

DISTURBI PSICHICI E COGNITIVI
comuni substrati multidisciplinari

15/16 Dicembre 2017
Firenze, Convitto della Calza

**CENTRO PER I DISTURBI
COGNITIVI E LE DEMENZE (CDCD):
LA RIORGANIZZAZIONE DELLA
USL TOSCANA CENTRO**

PASQUALE PALUMBO

DIRETTORE AREA
MALATTIE CEREBROVASCOLARI E DEGENERATIVE
DIPARTIMENTO SPECIALISTICHE MEDICHE
USL TOSCANA CENTRO



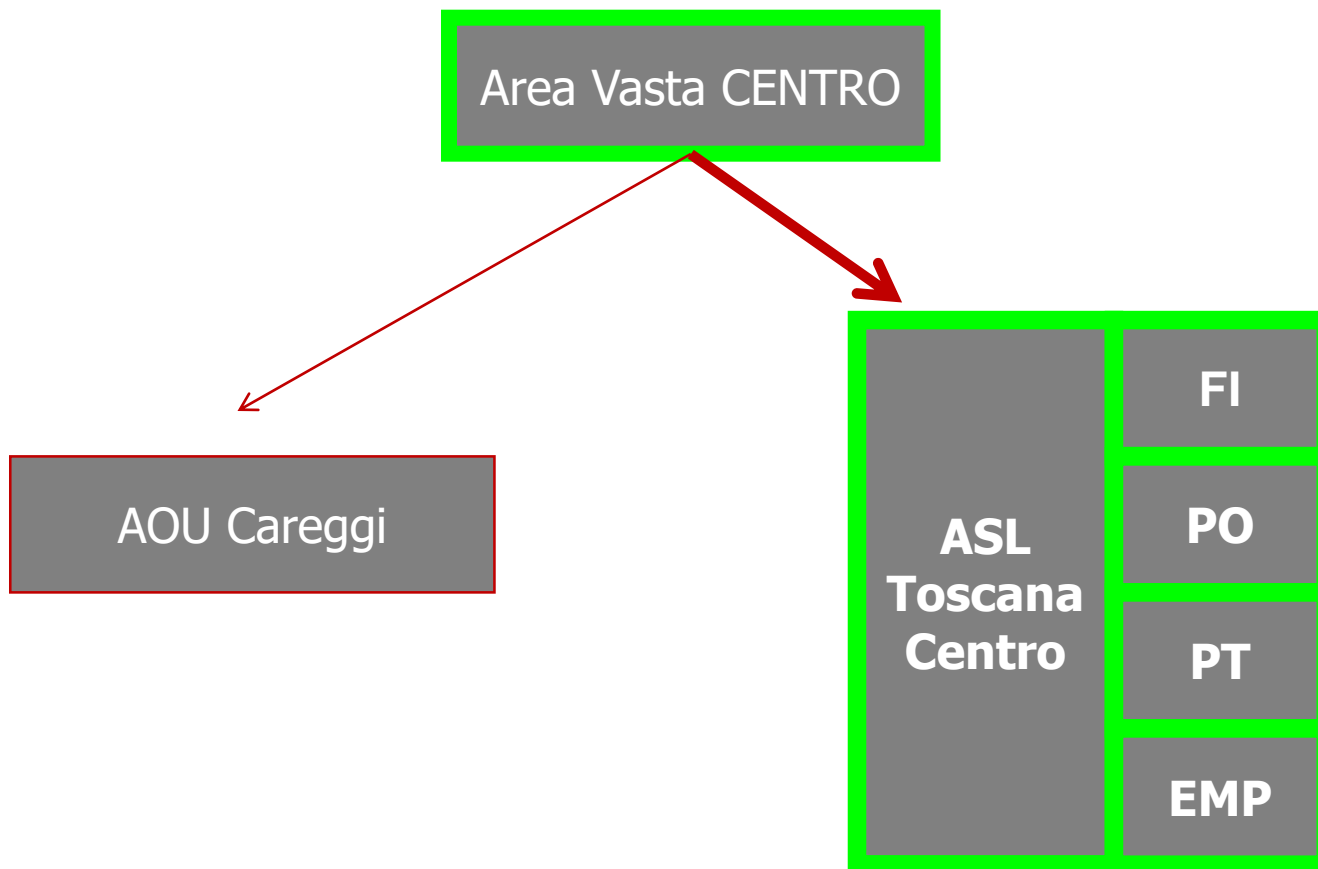
La riforma del Servizio Sanitario della Regione Toscana



