

Richiamare i tre termini precedentemente imparati. [0] [1] [2] [3]

5. Linguaggio

Il paziente deve riconoscere due oggetti.
Come si chiama questo? (indicando una matita). Come si chiama questo? (indicando un orologio). [0] [1] [2]

Invitare il paziente a ripetere la frase "TIGRE CONTRO TIGRE". [0] [1]

Esecuzione di un compito su comando.

Invitare il paziente ad eseguire correttamente i seguenti ordini: a) prenda un foglio con la mano destra, b) lo pieghi a metà, c) e lo butti dal tavolo. [0] [1] [2] [3]

Presentare al paziente un foglio con la seguente scritta: "Chiuda gli occhi".
Invitare il paziente ad eseguire il comando indicato [0] [1]

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

Far copiare al paziente il disegno indicato. [0] [1]
(Il materiale delle ultime due prove va conservato)

PUNTEGGIO COMPLESSIVO

_____/30

ATTIVITA' DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (BADL)

(Katz S, Ford AB et al. JAMA 1963;185:914-919)

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

PUNTEGGIO TOTALE (numero totale funzioni perse): _____

ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)

(Lawton M.P. e Brody E.M., *Gerontologist*, 9:179-186, 1969)

Capacità di usare il telefono		
[1]	Usa il telefono di propria iniziativa	1
[2]	Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1
[3]	Risponde ma non è capace di comporre il numero	1
[4]	Non risponde al telefono	0
	Non applicabile	NA
Fare Acquisti		
[1]	Fa tutte le proprie spese senza aiuto	1
[2]	Fa piccoli acquisti senza aiuto	0
[3]	Ha bisogno di essere accompagnato	0
[4]	Completamente incapace di fare acquisti	0
	Non applicabile	NA
Preparazione del cibo		
[1]	Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1
[2]	Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0
[3]	Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata	0
[4]	Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0
	Non applicabile	NA
Governo della casa		
[1]	Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per esempio aiuto per i lavori pesanti)	1
[2]	Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa	1
[3]	Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	1
[4]	Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0
	Non applicabile	NA
Biancheria		
[1]	Fa il bucato personalmente e completamente	1
[2]	Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1
[3]	Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
	Non applicabile	NA
Mezzi di trasporto		
[1]	Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
[2]	Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1
[3]	Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
[4]	Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza	0
[5]	Non si sposta per niente	0
	Non applicabile	NA
Responsabilità nell'uso dei farmaci		
[1]	Prende le medicine che gli sono state prescritte	1
[2]	Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0
[3]	Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
	Non applicabile	NA
Capacità di maneggiare il denaro		
[1]	Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
[2]	E' in grado di fare piccoli acquisti	1
[3]	E' incapace di maneggiare i soldi	0
	Non applicabile	NA
Totale funzioni perse		___/___8

