

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

REGIONE DEL VENETO



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 2044 DEL 13/12/2022

O G G E T T O

PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITÀ CLINICHE DEI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE E DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ALZHEIMER "PRODEM".

Proponente: DIRETTORE SANITARIO

Anno Proposta: 2022

Numero Proposta: 2194/22

Il Direttore Sanitario, riferisce:

Il disturbo neurocognitivo rappresenta una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale determinando un significativo impatto sul sistema socio-sanitario e una reale difficoltà a raggiungere gli assistiti più fragili e a soddisfare i loro bisogni di salute. Lo sviluppo di un sistema integrato di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali risulta mandatorio per il sostegno della persona con demenza e della sua famiglia durante tutta l'evoluzione della patologia neurodegenerativa.

Perseguendo queste finalità, il "Piano nazionale demenze - strategie per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" di cui all'accordo sancito dalla Conferenza unificata nella seduta del 30 ottobre 2014 (rep. atti. 135/CU) pubblicato nella GU n. 9 del 13 gennaio 2015, ha fornito un modello di riferimento nazionale cui attingere per affrontare, in modo armonico, tramite precisi obiettivi ed azioni, la cura delle demenze, considerando aspetti clinici sociali ed assistenziali, a sostegno del malato e dei familiari durante l'intero percorso di cura.

A sua volta, il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023 (LR n. 48/2018) ha previsto linee di indirizzo specifiche in merito alla rete di sostegno dedicata alle persone con patologie croniche, in particolare con declino cognitivo e demenze.

Per potenziare e semplificare il percorso di cura e assistenza delle persone con declino cognitivo la Giunta Regionale del Veneto, con la DGRV n. 570 del 9 maggio 2019, nel recepire le "Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze" e le "Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze" (Rep. Atti n. 130/CU del 26 ottobre 2017), ha approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale ed ha previsto l'istituzione di una Mappa web di supporto al modello di intervento specifico.

Inoltre, il tavolo regionale permanente per le demenze (Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 6 del 21 gennaio 2020), monitorando il recepimento e l'implementazione del PDTA, ha promosso tutte le azioni finalizzate ad armonizzare e uniformare il modello integrato di presa in carico su tutto il territorio regionale.

Infine, la legge 30 dicembre 2020, n. 178 recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e Bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023" all'art. 1, comma 330, ha istituito il "Fondo per l'Alzheimer e le demenze", con una dotazione di 4,7 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023 e, con il riparto alle Regioni dell'importo di € 14.100.000,00 definito dal Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze del 23 dicembre 2021, sono state assegnate alla Regione del Veneto risorse pari ad € 961.816,29 per il finanziamento delle linee di azione regionali da programmare in applicazione al Piano nazionale demenze.

Contestualmente, per effetto della DGRV n. 595 del 20 maggio 2022, il Direttore della Direzione dei Servizi Sociali della Regione Veneto ha presentato il Piano triennale regionale (2021-2023) "Fondo per l'Alzheimer e le demenze". La programmazione è stata approvata come da comunicazione del Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute prot. n. 0032523 del 13 luglio 2022 e nel contempo con nota prot. 340272 del 2 agosto 2022 la medesima Direzione ne ha richiesto l'approvazione con delibera di Giunta Regionale.

In applicazione del Piano nazionale demenze e considerando la DGRV n. 709 del 20 giugno 2022, si è predisposto un Piano triennale di attività relativo all'Azienda ULSS 8 Berica, denominato "ProDem", con la declinazione delle linee di azione in materia di promozione e miglioramento della qualità ed appropriatezza degli interventi a favore delle persone con demenza che vivono nei territori dell'Azienda ULSS 8 Berica.

In ragione di quanto esposto, si propone pertanto di approvare il Piano di miglioramento delle attività cliniche dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze e della presa in carico del paziente Alzheimer "ProDem" di cui all'Allegato A, parte integrante del presente atto.

Il medesimo Direttore ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

I Direttori Amministrativo e dei Servizi Socio-Sanitari hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

Sulla base di quanto sopra

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

1. di approvare il Piano di miglioramento delle attività cliniche dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze e della presa in carico del paziente con Alzheimer "ProDem" di cui all'Allegato A, parte integrante del presente atto;
2. di trasmettere il presente atto deliberativo ad Azienda Zero e all'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto;
3. di pubblicare la presente all'Albo dell'Ente e nel sito internet aziendale alla pagina "Amministrazione Trasparente" ai sensi del D. Lgs. 14 marzo 2013 n. 33.

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo
(dr. Fabrizio Garbin)

Il Direttore Sanitario
(Parere non richiesto)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
(dr. Achille Di Falco)

IL DIRETTORE GENERALE
(Maria Giuseppina Bonavina)

Copia del presente atto viene inviato al Collegio Sindacale al momento della pubblicazione.

IL DIRETTORE
UOC AFFARI GENERALI



Allegato A

PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITÀ CLINICHE DEI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE E DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ALZHEIMER “PRODEM”

Premessa

L’obiettivo del Piano di Miglioramento “ProDem” dell’Azienda ULSS 8 Berica è quello di potenziare e riorganizzare i servizi offerti per la demenza, creando un punto unico di accesso alle cure per i pazienti con disturbi cognitivi e completando il percorso aziendale di standardizzazione dell’offerta nelle diverse sedi.

In accordo con le indicazioni regionali contenute nelle DGRV n. 570 del 9 maggio 2019 e n.709 del 20 giugno 2022, il Piano Aziendale è stato redatto seguendo i criteri di riferimento, sia generali che specifici, ponendo la massima attenzione ai seguenti punti:

- formulazione di presa in carico dell’intero percorso di malattia - diagnosi, cura e fase terminale - secondo il PTDA della Regione Veneto;
- gestione multidisciplinare da parte di specialisti dedicati per la presa in cura coordinata dei casi più complessi con i professionisti di riferimento del territorio (MAP , Assistenti Sociali, e Infermiere di Comunità.) e le Associazioni dei malati;
- attivazione di piani di cura personalizzati secondo standard di eccellenza (PAI con UVMD) e con percorsi di Telemedicina;
- offerta sanitaria di qualità elevata che assicuri il migliore impatto sulla vita quotidiana dei pazienti, tenga conto delle necessità e delle richieste della famiglia, ottimizzi le risorse e riduca gli sprechi;
- programmi di formazione e di sostegno dei caregivers, grazie al contributo delle associazioni dei malati;
- programmi di formazione riguardanti la conoscenza della malattia e le attività di prevenzione per la popolazione.

Per la predisposizione del piano, si è dapprima provveduto a fare un’analisi delle criticità rilevate nelle diverse sedi (Arzignano, Valdagno e Vicenza) del CDCD dell’Azienda ULSS 8 Berica e delle liste d’attesa per l’accesso al servizio, al fine di effettuare misurazione dei bisogni ed una nuova e più efficiente programmazione dell’offerta. L’attività di audit con la Direzione Strategica ha permesso la formulazione dei seguenti obiettivi programmatici.