La riforma regionale del SSR della Toscana, LR n° 84 del 28 dic 2015, ha modificato la LR 40/2005 e configura un nuovo quadro organizzativo caratterizzato da un **profondo cambiamento strutturale che spinge il sistema verso una maggiore condivisione** tra equipe e territori diversi e la realizzazione di reti cliniche integrate nell'ambito dell'azienda sanitaria territoriale e dell'area vasta.

In questo scenario, i professionisti stanno partecipando alla realizzazione delle reti cliniche, interpretando la riorganizzazione come un'opportunità per implementare servizi in grado di rispondere sempre meglio ai bisogni del paziente.

L' Area Vasta Centro oggi... le novità



2 Aziende Sanitarie dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica



*Azienda USL Toscana Centro
Area malattie cerebro-vascolari e degenerative
Dipartimento delle Specialistiche Mediche*

Linee di indirizzo per l'organizzazione dei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) nella Azienda USL Toscana Centro

Gruppo di lavoro:

*Pasquale Palumbo (ASL TC), Manlio Matera (AIMA),
Carlo Adriano Biagini (PT), Donatella Calvani (PO), Enrico Benvenuti (FI),
Maristella Piccininni (FI), Antonella Notarelli (EMP)*

Documento approvato in data 09.10.2017

Documenti di riferimento

- *Progetto CRONOS*
- *Piano Nazionale Demenze (PND)*
- *Linea Guida "Sindrome Demenza Diagnosi e Trattamento", Revisione 2015, del Consiglio Sanitario Regionale della Toscana*
- *Piano Regionale Demenze Emilia Romagna*
- *PDTA per le Demenze della ASL di Brescia (territorio con una lunga storia di impegno nella clinica, nell'organizzazione dei servizi e nella ricerca per la Demenza)*
- *Linee di indirizzo Nazionali sui PDTA per le demenze del Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del PND, attualmente in attesa di approvazione da parte della Conferenza Unificata Stato-Regioni*

Il Modello Organizzativo

In accordo con il Piano Nazionale Demenze (PND), la AUSL Toscana Centro conferma l'esigenza di ambulatori specialistici dedicati alla Demenza, accogliendo la denominazione di Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD).

I CDCD sono attori del PDTA Aziendale e possono essere a gestione geriatrica o neurologica.

Ogni CDCD è coordinato dal Direttore di Unità Operativa o da un suo delegato

L' Azienda garantisce un responsabile scientifico, che promuova e coordini l'attività di formazione e ricerca, al fine di garantire, da parte di tutti i CDCD, la miglior qualità possibile delle prestazioni, in modo omogeneo, anche per eventuali innovazioni.

Il Direttore di Area è responsabile degli aspetti organizzativi e gestionali e della relazione con gli altri attori del PDTA (Regione, MMG, Distretti, Servizi Sociali, Ospedali, CDCD dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria)

Articolazione territoriale

Il CDCD ha una dimensione almeno "distrettuale" e può avere una dimensione ospedaliera con una proiezione territoriale di ambulatori, che operano con una dipendenza funzionale dal CDCD di riferimento, che garantisce:

- a) coordinamento delle funzioni;*
- b) appropriatezza e omogeneità metodologica, in aderenza con le linee guida;*
- c) adeguamento allo sviluppo della ricerca, in termini di farmaci e biomarcatori*

Tipologia dell'utenza

Al CDCD afferiscono tutte le persone con anamnesi positiva per disturbo cognitivo.

Non si considera appropriato l'invio al CDCD di pazienti che necessitano di certificazione (Commissione di Invalidità, Patente di Guida, ecc.), per i quali è stato definito un percorso ad hoc.