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

<p>1 Equilibrio da seduto Si inclina, scivola dalla sedia 0 E' stabile, sicuro 1</p> <hr/> <p>2 Alzarsi dalla sedia E' incapace senza aiuto 0 Deve aiutarsi con le braccia 1 Si alza senza aiutarsi con le braccia 2</p> <hr/> <p>3 Tentativo di alzarsi E' incapace senza aiuto 0 Capace, ma richiede più di un tentativo 1 Capace al primo tentativo 2</p> <hr/> <p>4 Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.) Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 0 Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili 1 Stabile senza ausili 2</p> <hr/> <p>5 Equilibrio nella stazione eretta prolungata Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 0 Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano >10 cm) 1 Stabile, a base stretta, senza supporti 2</p> <hr/> <p>6 Romberg Instabile 0 Stabile 1</p> <hr/> <p>7 Romberg sensibilizzato Comincia a cadere 0 Oscilla, ma si riprende da solo 1 Stabile 2</p> <hr/> <p>8 Girarsi di 360 gradi A passi discontinui 0 A passi continui 1 Instabile 0 Stabile 1</p> <hr/> <p>9 Sedersi Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) 0 Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo 1 Sicuro, movimento continuo 2</p> <p>TOTALE EQUILIBRIO _/16</p>	<p>10 Inizio della deambulazione Una certa esitazione, o più tentativi 0 Nessuna esitazione 1</p> <hr/> <p>11 Lunghezza ed altezza del passo Piede dx Il piede dx non supera il sx 0 Il piede dx supera il sx 1 Il piede dx non si alza completamente dal pavimento 0 Il piede dx si alza completamente dal pavimento 1 Piede sx Il piede sx non supera il dx 0 Il piede sx supera il dx 1 Il piede sx non si alza completamente dal pavimento 0 Il piede sx si alza completamente dal pavimento 1</p> <hr/> <p>12 Simmetria del passo Il passo dx e il sx non sembrano uguali 0 Il passo dx e il sx sembrano uguali 1</p> <hr/> <p>13 Continuità del passo Interrotto o discontinuo 0 Continuo 1</p> <hr/> <p>14 Traiettorie Deviazione marcata 0 Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili 1 Assenza di deviazione e di uso di ausili 2</p> <hr/> <p>15 Tronco Marcata oscillazione o uso di ausili 0 Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia 1 Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili 2</p> <hr/> <p>16 Cammino I talloni sono separati 0 I talloni quasi si toccano durante il cammino 1</p> <p>TOTALE ANDATURA _/12</p> <p>TOTALE EQUILIBRIO + ANDATURA _/28</p>
---	--

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le scale funzionali:

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

Finalità della certificazione

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

Alcune riflessioni metodologiche

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

<p><i>(Logo ASST)</i></p>	<p><i>(Logo e Timbro Comune/Ambito)</i></p>
---------------------------	---

Equipe Valutazione Multidimensionale/EOH Presidio Territoriale di

Comune di Ambito

**PROGETTO INDIVIDUALE – Misure 2 -3 -4 DGR 2942/14
e Misura Residenzialità Assistita in Comunità Religiose – DGR 4086/15**

Per il Sig./Sig.ra

nato/a a il

residente a domiciliato/a

Tel. E-mail

Codice Fiscale

Provenienza Utente: Domicilio RSA Strutture ex DD.G.R. n. 3239/2012 e n. 499/2013
 Altro

MISURA RICHIESTA:

<input type="checkbox"/> Misura 2 – Residenzialità Leggera/Assistita	Data richiesta	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Misura 3 – Residenzialità per minori con gravissima disabilità	Data richiesta	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Misura 4 – RSA Aperta	Data richiesta	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Misura “Residenzialità Assistita in Comunità Religiose” - DGR 4086/15	Data richiesta	<input style="width: 100px;" type="text"/>

ENTE RESPONSABILE DELLA GESTIONE DEL CASO:

ASST COMUNE/AMBITO
DI

Valutazione multidisciplinare eseguita in data presso

Equipe valutante composta dai seguenti operatori:

ASST		COMUNE/AMBITO	
Fig. Prof.	Cognome e Nome	Fig. Prof.	Cognome e Nome

FIGURE DI RIFERIMENTO

MMG/PdF

SPECIALISTA

ALTRO

Presenza di un amministratore di sostegno/tutore: SI NO

CAREGIVER FAMILIARE: SI NO

Specificare Tipologia Caregiver Familiare:

<input type="checkbox"/> Coniuge/convivente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Sorella/e	<input type="checkbox"/> Cognato/a
<input type="checkbox"/> Figlio/a/i	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Cugino/a	<input type="checkbox"/> Zio/a
<input type="checkbox"/> Ambedue i genitori	<input type="checkbox"/> Fratello/i	<input type="checkbox"/> Nuora/Genero	<input type="checkbox"/> nessuno
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="text"/>		

INTERVENTI/SERVIZI ATTIVI

Presenza di una rete di volontariato: SI NO

ASSISTENZA PERSONALE: SI NO

Assistenza erogata da badante/assistente assunta con regolare contratto

Assistenza erogata da altra/e persona/e non contrattualizzata (es. familiare)

Altro
(specificare)