Obiettivi

Il Piano promuove il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi a favore delle persone che vivono con demenza afferenti all’Azienda ULSS 8 Berica, in coerenza con la DGRV n. 709 del 20 giugno 2022 e la deliberazione del Direttore Generale n. 1319 del 10 agosto 2022.

Nello specifico si intendono realizzare i seguenti obiettivi secondo uno specifico cronoprogramma (vedi Allegato 1):

1. **creazione di una nuova sede CDCD** all'interno dell'Ospedale di Montecchio Maggiore dedicata alle persone con declino cognitivo (Centro Hub per la Demenza), dotata dei seguenti requisiti:
 - ampio parcheggio;
 - assenza di barriere architettoniche;
 - chiara segnaletica per il raggiungimento degli ambulatori;
 - presenza di ascensori anche per barelle;
 - front-office;
 - sala d'attesa riservata;
 - ambulatori di metratura adeguata da utilizzare per la valutazione specialistica (n. 2), per le attività neuropsicologiche (n. 2); per le attività infermieristiche (n. 2); per le attività delle Assistenti Sociali (n. 1);
 - area per attività di diagnosi e cura diurne (prelievi, ECG, rachicentesi, somministrazione farmaci);
 - mini palestra dedicata alla stimolazione cognitiva e motoria;
 - area per incontri di formazione rivolti al personale (aggiornamento scientifico), per la popolazione (prevenzione) e per i caregiver (sostegno);
2. **attivazione della Centrale operativa telefonica da contattare h 24 per le urgenze** (dalle 8.00 alle 16.00 risponde il CDCD, successivamente ci si collega ad una segreteria telefonica);
3. **apertura delle attività del CDCD su 5 giorni alla settimana**, fornendo prestazioni specialistiche programmate (allegato C) e per problematiche urgenti (allegato D), secondo un preciso modello, in modo da garantire un bilanciamento tra richieste ed offerte di prestazioni e per dare una risposta alle situazioni non più gestibili dalla famiglia, evitando il ricorso al Pronto Soccorso;
4. **attivazione del Servizio Triage CDCD**: intervista telefonica da parte di personale sanitario dedicato, relativamente al bisogno che sottende la richiesta di visita e il relativo quesito diagnostico riportato sull'impegnativa dei pazienti in lista di attesa al fine di individuare il percorso più idoneo per l'utente con successiva assegnazione di un appuntamento in ambulatori dedicato;
5. **percorso di gestione integrata del paziente tra Ospedale e Territorio**, prevedendo la formulazione di un PAI al momento della presa in carico, programmando una UVMD (case-manager del CDCD, il MAP, Cure Primarie e Assistente Sociali) per garantire una corretta risposta ai bisogni del paziente e della famiglia;
6. **programma di gestione in Telemedicina (gestione integrata del paziente tra Ospedale e Territorio)** con la collaborazione del personale del CDCD, delle Cure Primarie, dei MAP e del personale delle Strutture Residenziali, in modo da raggiungere tutti quei pazienti che, per diverse motivazioni, faticano a raggiungere la sede del CDCD;
7. **definizione del team con le seguenti figure professionali**:
 - 1 specialista geriatra dedicato;
 - 1 specialista neurologo dedicato;
 - 1 case manager (da introdurre);

- 1 neuropsicologo;
 - 1 logopedista (da introdurre);
 - 1 terapeuta occupazionale (da introdurre);
 - 3 infermieri;
 - 1 collaboratore amministrativo;
 - 1 data manager (da introdurre);
8. **programmi di formazione-collaborazione con i MAP, le Cure Primarie, gli Assistenti Sociali** per migliorare la conoscenza della patologia e favorirne l'intercettazione precoce, condividere le nuove opportunità di cura e per sviluppare nuove iniziative di collaborazione (un incontro ogni 3-4 mesi);
 9. **programmi di formazione per la popolazione per migliorare il riconoscimento della patologia e per diffondere programmi di prevenzione** (un incontro ogni 6 mesi);
 10. **dotazione di adeguati sistemi informatici-nuovo sistema SIO** (con integrazione con la cartella elettronica regionale per la demenza CaCedem per implementare la rilevazione dei flussi epidemiologici legati alla patologia).

MODALITÀ E TEMPISTICHE DI REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDICATI

Obiettivo 1

All'interno dell'area dell'Ospedale di Montecchio Maggiore, nei locali che ospitavano le degenze di Psichiatria, è stata identificata una sezione ove collocare la nuova sede del CDCD Aziendale (allegato E)

La struttura sarà dotata delle caratteristiche previste ed indicate nel presente Piano.

Si prevede l'inizio dei lavori nel secondo semestre 2023 e la consegna della struttura entro la fine del 2023.

Obiettivo 2

Attivazione di una Centrale operativa telefonica da contattare h 24 per le urgenze

La linea telefonica del CDCD ha l'obiettivo di migliorare la presa in carico fornendo risposte tempestive ai bisogni delle persone con decadimento cognitivo e dei loro familiari.

A questo numero risponderà il personale infermieristico dedicato, tutti i giorni di apertura dalle ore 8.30 alle ore 16.00. Successivamente verrà collegata una segreteria telefonica (attiva anche il sabato e la domenica) in cui l'utenza segnalerà il problema e appena possibile verrà ricontattata.

Verrà data ampia comunicazione all'utenza tramite social-media, brochures da distribuire ai MAP, nei Distretti, agli Assistenti Sociali, nei Comuni e nelle Strutture Ospedaliere.