L'equipe del CDCD

- *Medico Specialista (Neurologo, Geriatra) con esperienza nella diagnosi, terapia e gestione della demenza*
- *Psicologo con formazione neuropsicologica*
- *Infermiere esperto nel "Case Management" delle demenze che affianca il Medico nel processo di cura e si occupa dell'accoglienza delle richieste telefoniche di familiari e MMG, nonché di tutti gli aspetti che garantiscono continuità assistenziale ed efficienza organizzativa. In collaborazione con AIMA, effettua counseling relativo ai bisogni assistenziali alle persone affette da demenza in carico, ed ai loro familiari.*

Le prestazioni garantite dal CDCD

- *inquadramento diagnostico;*
- *trattamento e monitoraggio dei disturbi cognitivi e comportamentali, con presa in carico della persona affetta da demenza e dei suoi familiari, dalla diagnosi alla fase di "fine vita";*
- *proposta inserimenti in Centri Diurni Alzheimer e Moduli Alzheimer di RSA e loro valutazione periodica;*
- *consulenze per le UVM ed audit sui casi di maggior impegno sociosanitario;*
- *collegamento con neurochirurgia per idrocefalo normoteso ed altre patologie chirurgiche;*
- *collegamento con centri specialistici per ev. test genetici;*

Modalità di accesso

La prima visita

Il primo accesso al CDCD può avvenire:

- *dopo valutazione ed invio da parte dello specialista neurologo o geriatra*
- *su invio da parte del MMG, dopo valutazione e screening attraverso check list e test diagnostici (Minicog, test di Pfeiffer e/o MMSE)*

Nel primo caso lo specialista neurologo o geriatra prescriverà al CUP una visita presso il CDCD della neurologia o della geriatria per Disturbi Cognitivi.

Nel secondo caso il MMG prescriverà al CUP una visita neurologica o geriatrica presso il CDCD della neurologia o della geriatria apponendo la dizione “percorso demenza”.

Le altre prescrizioni del MMG afferiranno comunque ad un neurologo o geriatra, i quali potranno, comunque successivamente inviare il paziente al CDCD.

Ogni CDCD ha una linea telefonica raggiungibile durante i giorni lavorativi.

La durata della prima visita è di 30 minuti.

La valutazione neuropsicologica e funzionale è di ulteriori 30 minuti.

Visita per sospetto decadimento delle funzioni cognitive

A) Valutazione anamnestica e clinica

- Anamnesi
- Esame obiettivo generale e neurologico
- Ipotesi diagnostiche

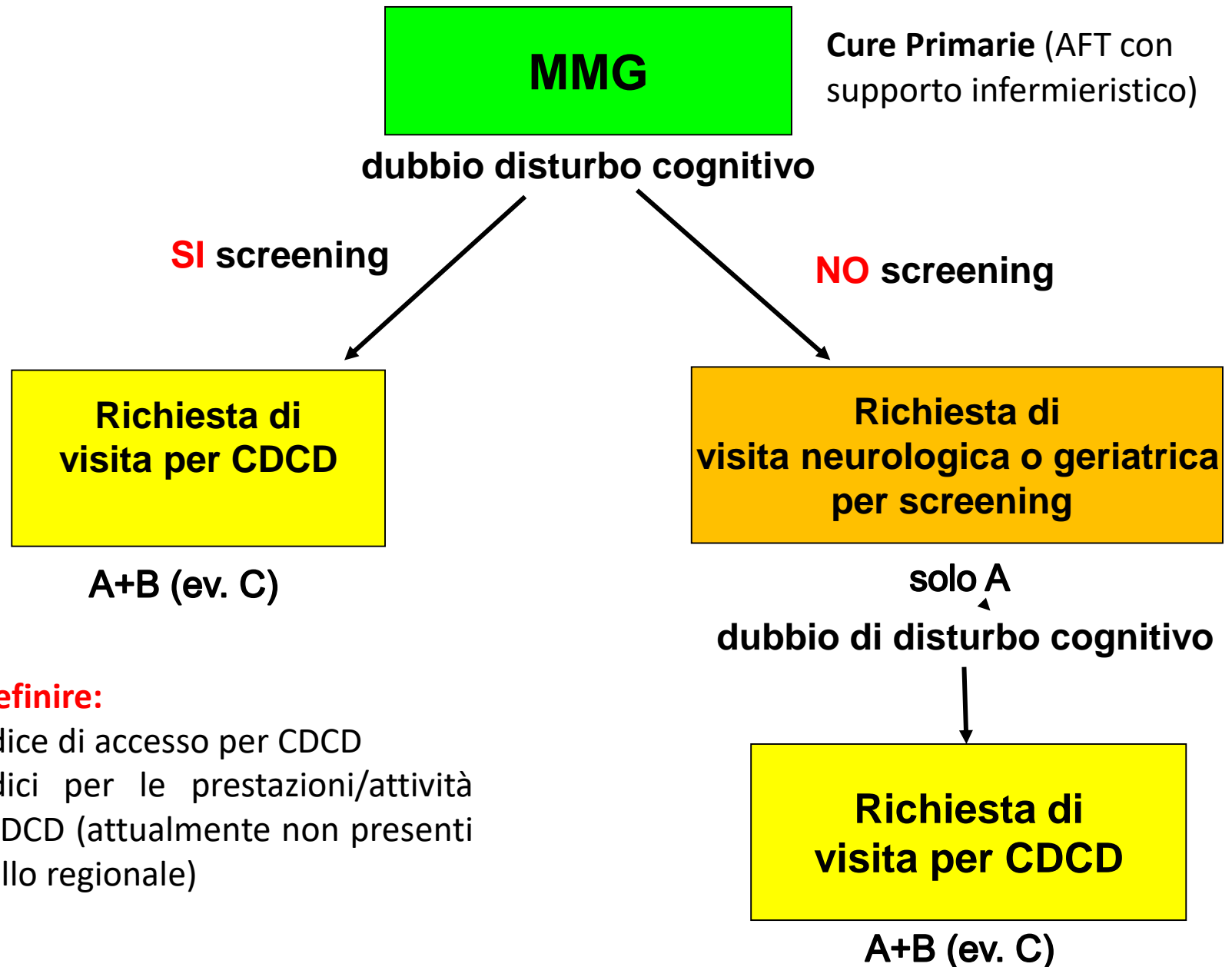
B) Valutazione cognitivo - comportamentale e funzionale