SERVIZI DELLA RETE SOCIO-SANITARIA

ADI SI NO Profilo n. € dal al

Figure prof. coinvolte infermiere Educatore

Psicologo

Fisioterapista

OSS

Altro
(specificare)

infermieristiche /tutelari (specificare)

Educative (specificare)

Prestazioni assicurate dall'ADI

Ulteriori prestazioni assicurate dall'ADI

Centro Diurno Integrato (CDI):

part-time

full-time

a contratto

autorizzato/accreditato

Centro Diurno per Disabili (CDD):

part-time

full-time

a contratto

autorizzato/accreditato

dal

al

dal

al

Ricovero di Sollievo (RSA/RSD/CSS):

dal

al

Comunità Residenziale:

dal

al

In attesa di inserimento in
RSA/RSD/CSS/CDI/CDD

Lista Unica: SI NO

Specificare la/le Strutture in cui la persona è in lista:

Altro

(specificare):

SERVIZI DELLA RETE SOCIO-ASSISTENZIALE

SAD
settimana

n. accessi

tot. ore sett.li

Servizio attivo di sera o/e nei festivi

<input type="checkbox"/> Personale assist.le coinvolto		<input type="text"/>		
	Costo Mensile €	<input type="text"/>		
	Totale quota Comune €	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Servizio pasti a domicilio	Quota Comune €	<input type="text"/>	Quota Utente €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Servizio lavanderia	Quota Comune €	<input type="text"/>	Quota Utente €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Alloggi protetti	Quota Comune €	<input type="text"/>	Quota Utente €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Servizio di trasporto	Quota Comune €	<input type="text"/>	Quota Utente €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Telesoccorso	Quota Comune €	<input type="text"/>	Quota Utente €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CSE	Quota Comune €	<input type="text"/>	Quota Utente €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> SFA	Quota Comune €	<input type="text"/>	Quota Utente €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Servizi minori (specificare)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="text"/>			

AUSILI IN DOTAZIONE

<input type="checkbox"/> Letto	<input type="checkbox"/> Montascale	
<input type="checkbox"/> Carrozzina	<input type="checkbox"/> Ausili Comunicazione	
<input type="checkbox"/> Sollevatore	<input type="checkbox"/> Ausili nutrizione (precisare)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ausili per incontinenza	<input type="checkbox"/> Ausili respirazione (precisare)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altro (precisare)	<input type="text"/>	

CERTIFICAZIONI

<input type="checkbox"/> Invalidità Civile %	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Esenzione ticket sanitario (specificare codice/i):
<input type="checkbox"/> Indennità accompagnamento	1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> L.104/92 Handicap grave	3) <input type="text"/>	4) <input type="text"/>

SCHEDA DI VALUTAZIONE

VALUTAZIONI E ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA*

Data Valutazione

<input type="checkbox"/> Triage (scheda orientamento)	data	<input type="text"/>	Valore totale Triage	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> VAOR	data	<input type="text"/>	Spec. profilo esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CIRS	data	<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> RSS	data	<input type="text"/>	Valore totale RSS	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ADL	data	<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IADL	data	<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> SIDi	data	<input type="text"/>	Valore totale SIDi	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Certificazione Specialistica	data	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Relazione clinica per minori	data	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Glasgow			esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Scheda Valutazione Condizione Dipendenza Vitale (a cura MMG/PdF)	data	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Scheda Orientamento per accesso Residenzialità Assistita in Comunità Religiose				<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altro (specificare):		<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>

**Copia degli strumenti di valutazione utilizzati deve essere allegata al Progetto Individuale*

MISURA ASSEGNATA:

<input type="checkbox"/> Misura 2 – Residenzialità Leggera/Assistita
<input type="checkbox"/> Misura 3 – Residenzialità per minori con gravissima disabilità
<input type="checkbox"/> Misura 4 – RSA Aperta
<input type="checkbox"/> Misura “Residenzialità Assistita in Comunità Religiose” - DGR 4086/15
<input type="checkbox"/> Altro (indicare altri Servizi della Rete Sociale e Sociosanitaria più idonei nel caso in cui l'utente, a seguito di valutazione, non rientri in nessuna delle Misure richieste):
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Parte da compilare solo in caso di verifica/revisione effettuata in data <input type="text"/> per:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Richiesta del familiare <input type="checkbox"/> Richiesta dell'utente <input type="checkbox"/> Richiesta del Comune