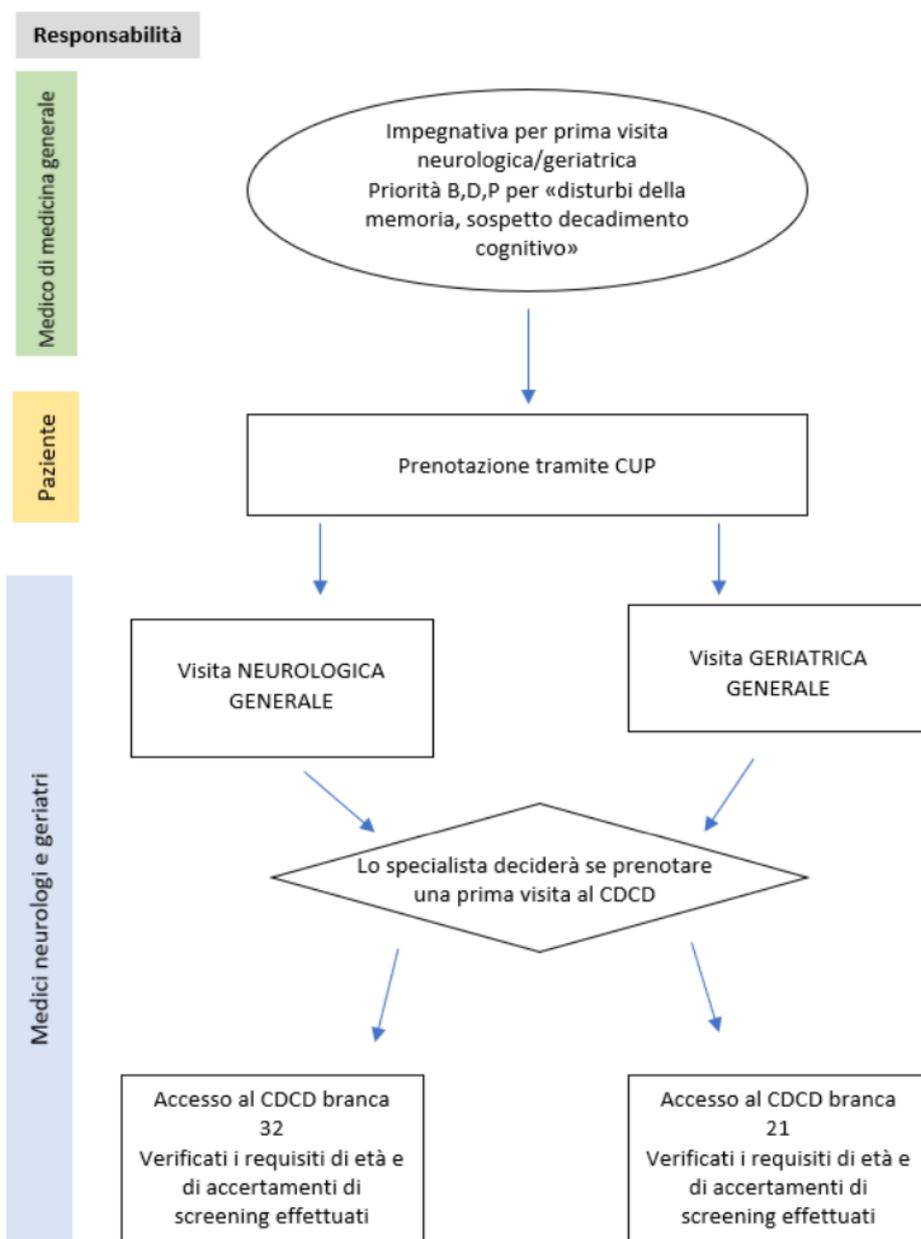
Questo servizio sarà attivato a partire dal 1° marzo 2023

Obiettivo 3

Apertura delle attività del CDCD su 5 giorni alla settimana.

Con la proposta ProDem, l'accesso ai servizi del CDCD avverrà, per ognuno dei 5 nuclei di Arzignano- Montecchio Maggiore-Lonigo, Noventa, Valdagno e Vicenza, ad opera degli specialisti neurologi e geriatri che dopo l'erogazione di una prima valutazione generale "filtro" (neurologica-branca-32 e geriatrica-branca 21), prenotata al CUP, fisseranno, per gli utenti con i requisiti previsti dal PDTA della Regione Veneto, il primo accesso al CDCD, differenziato in base all'età e alle comorbidità del paziente, secondo il percorso riassunto in figura 1

Figura 1



Verranno pertanto predisposte agende informatizzate dedicate e specifiche per ogni singola attività, condivise tra i diversi specialisti. Si prevede, nella parte pilota del progetto, un incremento dei volumi delle prestazioni con le attuali risorse aziendali grazie alla visione aziendale del processo che si sviluppa nella presenza, due volte la settimana, di due Medici Neurologi al CDCD di Vicenza provenienti dalla UOC di Arzignano (assicurando una apertura "neurologica" della struttura 5 giorni

la settimana) e al contributo di due Medici Geriatri della UOC Medicina di Noventa Vicentina (2 volte la settimana) e della UOC di Geriatria di Vicenza (1 volta settimana).

Con tale approccio si prevede un aumento di 40-50 prestazioni alla settimana con ricadute positive sulle liste d'attesa.

Di seguito (Fig. 2) sono riportati i giorni di apertura nelle diverse sedi, suddivise per reparto erogante la prestazione nonché il numero di prestazioni settimanali previste.

Figura 2

aperture ambulatoriali CDCD 2023	REPARTO	lunedì		martedì		mercoledì		giovedì		venerdì		CONTEGGI SETTIMANALI	
		M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	1 VISITA	CONTROLLO
Sede Vicenza	G-Perini Vicenza	G-Perini Vicenza	G-Perini Vicenza	G-Perini Vicenza	G-Perini Vicenza	G-Perini Vicenza	G-Perini Vicenza	G-Perini Vicenza	G-Perini Vicenza	G-Perini Vicenza	G-Perini Vicenza	5	44
	N-Perini Vicenza		N-Perini Vicenza					N-Perini Vicenza	N-Perini Vicenza			5	17
	N-Marcon Arzignano			N-Marcon Arzignano	N-Marcon Arzignano						N-Marcon Arzignano	6	10
	G-Marcon Arzignano									G-Marcon Arzignano	G-Marcon Arzignano	3	5
	G-Lorenzoni Vicenza						G-Lorenzoni Vicenza					1	4
Sede Arzignano		N-Marcon Arzignano	N-Marcon Arzignano			N-Marcon Arzignano	N-Marcon Arzignano	N-Marcon Arzignano	N-Marcon Arzignano			8	24
Sede Noventa								G-Muriago Noventa	G-Muriago Noventa			3	5
Sede Valdagno				G-Valdagno Rossi	G-Valdagno Rossi			G-Valdagno Rossi	G-Valdagno Rossi			3	14
Sede Lonigo									G-Marcon Arzignano			1	3
TOT												35	126
G= Geriatria		G-Perini Vicenza	G-Muriago Noventa	G-Lorenzoni Vicenza	G-Valdagno Rossi	PERSONALE COINVOLTO	G-Perini Vicenza	Dr Bortolamei					
N= Neurologia		N-Perini Vicenza	N-Marcon Arzignano	G-Marcon Arzignano			N-Perini Vicenza	Dr DiDionisio					
M= Mattino							G-Muriago Noventa	Dr Colombo Dr Zoccarato Dr Zoso					
P= Pomeriggio							G-Lorenzoni Vicenza	Dr Biasin					
							G-Valdagno Rossi	Dr Verlato Dr Mutinelli					
							N-Marcon Arzignano	Dr Poli Dr Marcon					
							G-Marcon Arzignano	Dr Mesiano					

Al CDCD Aziendale verrà assegnato un centro di costo autonomo dove afferirà l'attività elettiva erogata in tutto il territorio della Azienda ULSS 8 Berica.

Il Controllo di Gestione avrà il compito di rilevare, identificare ed assegnare mensilmente alle diverse UO le singole prestazioni erogate da ogni unità operativa, creando quindi una rendicontazione separata per sedi.

Questo nuovo programma di attività ambulatoriale verrà avviato a partire dal **9 gennaio 2023**.

Obiettivo 4

Attivazione del Servizio Triage CDCD:

il servizio consiste nell'intervista telefonica da parte di personale sanitario dedicato, circa il quesito diagnostico riportato sull'impegnativa dei pazienti in lista di galleggiamento ed individuazione del percorso più idoneo per l'utente con successiva assegnazione di un appuntamento.