- Cognitiva di base: MMSE + Clock test
- Comportamentale di base: NPI ridotta
- Sintomatologia depressiva: GDS
- Funzionale: IADL+BADL

C) Valutazione neuropsicologica estesa (test di II livello)

Conclusioni diagnostiche (comunicazione + lettera MMG con ev. richiesta esami e visita controllo CDCD)

Possibili modalità di invio al CDCD da parte del MMG



Da definire:

- ✓ codice di accesso per CDCD
- ✓ codici per le prestazioni/attività del CDCD (attualmente non presenti a livello regionale)

Modalità di accesso

La visita di controllo

La prenotazione della visita dei controlli successivi avviene da parte dello specialista del CDCD che ha già in carico il paziente.

Il percorso di cura del paziente può essere gestito attraverso lo strumento organizzativo del Day Service, ed è tale setting clinico assistenziale che garantisce eventuali visite di controllo non programmate dallo specialista.

Nella visita di controllo si svolgono anche le seguenti attività: completamento iter diagnostico, impostazione follow-up terapeutico e gestione eventi intercorrenti, eventuale richiesta di approfondimento clinico – diagnostico, referto per il MMG, verifica di accettazione diagnosi, invio per interventi psicosociali.

La durata della visita di controllo è di 30 minuti e comprende la valutazione neuropsicologica e funzionale; prevede anche l'orientamento della famiglia ai servizi presenti sul territorio, inclusa l'AIMA ed altre associazioni di tutela per patologie, la pianificazione di eventuali interventi farmacologici e psicosociali, l'appuntamento per la visita di controllo successiva.

La comunicazione della diagnosi

La letteratura sottolinea il valore etico della comunicazione della diagnosi e della informativa relativa al consenso informato, sia per il malato che per il familiare.

Una corretta prassi di comunicazione richiede una riflessione su tre aspetti:

- 1. dedicare tempo alla comunicazione*
- 2. valutare la personalità, la consapevolezza e la capacità di agire del paziente*
- 3. seguire modelli di comunicazione di "cattive" notizie (gradualità delle informazioni, possibilità e opportunità di cura)*

I test neuropsicologici

La valutazione neuropsicologica e funzionale di 1 livello è caratterizzata da:

- Valutazione cognitiva di base: MMSE + Clock test
- Valutazione comportamentale di base: NPI
- Valutazione sintomatologia depressiva: GDS
- Valutazione funzionale: *IADL+ BADL*
- Eventuale "test di performance" per singole problematiche.