R
i
n
o
v
o

Altro
(specificare):

PROGETTO INDIVIDUALE

OBIETTIVI GENERALI

data

(DESCRIVERE IN MODO DETTAGLIATO GLI ELEMENTI PRINCIPALI DELLA VALUTAZIONE E GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO DA RAGGIUNGERSI CON LA MISURA ASSEGNATA)

SCHEDA VOUCHER MISURA 2 – PRIMA VALUTAZIONE

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

Periodo complessivo proposto dal al
(max fino al __/__/__)

Data Valutazione Voucher n.

Livello bassa intensità 300 minuti ass. settimanali (€ 14 die) al
dal
(max fino al __/__/__)

Livello media intensità 500 minuti settimanali (€ 24 die) al
dal
(max fino al __/__/__)

Previsione valore totale Voucher periodo proposto* €

*(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)

Obiettivi:

Interventi da sostenere:

Figure Professionali necessarie:

Ente Erogatore scelto dall'utente

Luogo e Data Firma del beneficiario/delegato*

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

Data Valutazione

Voucher n.

Livello bassa intensità 300 minuti ass. settimanali (€ 14 die) al
dal

(max fino al __/__/__)

Livello media intensità 500 minuti settimanali (€ 24 die) al
dal

(max fino al __/__/__)

Previsione valore totale Voucher periodo proposto* €

*(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)

Obiettivi:

Interventi da sostenere:

Figure Professionali necessarie:

Ente Erogatore scelto dall'utente

Luogo e Data Firma del beneficiario/delegato*

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

SCHEDA VOUCHER MISURA 2 – RIVALUTAZIONE

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

Periodo complessivo proposto dal al
(max fino al __/__/__)

Data rivalutazione Voucher n.

Livello bassa intensità 300 minuti ass. settimanali (€ 14 die) al
dal
(max fino al __/__/__)

Livello media intensità 500 minuti settimanali (€ 24 die) al
dal
(max fino al __/__/__)

Previsione valore totale Voucher periodo proposto* €

*(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)

Obiettivi:

Interventi da sostenere:

Figure Professionali necessarie:

Ente Erogatore scelto dall'utente

Luogo e Data Firma del beneficiario/delegato*

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

Data Rivalutazione Voucher n.

Livello bassa intensità 300 minuti ass. settimanali (€ 14 die) al
dal
(max fino al __/__/__)

Livello media intensità 500 minuti settimanali (€ 24 die) al
dal
(max fino al __/__/__)

Previsione valore totale Voucher periodo proposto* €

*(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)

Obiettivi:

Interventi da sostenere:

Figure Professionali necessarie:

Ente Erogatore scelto dall'utente

Luogo e Data Firma del beneficiario/delegato*

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

SCHEDA MISURA "RESIDENZIALITA' ASSISTITA IN COMUNITA' RELIGIOSE" – DGR 4086/15

PRIMA VALUTAZIONE

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

Periodo complessivo proposto dal al
(max fino al __/__/__)

Data valutazione Voucher n.

Livello bassa intensità 200 minuti ass. settimanali (€ 10 die) dal al

(max fino al __/__/__)

Livello media intensità minuti sett.li* (€ 18 die) dal al

**(livello media intensità almeno 300 minuti sett.li di assistenza)*

(max fino al __/__/__)

Livello alta intensità minuti sett.li *: (€ 24 die) dal al

**(livello media intensità almeno 400 minuti sett.li di assistenza)*

(max fino al __/__/__)

Previsione valore totale Voucher periodo proposto* €

**(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)*

Obiettivi/interventi da sostenere:

Figure Professionali necessarie:

Istituto Religioso

Luogo e Data

Firma del beneficiario/delegato*

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

**nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)*

Data valutazione Voucher n.