A seguito dell'aumento delle richieste di prime visite presso gli ambulatori CDCD dell'intera Azienda ULSS 8 Berica (+20% tra ottobre e novembre 2022), e la conseguente difficoltà all'erogazione delle prestazioni entro i tempi previsti dalle priorità, si propone di attivare un servizio di Triage telefonico dedicato, gestito da personale sanitario con comprovata esperienza nel settore demenza e con

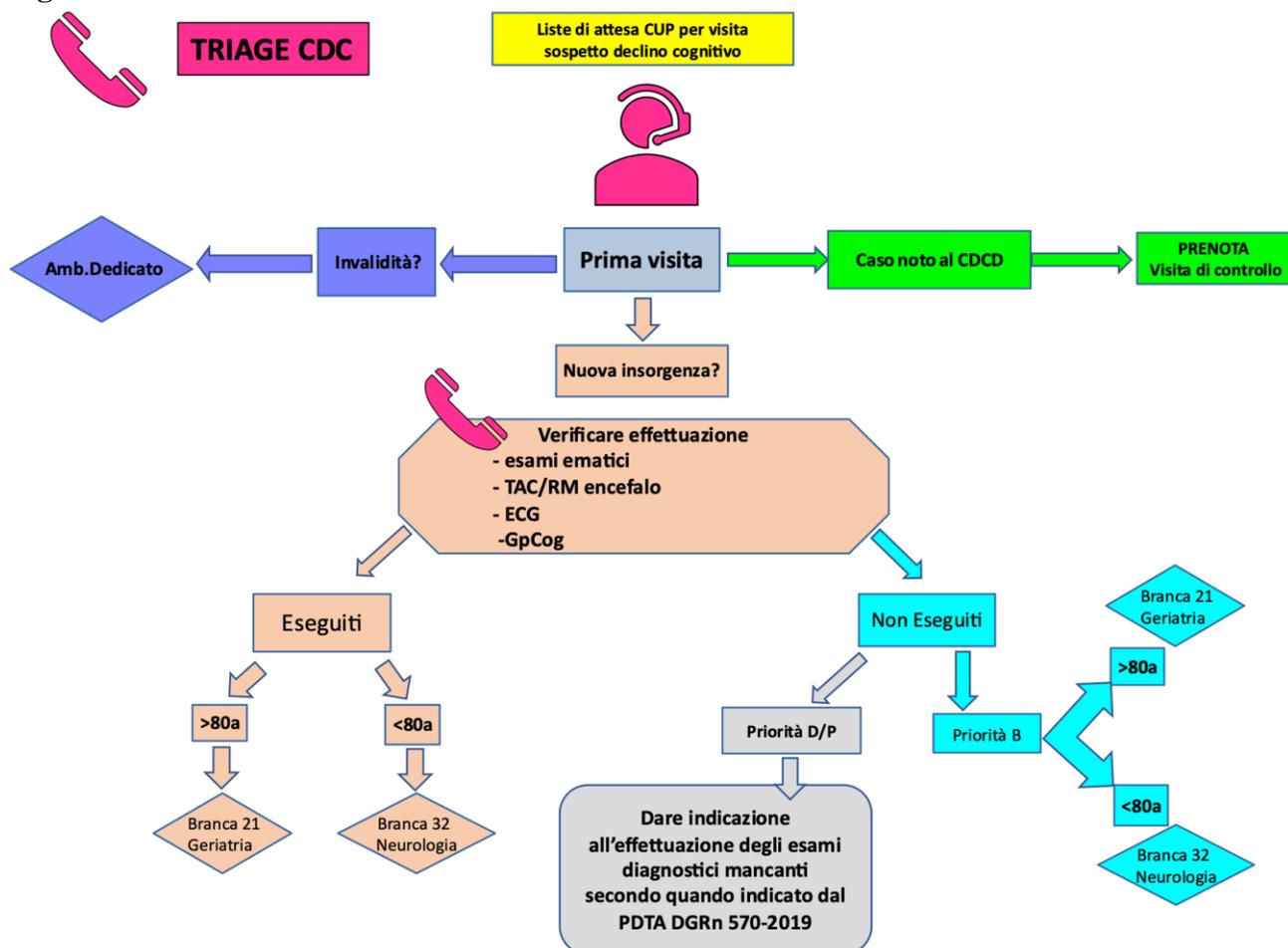
specifiche competenze, al fine di ridurre le liste di attesa e di far accedere al CDCD solo gli utenti in possesso dei requisiti indicati dal PDTA della Regione Veneto (DGRV n. 570 del 9 maggio 2019). In riferimento alla delibera della Giunta Regione Veneto n. 162 del 22 febbraio 2022 si propone l'attivazione delle seguenti procedure atte a strutturare il progetto Triage visite CDCD:

- autorizzazione per il personale Triage all'utilizzo dei gestionali di prenotazione dei Distretti Est ed Ovest. Invio con frequenza settimanale delle liste di galleggiamento;
- utilizzo degli istituti contrattuali per la copertura dell'ulteriore attività;
- attivazione dalle ore 14.00 alle ore 15.00 il martedì e il giovedì e dalle ore 16.00 alle ore 17.00 il lunedì e il mercoledì, per un impegno settimanale pari a 4 ore-Intervista telefonica circa il quesito diagnostico riportato sull'impegnativa ed individuazione del percorso più idoneo per l'utente con successiva assegnazione di un appuntamento.
- **(Figura 3) Prenotazione dei seguenti codici prestazione**

PRESTAZIONE	Prestazioni Codice
PRIMA VISITA NEUROLOGICA DISTURBI COGNITIVI E DEMENZA	89.01.C_8
VISITA NEUROLOGICA DISTURBI COGNITIVI E DEMENZA CONTROLLO	89.01.C_7
PRIMA VISITA NEUROLOGICA (con quesito disturbi della memoria / decadimento cognitivo)	89.13
VISITA NEUROLOGICA CONTROLLO (con quesito disturbi della memoria / decadimento cognitivo)	89.01.C_6
PRIMA VISITA GERIATRICA PER DISTURBI COGNITIVI E DEMENZA	89.01.C_8
VISITA GERIATRICA PER DISTURBI COGNITIVI E DEMENZA CONTROLLO	89.7_6
PRIMA VISITA GERIATRICA (con quesito disturbi della memoria / decadimento cognitivo)	89.7_38
VISITA GERIATRICA DI CONTROLLO (con quesito disturbi della memoria / decadimento cognitivo)	89.7_38

Questo nuovo programma di Triage per l'attività ambulatoriale verrà avviato a partire dal **9 gennaio 2023**.

Figura 3



Obiettivo 5

Percorso di gestione integrata del paziente tra Ospedale e Territorio

Per l'attivazione di questo percorso sono necessari degli incontri preliminari di formazione necessari a garantire il collegamento tra i servizi della rete adottando le modalità sotto elencate:

- protocolli condivisi per iter diagnostico e terapeutico;
- protocolli di attivazione UVMD per la costruzione dei PAI;
- accordi aziendali e/o distrettuali per accesso ai servizi della rete;
- protocolli per le attività svolte dall'Ospedale per la gestione di casi complessi;
- protocolli di collaborazione con i Servizi Assistenza Anziani e CDCD;
- accordi per consulenze specialistiche e supervisione ad attività svolte nelle strutture socio-sanitarie.