La prestazione viene prenotata al CUP, ha una durata di 30 minuti ed è erogata dallo specialista neurologo o geriatra del CDCD.

La valutazione neuropsicologica di 2 livello è caratterizzata da:

Valutazione di base (quella condivisa nel 2012 dalle UVA, ora CDCD, della regione Toscana) + ev. test specifici per singole problematiche.

La prestazione viene prenotata al CUP, ha una durata di 2 ore e può essere erogata esclusivamente dal neuropsicologo (tempo richiesto 120 minuti per lo psicologo, di cui 20 minuti con medico CDCD per condivisione e comunicazione al paziente ed ai suoi familiari).

La formazione degli operatori

La formazione deve essere continua e finalizzata a garantire una diagnosi tempestiva ed un'adeguata qualità delle cure in qualsiasi contesto.

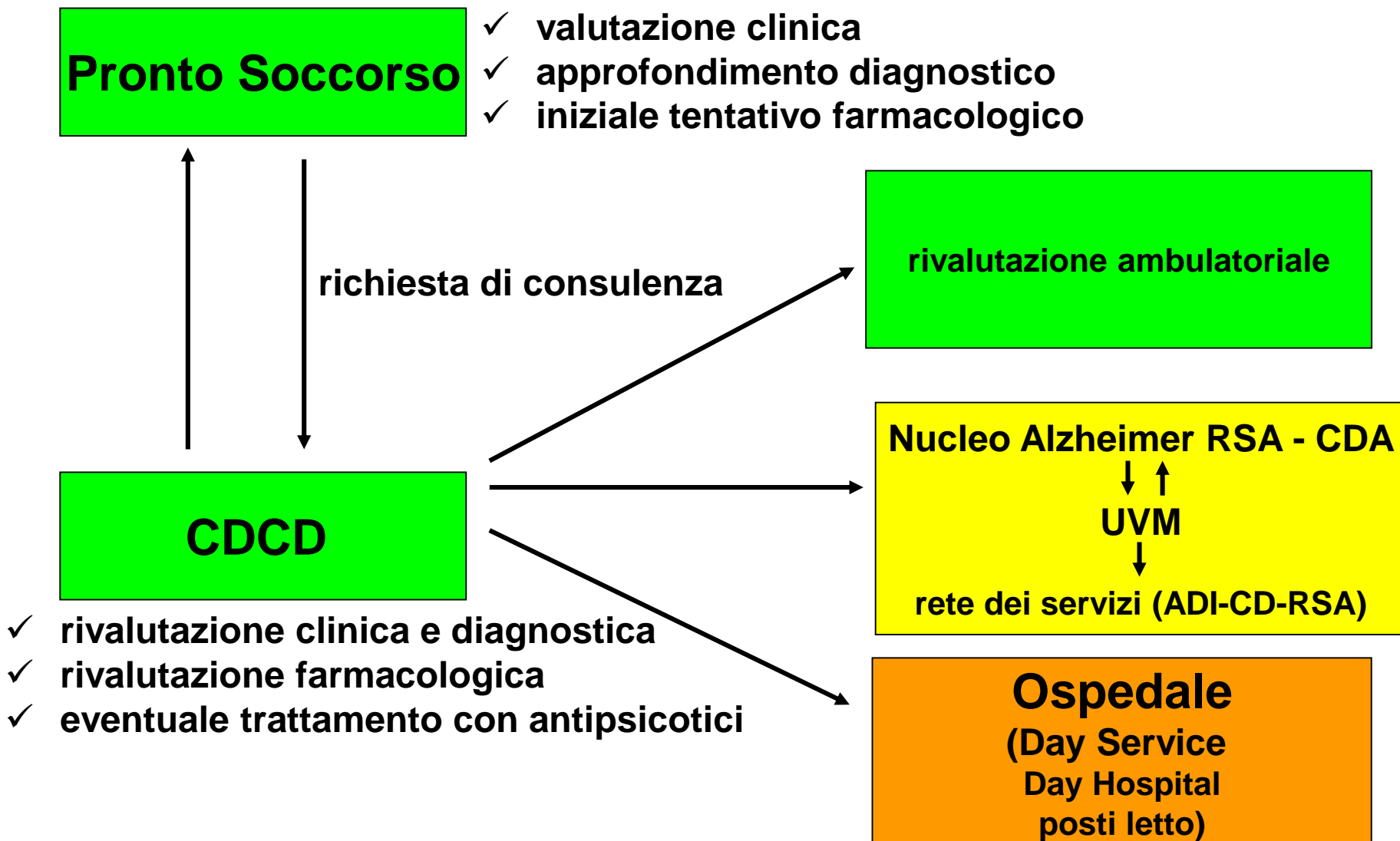
E' l'antidoto più efficace alle crisi che sempre possono comparire nel corso di esperienze lavorative complesse e pesanti, come quelle che caratterizzano la clinica e l'assistenza della persona affetta da demenza. Pertanto deve riguardare tutti gli operatori della rete dei servizi.