Livello bassa intensità 200 minuti ass. settimanali (€ 10 die) dal al

(max fino al __/__/__)

Livello media intensità minuti [] (€ 18 die) dal [] al []
sett.li*:

**(livello media intensità almeno 300 minuti sett.li di assistenza) (max fino al __/__/__)*

Livello alta intensità minuti sett.li *: [] (€ 24 die) dal [] al []

**(livello media intensità almeno 400 minuti sett.li di assistenza) (max fino al __/__/__)*

Previsione valore totale Voucher periodo proposto* € []

**(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)*

Obiettivi/interventi da sostenere:

Figure Professionali necessarie:

Istituto Religioso []

Luogo e Data []

Firma del beneficiario/delegato* []

Firma dell'operatore di riferimento []

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data []

**nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)*

SCHEDA MISURA "RESIDENZIALITA' ASSISTITA IN COMUNITA' RELIGIOSE" – DGR 4086/15

RIVALUTAZIONE

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

Periodo complessivo proposto dal [] al []

(max fino al __/__/__)

Data Rivalutazione []

Voucher n. []

Livello bassa intensità 200 minuti ass. settimanali (€ 10 die) [] al []

dal

(max fino al __/__/__)

Livello media intensità minuti [] (€ 18 die) dal [] al []
sett.li*:

*(livello media intensità almeno 300 minuti sett.li di assistenza) (max fino al __/__/__)

Livello alta intensità minuti sett.li *: [] (€ 24 die) dal [] al []

*(livello media intensità almeno 400 minuti sett.li di assistenza) (max fino al __/__/__)

Previsione valore totale Voucher periodo proposto* € []

*(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)

Obiettivi/interventi da sostenere:

Figure Professionali necessarie:

Istituto Religioso

Luogo e Data

Firma del beneficiario/delegato*

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

Data Rivalutazione

Voucher n.

Livello bassa intensità 200 minuti ass. settimanali (€ 10 die)

al

dal

(max fino al __/__/__)

Livello media intensità minuti [] (€ 18 die) dal []

al

sett.li*:

*(livello media intensità almeno 300 minuti sett.li di assistenza)

(max fino al __/__/__)

Livello alta intensità minuti sett.li *: (€ 24 die) dal al

*(livello media intensità almeno 400 minuti sett.li di assistenza)

(max fino al __/__/__)

Previsione valore totale Voucher periodo proposto* €

*(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)

Obiettivi/interventi da sostenere:

Figure Professionali necessarie:

Istituto Religioso

Luogo e Data

Firma del beneficiario/delegato*

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

SCHEDA VOUCHER MISURA 3 – PRIMA VALUTAZIONE

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

Periodo complessivo proposto dal al

(max fino al __/__/__)

Data valutazione

Struttura proposta:

Livello media intensità 2500 min. ass. settimanali (€ 140 die)
dal

al

(max fino al __/__/__)

Livello alta intensità 3500 min. settimanali (€ 200 die) al

dal

(max fino al __/__/__)

Previsione valore totale Voucher periodo proposto* €

*(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)

Ente Erogatore scelto dall'utente

Luogo e Data

Firma del beneficiario/delegato*

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

SCHEDA VOUCHER MISURA 3 – RIVALUTAZIONE

Data Rivalutazione

Struttura proposta:

Livello media intensità 2500 min. ass. sett.li (€ 140 die) dal al
(max fino al __/__/__)

Livello alta intensità 3500 min. ass. sett.li (€ 200 die) dal al
(max fino al __/__/__)

Previsione valore totale Voucher periodo proposto* €

*(valore voucher moltiplicato per i giorni previsti nel periodo indicato)

Ente Erogatore scelto dall'utente

Luogo e Data Firma del beneficiario/delegato*

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

SCHEDA VOUCHER MISURA 4 – PRIMA VALUTAZIONE

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

Periodo complessivo proposto dal al
(max fino al __/__/__)

Data valutazione Voucher n.