Una volta costruito il Percorso Aziendale insieme alla Direzione dei Servizi Socio-Sanitari, alle UOC Cure Primarie, ai Responsabili del Distretto e ai rappresentanti dei MAP e del Responsabile del CDCD, si potrà iniziare a dare attuazione a questo obiettivo.

Avvio della costruzione del Percorso: aprile 2023.

Avvio dell'Obiettivo 5: settembre 2023.

Obiettivo 6

Programma di gestione in Telemedicina (gestione integrata del paziente tra Ospedale e Territorio) con la collaborazione del personale del CDCD, delle Cure Primarie, dei MAP e del personale delle Strutture residenziali.

Al fine di incrementare la sicurezza dei pazienti (rischio di cadute ed infezioni connesse agli spostamenti; possibilità di contagio di patologie infettive virali in ambito ospedaliero), di favorire un contenimento dei costi (correlati ai trasporti dei pazienti), di ridurre la perdita di ore lavorative per i "caregivers" dei pazienti non autosufficienti o con BPSD che dovrebbero accompagnare i propri familiari in valutazione, si propone un percorso semplificato per i pazienti seguiti dal CDCD Aziendale Berico, ospiti nelle strutture residenziali del nostro territorio, tramite l'adozione della telemedicina. Da una analisi Aziendale risulta che la numerosità dei pazienti con queste caratteristiche residenti nel Distretto Est e Ovest corrisponde a circa 190 pazienti, che necessitano di quasi 900 prestazioni annue (Figura 4).

Il personale della Struttura Residenziale compila la Check List Aziendale (Allegato F) utile alla rilevazione degli eventuali eventi avversi/modificazione di terapia da inviare al CDCD che ne prende atto e reinvia il PT aggiornato (anche alla Farmacia Territoriale) unitamente alla prenotazione della successiva valutazione.

Per i pazienti con accentuazione delle problematiche comportamentali si propone di programmare una televisita o di inviare il paziente al CDCD per un controllo in presenza.

Avvio della gestione in Telemedicina dei rinnovi dei piani terapeutici a partire dal 15 febbraio 2023.

Avvio della gestione in Telemedicina delle visite a partire da settembre 2023.

Figura 4

Pazienti in carico ai CDCD ULSS 8 Berica residenti nelle CDR del Distretto Est e Ovest
--

Cdr EST	
IPAB VI Monte Crocetta	3
IPAB VI Salvi	1
IPAB VI Trento	1
IPAB VI Parco Città	2
Casa Provvidenza VI	4
Bressan Isola Vicentina	8
Papa Luciani Altavilla	3
Villa Caldogno Caldogno	15
Bertolo Sandrigo	8
Bonaguro Camisano	3
Panizzoni Camisano	3
C.S. Anziani Dueville	10
Lampertico Montegalda	
S. Giovanni Monte di Mossano	
Cà Arnaldi Noventa Vicentina	6
Michelazzo Sossano	
De Giovanni Barbarano Vic.	11
S. Giuseppe Orgiano	2
Simionati Barbarano Vic.	11
Cdr Asiago	1
Godi Sgragi Torri di Quartesolo	1
Villa Mater Day	1
Sacra Famiglia	1
Ist.Missioni	1
Bisognin	1
Immacolata Concezione	1
Cdr Cenacolo	1
TOT PZ	110
Cdr OVEST	
Lonigo	16
Arzignano	8
Brendola	11
Chiampo	18
Montecchio Maggiore	11
Gambellara	6
Sarego	2
Montalbieri	2
Marzotto	2
TOT PZ	76

Obiettivo 7**PERSONALE implementazione delle seguenti figure professionali:**

Verificando i recenti dati epidemiologici riferiti alla demenza nonché il costante incremento delle richieste da parte dell'utenza di prese in carico/controlli al CDCD, si rileva la necessità di incrementare il personale di questa struttura con figure professionali dedicate a tempo pieno, considerato il fatto che gli specialisti attualmente impiegati non hanno una attività esclusiva solo per il CDCD ma svolgono, durante la settimana, molte altre mansioni (guardie notturne, diurne, festivi, attività di reparto, altri ambulatori).

La dotazione di personale è prevista secondo il seguente programma:

- 1 specialista geriatra dedicato;
- 1 specialista neurologo dedicato (entro il primo semestre 2024);
- 1 case manager (entro il primo semestre del 2024);
- 1 neuropsicologo;
- 1 logopedista (entro il secondo semestre 2023);
- 1 terapeuta occupazionale (entro il secondo semestre 2023);
- 3 infermieri;

- 1 collaboratore amministrativo (entro il secondo semestre del 2023);
- 1 data manager (entro il secondo semestre 2023);

Obiettivo 8: programmi di formazione-collaborazione con i MAP, le Cure Primarie, gli Assistenti Sociali per migliorare la conoscenza della patologia e favorirne l'intercettazione precoce, le nuove opportunità di cura e per rinsaldare la reciproca collaborazione (un incontro ogni 3-4 mesi).

Obiettivo generale è fornire gli strumenti per la prevenzione, inquadramento diagnostico e gestione dei pazienti con Demenza, nel contesto della Medicina Generale quale punto di accesso dei pazienti e dei caregiver alla Medicina Specialistica e alla rete dei servizi socio-assistenziali del Servizio Sanitario Nazionale.

Si intende programmare incontri per promuovere la prevenzione della Demenza in relazione agli stili di vita ed ai fattori di rischio (Healthy Aging), per incrementare l'uso degli strumenti a disposizione della Medicina Generale per l'inquadramento diagnostico e per ottimizzare la comunicazione medico-paziente-caregiver.

Saranno oggetto di approfondimento gli strumenti per la gestione dei pazienti con disturbi psico-comportamentali, per definire a presenza di una situazione invalidante che necessita di tutela e per procedere alla nomina di amministratore di sostegno o di tutore.

Saranno inoltre programmati incontri di formazione per acquisire la conoscenza della rete locale a cui far riferimento per la gestione dei pazienti con demenza in fase avanzata con finalità di garantire la continuità assistenziale e l'accesso alle cure palliative.

Si prevede di attivare l'obiettivo 8 a partire da aprile 2023, prevedendo incontri trimestrali.

Obiettivo 9: programmi di formazione per la popolazione per migliorare il riconoscimento della patologia e per diffondere programmi di prevenzione (un incontro ogni 6 mesi).

Il nucleo centrale di questa proposta è costituito da una lista di interventi prioritari rispetto ai quali le evidenze scientifiche hanno dimostrato che una loro attuazione appropriata è in grado di portare a successi rapidi in termini di prevenzione della demenza, il cui contenuto dovrà essere trasferito alla popolazione organizzando incontri di formazione semestrali.

Si prevede di attivare l'obiettivo 9 a partire dal giugno 2023, prevedendo incontri semestrali.

Obiettivo 10: dotazione di adeguati sistemi informatici-nuovo sistema SIO (integrato con la cartella elettronica regionale per la demenza CaCedem per implementare la rilevazione dei flussi epidemiologici legati alla patologia).