Nell'ambito della formazione deve trovare uno spazio centrale lo sviluppo della relazione tra operatore e paziente, tra operatore e familiari del paziente, e della capacità di integrare le competenze professionali.

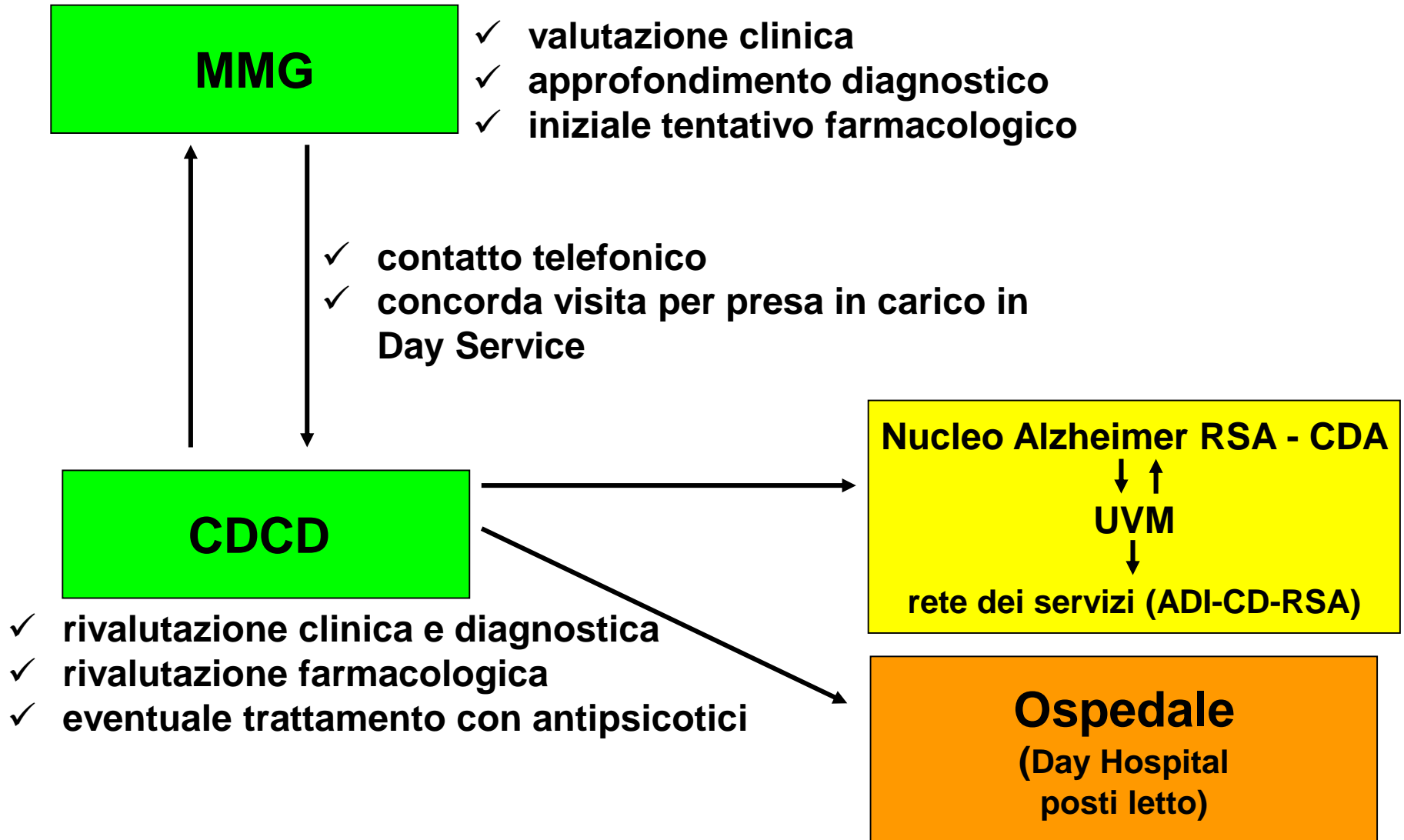
Ricorso al PS/DEA per BPSD

- Laddove i medici del PS non rilevano patologia che richieda il ricovero ospedaliero possibilità di intervento CDCD (fast - track, entro 24 ore) utilizzando se necessario Day Service...
- Una volta escluso necessità di ricovero ospedaliero, se non è possibile far rientrare a domicilio il pz a causa dei BPSD possibilità da parte del CDCD di invio in nucleo Alzheimer in RSA con successiva valutazione UVM

Possibile percorso CDCD/Pronto Soccorso in presenza di gravi disturbi del comportamento



Possibile percorso CDCD/MMG in presenza di gravi disturbi del comportamento



RETE DEI SERVIZI

- **Territorio**

MMG, AD, ADI, CD, CDA

- **RSA**

Piccoli nuclei diffusi sul territorio

Moduli "base" e "specialistici"

Ospiti:

permanenti, temporanei, diurni

- **Strutture Intermedie**
(*"tensione riabilitativa"*)

- **Ospedale**

Reparti Intensivi

Reparti Post-intensivi

Day Hospital

Day Service

Pronto Soccorso

RETE DELLA SOLIDARIETÀ

- Famiglia
- Vicinato
- Volontariato

**Persona
affetta
da demenza/CDCD**

La rete dei servizi deve compenetrarsi con la rete della solidarietà per mantenere la persona affetta da demenza nel mondo della vita

Le prospettive future

Il documento sui CDCD che abbiamo condiviso nella Azienda USL Toscana Centro lo consideriamo un punto di partenza per:

- far sì che il CDCD sia un **reale snodo** sanitario per il paziente e la sua famiglia in grado di connettere diverse professionalità, discipline e settori della società, per integrare al meglio **l'ambito ospedaliero e territoriale**, ma anche **l'ambito sanitario con quello sociale**;