Profilo 1 – Voucher € 350,00 mensili periodo dal al

Profilo 2 – Voucher € 500,00 mensili periodo dal al

Profilo 3 – Voucher € 700,00 mensili periodo dal al

Figure Professionali Previste:

ASA/OSS Infermiere Professionale Medico FKT

Psicologo Educatore/Animatore Assistente Sociale

Prestazioni/Interventi previsti:

Integrazione del lavoro del caregiver Ricovero Residenziale RSA

Ricovero Semi-residenziale CDI/RSA: Interventi qualificati di
accompagnamento

Accoglienza in RSA Addestramento del caregiver

- Accoglienza in CDI
- Adattamento degli Ambienti
- Stimolazione cognitiva, di sost. a BPSD
- Valutazione semplice (€ 81,00)
- Valutazione complessa (€ 162,00)
- Attività integrative presso RSA o CDI:
 -
 -

- Counseling e terapia occupazionale
- Care management Leggero (€ 14,00)
- Care m. Media/Alta intens. (€ 41,00)
- Care management Intenso (€ 81,00)
- Altro
- Altro
- Altro

Note: descrivere dettagli Progetto:

Ente Erogatore scelto dall'utente

Luogo e Data

Firma del beneficiario/delegato*

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

Data valutazione

Voucher n.

Profilo 1 – Voucher € 350,00 mensili dal

periodo al

Profilo 2 – Voucher € 500,00 mensili dal

periodo al

Profilo 3 – Voucher € 700,00 mensili dal

periodo al

Figure Professionali Previste:

ASA/OSS

Infermiere Professionale

Medico

FKT

Psicologo

Educatore/Animatore

Assistente Sociale

Prestazioni/Interventi previsti:

Integrazione del lavoro del caregiver

Ricovero Residenziale RSA

Ricovero Semi-residenziale CDI/RSA:

Interventi qualificati di accompagnamento

- Accoglienza in RSA
- Accoglienza in CDI
- Adattamento degli Ambienti
- Stimolazione cognitiva, di sost. a BPSD
- Valutazione semplice (€ 81,00)
- Valutazione complessa (€ 162,00)
- Attività integrative presso RSA o CDI:
 -
 -

- Addestramento del caregiver
- Counseling e terapia occupazionale
- Care management Leggero (€ 14,00)
- Care m. Media/Alta intens. (€ 41,00)
- Care management Intenso (€ 81,00)
-
- Altro
-
- Altro

Note: descrivere dettagli Progetto:

Ente Erogatore scelto dall'utente

Luogo e Data

Firma del beneficiario/delegato*

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

SCHEDA VOUCHER MISURA 4 – RIVALUTAZIONE

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

Periodo complessivo proposto dal al
(max fino al __/__/__)

Data Rivalutazione Voucher n.

- Profilo 1 – Voucher € 350,00 mensili dal periodo al
- Profilo 2 – Voucher € 500,00 mensili dal periodo al
- Profilo 3 – Voucher € 700,00 mensili dal periodo al

Figure Professionali Previste:

- ASA/OSS Infermiere Professionale Medico FKT
- Psicologo Educatore/Animatore Assistente Sociale

Prestazioni/Interventi previsti:

- Integrazione del lavoro del caregiver
- Ricovero Semi-residenziale CDI/RSA:
 - Accoglienza in RSA
 - Accoglienza in CDI
 - Adattamento degli Ambienti
 - Stimolazione cognitiva, di sost. a BPSD
 - Valutazione semplice (€ 81,00)
 - Valutazione complessa (€ 162,00)
- Attività integrative presso RSA o CDI:
 -
 -
- Ricovero Residenziale RSA
- Interventi qualificati di accompagnamento
- Addestramento del caregiver
- Counseling e terapia occupazionale
- Care management Leggero (€ 14,00)
- Care m. Media/Alta intens. (€ 41,00)
- Care management Intenso (€ 81,00)
- Altro
- Altro
- Altro

Note: descrivere dettagli Progetto:

Ente Erogatore scelto dall'utente

Luogo e Data

Firma del beneficiario/delegato*

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

Data Rivalutazione

Voucher n.