Al fine di poter implementare la rilevazione dei flussi epidemiologici relativi alla demenza e di monitorare i bisogni specifici dell'utenza è necessario che venga garantito il funzionamento e l'integrazione del nuovo sistema informatico Aziendale SIO (gara regionale) con la cartella regionale per la demenza CaCedem.

Si prevede di attivare l'obiettivo 10 a partire da giugno 2023.

INDICATORI	NUM	DEN	Area di riferimento	Flusso	Tempi di verifica
<i>Tempi di attesa per prima visita (priorità B, D, P) e appropriatezza della richiesta</i>	<i>somma giorni attesa per visita divisi per classe di priorità</i>	<i>Richieste per classe di priorità</i>	<i>CDCD</i>	<i>CDG e CDCD</i>	<i>annuale</i>
<i>Prestazioni erogate per n° personale coinvolto nei giorni di apertura</i>	<i>n° personale/giorno</i>	<i>n° accessi al CDCD (visite, telefonate, mail)</i>	<i>CDCD</i>	<i>CDCD</i>	<i>semestrale</i>
<i>Riduzione Numero accessi al PS per BPSD</i>	<i>n° accessi PS per BPSD (codice ICD9-CM: 290.11-13 290.2 290.3 290.41-290.8 290.9 294.11 294.21)</i>	<i>n° totali accessi in PS</i>	<i>Popolazione PS-CDCD</i>	<i>CDG e CDCD</i>	<i>annuale</i>
<i>n° visite controllo erogate in Telemedicina</i>	<i>n° visite erogate in TM</i>	<i>Totale n° visite di controllo</i>	<i>CDCD</i>	<i>CDG e CDCD</i>	<i>trimestrale</i>
<i>% di schede I visite CACEDEM compilate</i>	<i>n° schede Cacedem compilate</i>	<i>n° prime visite</i>	<i>CDCD</i>	<i>CDCD CDG CaCedem</i>	<i>annuale</i>
<i>Tempi per erogazione valutazione neuropsicologica di II livello</i>	<i>Somma giorni di attesa valutazioni NPS</i>	<i>n° prime visite NPS</i>	<i>CDCD</i>	<i>CDG e CDCD</i>	<i>semestrale</i>
<i>% casi con demenza inviati ad UVMD</i>	<i>UVMD in pazienti con demenza</i>	<i>n° totale casi con demenza</i>	<i>CDCD</i>	<i>RACCOLTA AD HOC</i>	<i>Annuale</i>
<i>n° incontri formativi con personale, caregivers e popolazione</i>	<i>n° di incontri/anno</i>	<i>n° totale casi con demenza</i>	<i>CDCD</i>	<i>RACCOLTA AD HOC</i>	<i>Annuale</i>

Normative di riferimento

- Decreto del Direttore della Direzione Servizi Sociali della Regione Veneto n. 7/2022.
- DGRV n. 595 del 20 maggio 2022 Autorizzazione alla presentazione del Piano triennale delle attività 2021-23 nell'ambito del Decreto interministeriale «Fondo per l'Alzheimer e le demenze».
- DGRV n. 709 del 20 giugno 2022 Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2022.
- DGRV n. 1119 del 13 settembre 2022 Approvazione della Giunta Regionale del Piano triennale regionale delle attività del fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021-2023 e Allegato A.
- Decreto del Direttore U.O. Non Autosufficienza n. 33/2022 “Accertamento, assegnazione ed impegno delle risorse del Fondo per l'Alzheimer e le demenze. Decreto Interministeriale del 23 dicembre 2021. DGR n. 595 del 20/05/2022 e DGR n. 1119 del 13/09/2022”.

Allegato 2

Percorso del paziente

PRIMA FASE

1) I pazienti con **SOSPETTO DIAGNOSTICO** di decadimento cognitivo dovranno inizialmente rivolgersi al MAP che provvederà a:

- raccogliere anamnesi/terapia in atto;
- prescrivere esami bioumorali completi con dosaggio Vit B12, folati, TSH, omocisteina;
- prescrivere Tac cerebrale o RMN encefalica;
- somministrare GPCog.

Successivamente il MAP prescriverà una visita neurologica (soggetti di età <80anni) o geriatrica (soggetti di età >80 anni) “generale”.

2) I pazienti con **SOSPETTO DIAGNOSTICO** di decadimento cognitivo verranno valutati dagli specialisti **NEUROLOGI** e **GERIATRI** che verificheranno:

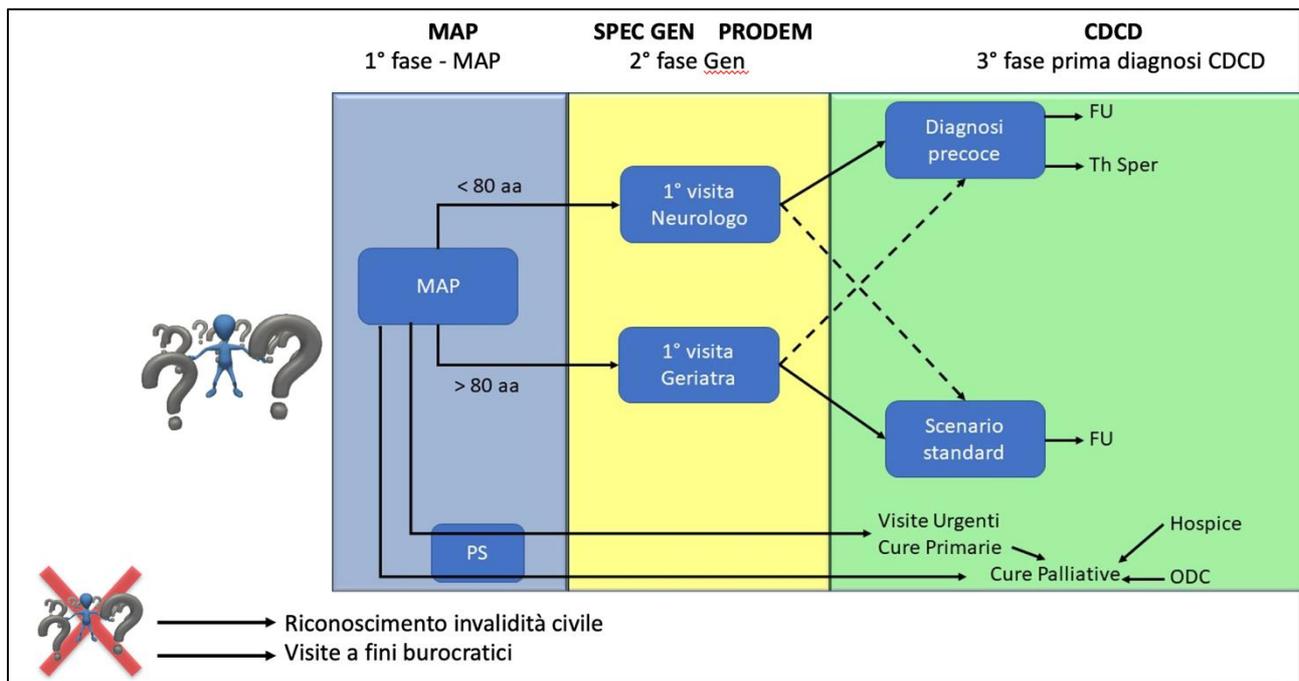
- che l'utente abbia eseguito tutti gli accertamenti di screening di primo livello indicati nel PDTA della Regione Veneto ed il GPCog;
- in loro assenza dovranno richiedere gli accertamenti mancanti e segnalare al CDCD l'inosservanza delle indicazioni Regionali da parte del MAP;
- nel caso gli specialisti ritenessero idoneo l'invio del paziente al CDCD dovranno erogare l'impegnativa dematerializzata e fornire un appuntamento congruo con la situazione clinica dell'utente.