- realizzare un **team di lavoro** in cui medico (geriatra o neurologo), infermiere e neuropsicologo siano fortemente interagenti ed integrati;
- affermare il ruolo di un **infermiere case manager** come elemento del team in grado di presidiare la presa in carico dei pazienti, governando la continuità assistenziale e l'efficienza organizzativa;
- sottolineare l'importanza che ogni CDCD possa contare sulla figura di un **neuropsicologo esperto** in grado di garantire diagnostica di 2 livello e riabilitazione cognitiva;
- realizzare una **rete funzionale dei CDCD** (infrastrutture e sistemi informatici di comunicazione, raccolta dati e cartelle cliniche, equità di accesso, omogeneità delle prestazioni, formazione)



REGIONE TOSCANA

UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 11-12-2017 (punto N 26)

Delibera

N 1402

del 11-12-2017

Proponente

STEFANIA SACCARDI

DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)

Dirigente Responsabile Barbara TRAMBUSTI

Estensore SARA MADRIGALI

Oggetto

Piano Regionale Demenze e Indicazioni per l'organizzazione di una rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari in attuazione del Piano Nazionale Demenze. Recepimento del PDTA nazionale e delle Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per le demenze.

Take Message

- La riorganizzazione del sistema ci induce ad abbandonare chiusure pregiudiziali e difese del proprio territorio, mettendo tutti in gioco in una dinamica multidisciplinare e multiprofessionale
- E' auspicabile che, così come sta avvenendo per gli aspetti organizzativi, anche da un punto di vista scientifico e professionale si vada incontro ad una nuova stagione dove il terreno di confronto, non dovrà essere più la difesa del primato della propria disciplina ma i substrati comuni finalizzati ad una più ampia comprensione delle patologie ed ad una migliore qualità clinica ed assistenziale