Profilo 1 – Voucher € 350,00 mensili dal

periodo al

Profilo 2 – Voucher € 500,00 mensili dal

periodo al

Profilo 3 – Voucher € 700,00 mensili dal

periodo al

Figure Professionali Previste:

ASA/OSS

Infermiere Professionale

Medico

FKT

Psicologo

Educatore/Animatore

Assistente Sociale

Prestazioni/Interventi previsti:

Integrazione del lavoro del caregiver

Ricovero Residenziale RSA

Ricovero Semi-residenziale CDI/RSA:

Interventi qualificati di accompagnamento

Accoglienza in RSA

Addestramento del caregiver

Accoglienza in CDI

Counseling e terapia occupazionale

Adattamento degli Ambienti

Care management Leggero (€ 14,00)

Stimolazione cognitiva, di sost. a BPSD

Care m. Media/Alta intens. (€ 41,00)

Valutazione semplice (€ 81,00)

Care management Intenso (€ 81,00)

Valutazione complessa (€ 162,00)

Altro

Attività integrative presso RSA o CDI:

Altro

Altro

Note: descrivere dettagli Progetto:

Ente Erogatore scelto dall'utente

Luogo e Data

Firma del beneficiario/delegato*

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

COSTI TOTALI DELLE AZIONI PREVISTE DAL PROGETTO:

Azione/Interventi/Misura

€

Azione/Interventi/Misura

€

Azione/Interventi/Misura

€

Azione/Interventi/Misura

€

Budget di cura Totale €

CASE MANAGER DEL PROGETTO:

Nome

Cognome

Ente (ASST/Comune):

L'utente consapevole che la scelta dell'Ente Erogatore va dichiarata con apposita modulistica all'ASST competente entro un mese dalla consegna del PI (Progetto Individuale) pena la decadenza della Misura richiesta

DICHIARA

di comunicarlo all'ASST entro i termini sopraindicati

N.B. IN CASO DI STESURA DI NUOVO PROGETTO ALLEGARE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE UTILIZZATA AI FINI DELLA VALUTAZIONE

Firma degli Operatori Referenti di Comune e ASST

Firma Referente Medico Presidio Territoriale ASST

Firma Referente Comune

Firma Case Management (Operatore ASST)

SOTTOSCRITTORE PROGETTO INDIVIDUALE (UTENTE/FAMILIARE)

CONDIVIDO E CONCORDO QUANTO PREVISTO NEL PROGETTO INDIVIDUALE (PI) PROPOSTOMI DA: UCAM/EOH/COMUNE

Luogo e Data

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 30.06.03 n. 196, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e/o Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale e/o ASL di Brescia, anche con l'ausilio di mezzi informatici. Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a/delegato/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

Luogo e Data

FIRMA

Note per la compilazione

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

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

Tutte le voci presenti nel PI devono essere compilate;

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

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

ASST (depositaria del PI)

Comune/Ambito

utente (per la consegna all'Ente Erogatore)

MMG/PdF

5. Il PI deve essere sottoscritto:

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

dall'Operatore del Comune di residenza dell'utente

dal Referente Medico del Presidio Territoriale

dal Case Management (Operatore ASST)

6. Al PI occorre allegare copia della documentazione utilizzata per la valutazione o la rivalutazione;

7. In caso di variazione dei livelli/voucher di intensità assistenziale (delle Misure 2 o 4 / Misura Residenzialità Assistita in Comunità Religiose DGR 4086/15), a seguito di modifica delle condizioni dell'utente, ricompilare le SCHEDE:

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

8. Il progetto può contenere più schede voucher in ragione dei livelli/profili assegnati; Le pagine corrispondenti alle schede possono essere stampate in numero adeguato;

⚡ La pagina relativa alla misura 3 deve essere stampata solo se necessaria;

⚡ Il valore totale del profilo (Misura 4) deve considerare anche il costo della valutazione o del Care Management.