SECONDA FASE

Accedono al CDCD quei pazienti che:

1) necessitano di una prima diagnosi.

A questo punto si prospettano due scenari: Diagnosi precoce (per i soggetti con età inferiore agli 80 anni) e Terapia convenzionale (per i soggetti con età superiore agli 80 anni).



Scenario Diagnosi precoce

Descrizione clinica: soggetto con età inferiore a 80 anni, con disturbo soggettivo di memoria o con lieve declino cognitivo o con associati sintomi motori a sospetta eziologia degenerativa.

Accesso al DH di Arzignano o di Vicenza per l'effettuazione di approfondimento neuropsicologico, rachicentesi lombare, prelievi ematici per esami di screening di secondo livello; PET cerebrale con traccianti specifici; RMN encefalica con apparecchiatura 3 Tesla; studio genetico.

Lo specialista del CDCD (Neurologo) al termine del percorso diagnostico di II livello, formulerà una diagnosi di sospetto che sarà comunicata al paziente e ai suoi familiari.

Successivamente verrà indicata una terapia specifica e/o stimolazione cognitiva o, in caso di negatività degli accertamenti, un programma di prevenzione o di consolidamento della riserva cognitiva.

Lo specialista del CDCD avrà cura di caricare tutte le informazioni raccolte sul portale regionale CaCeDem e redigerà una relazione clinica per il medico di assistenza primaria nonché la certificazione di esenzione per la patologia diagnosticata.

Al termine della visita verrà fornita dal personale del CDCD la data per il successivo appuntamento, in base alle necessità rilevate sul paziente, ed i contatti telefonici/mail in caso di problematiche intercorrenti.

Scenario Terapia convenzionale

Descrizione clinica: soggetto con età superiore a 80 anni, con declino cognitivo moderato/severo, con o meno associati disturbi comportamentali.

Lo specialista del CDCD (Neurologo/Geriatra) formulerà una diagnosi sulla scorta delle seguenti informazioni:

- anamnesi e informazioni fornite dai familiari/caregivers;
- esame neurologico e obiettivo con raccolta dei parametri vitali e del peso;

- valutazione degli accertamenti già eseguiti (esami ematochimici, TC e RMN encefalica);
- somministrazione di test per indagare le funzioni cognitive (MMSE, MoCa), l'area funzionale (ADL e IADL);
- prescrizione di eventuale approfondimento neuropsicologico nei casi dubbi o in presenza di disturbi comportamentali o della sfera affettiva.

Una volta completato l'inquadramento diagnostico, lo specialista del CDCD comunicherà la diagnosi al paziente e ai familiari, indicando la gravità di malattia e proponendo un percorso di cura (regolamentata dalla nota AIFA 85) e l'eventuale pianificazione del training cognitivo/occupazionale per i pazienti nonché di un eventuale supporto psicologico per i caregivers.

In questa sede, verranno fornite le informazioni inerenti l'eventuale indennità di accompagnamento, benefici previsti dalla Legge 104, attivazione dell'istituto dell'Amministratore di sostegno o del fiduciario, disposizioni anticipate trattamento (DAT, Legge n. 219/17), e i contatti diretti delle Associazioni (AMA e AVMAD) presenti sul territorio.

Lo specialista del CDCD avrà cura di caricare tutte le informazioni raccolte sul portale regionale CaCeDem e redigerà una relazione clinica per il medico di assistenza primaria (MAP) nonché la certificazione di esenzione per la patologia diagnosticata.

Al termine della visita verrà fornita dal personale del CDCD la data per il successivo appuntamento, in base alle necessità rilevate sul paziente, ed i contatti telefonici/mail in caso di problematiche intercorrenti.

Nel caso venissero rilevati fin da subito situazioni di fragilità/isolamento sociale, verrà programmata una valutazione multispecialistica con UVMD per stabilire piani di assistenza individualizzati (PAI) da condividere con l'Assistente Sociale di riferimento e con il MAP.

Necessitano di un follow up clinico

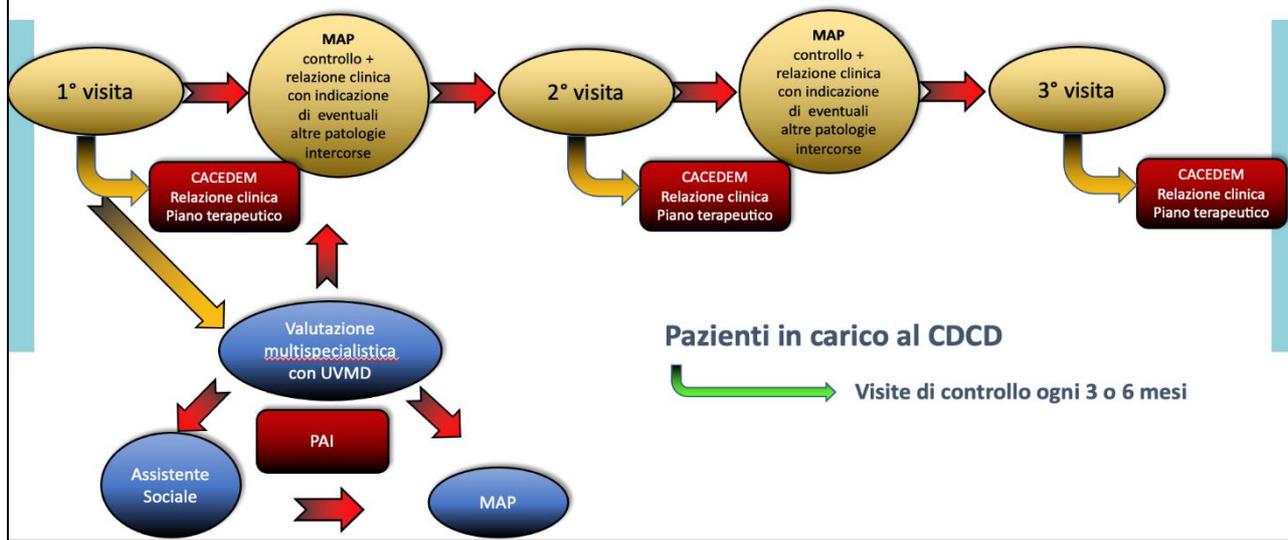
Al fine di monitorare l'evoluzione della patologia e per rinnovare i piani terapeutici in essere, i pazienti presi in carico dal CDCD, effettueranno visite di controllo tri o semestrali.

Il MAP ha il compito di garantire il controllo del paziente, nell'intervallo tra una valutazione e l'altra, e di fornire una relazione clinica dettagliata sulla situazione clinica del paziente e su nuove patologie intercorse, prima di ogni nuovo accesso al CDCD.

In condizioni di particolare urgenza, viene garantito un rapido supporto da parte del personale del CDCD ai MAP e ai familiari che contattano direttamente il Centro tramite contatto telefonico o mail. Nel caso venissero segnalate situazioni di fragilità/isolamento sociale/repentino aggravamento clinico, verrà programmata una valutazione multispecialistica con UVMD per stabilire piani di assistenza individualizzati (PAI) da condividere con l'Assistente Sociale di riferimento e con il MAP.

Al termine di ogni valutazione, lo specialista del CDCD avrà cura di caricare tutte le informazioni raccolte sul portale regionale CaCeDem, redigerà una relazione clinica aggiornata per MAP e fornirà il nuovo piano terapeutico.

Follow up clinico



Non accedono al CDCD quegli utenti che richiedono:

- una valutazione per il riconoscimento della invalidità civile;
- una valutazione a fini amministrativi in generale.

Allegato 3

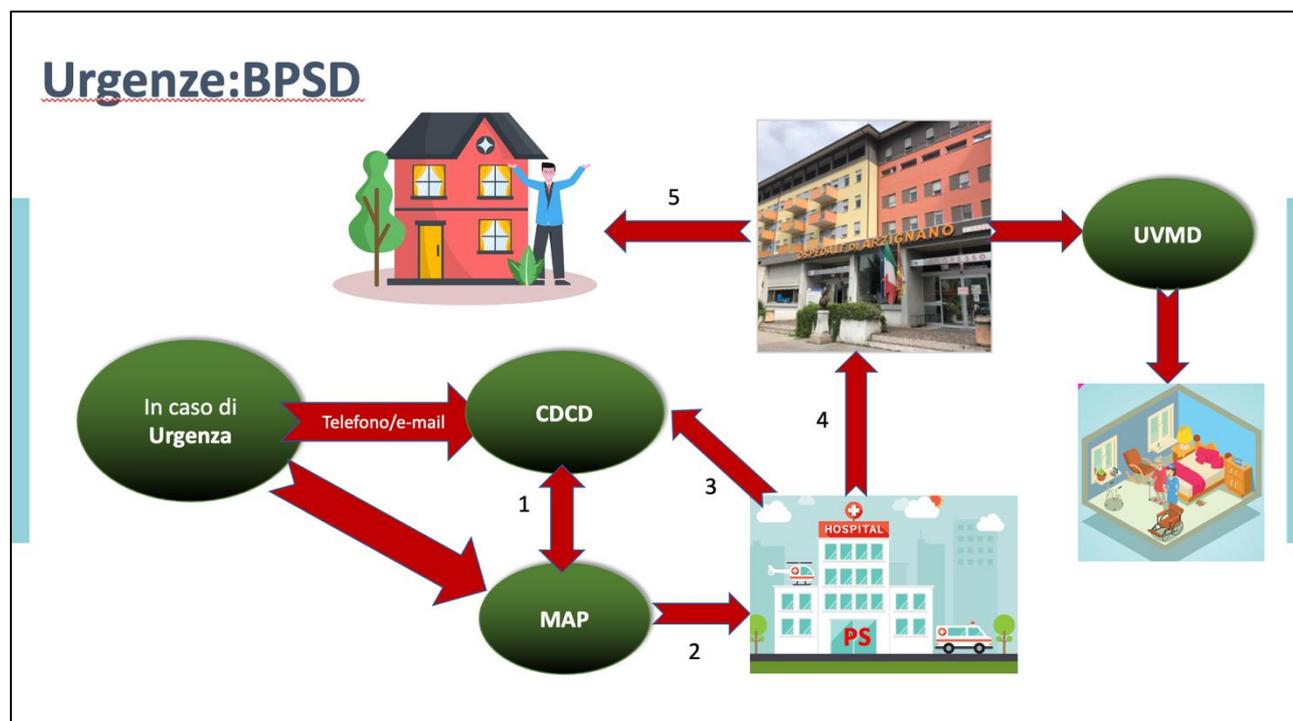
Percorso Visite Urgenti/BPSD

I disturbi comportamentali (BPSD) sono una evenienza clinica molto frequente nelle persone con declino cognitivo, in particolare nelle fasi medio-avanzate di malattia, che richiedono un approccio rapido e mirato al fine di evitare accessi impropri in Pronto Soccorso, più frequenti istituzionalizzazioni e conseguenze negative ulteriori sui familiari/caregivers.

Per questo motivo, si intende garantire un accesso telefonico diretto al CDCD per le situazioni urgenti (attivo per 5 giorni la settimana dalle ore 9.00 alle ore 15.00) o tramite contatto mail, fra il personale del CDCD ed il MAP che descriverà la problematica in atto e che redigerà una impegnativa con richiesta di valutazione Urgente (U, entro 24 ore) o Breve (B, entro 10 giorni) a seconda della gravità del disturbo comportamentale del suo assistito.

Nel caso di disturbi comportamentali che richiedono una valutazione urgente entro 24 ore che non trovano una risposta dal personale del CDCD (crisi pomeridiane-notturne o del week end), il paziente dovrà essere indirizzato dal MAP al Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di riferimento. Per fare in modo che, dopo stabilizzazione clinica, il paziente venga preso in carico dal CDCD, i Medici del Pronto Soccorso erogheranno delle impegnative per visita U o B al CDCD che a sua volta garantirà la presa in carico della prestazione.

Per situazioni cliniche di estrema gravità/complessità, sarà predisposto, dopo contatto diretto fra i medici del Pronto Soccorso dell'Azienda Berica ed il Medico di Guardia della Neurologia di Arzignano, un breve ricovero presso tale struttura (Unità dedicata alla gestione dei disturbi comportamentali) per l'ottimizzazione della terapia in atto o al fine di agevolare l'eventuale ingresso in strutture protette. Il caso verrà segnalato all'assistente sociale territoriale e/o ospedaliero che attiverà i servizi necessari per il rientro a domicilio, quando possibile.



Allegato 5

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

TELECONSULTO PER RINNOVO PT -NEUROLETTICI

-COGNOME E NOME DEL PAZIENTE: _____

-DATA DI NASCITA _____ C.F.: _____

-PRINCIPIO ATTIVO _____

-POSOLOGIA IN ATTO: _____

-Controllo dei BPSD:

insufficiente soddisfacente buono ottimo

-Indicare, se presenti, eventuali segni, sintomi o patologie insorte durante il trattamento, in particolare:

sedazione sonnolenza ipotensione ortostatica

convulsioni effetti anticolinergici accidenti cerebrovascolari

aumento ponderale disturbi extrapiramidali disturbi del ritmo cardiaco

Allegare

-Breve resoconto clinico

-Scheda della terapia in atto

-Ultimo ECG con Qtc --(riportare data e referto)

-Ultimi esami biumorali (riportare data e referto)

NOTE:

-

-

-

-

firma del medico