

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 22 dicembre 2014, n. U00448

**Oggetto: Recepimento dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata Stato Regioni - Rep. Atti n. 135/CU del 30 ottobre 2014 "Piano Nazionale Demenze - strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze". Riorganizzazione delle Unità Valutative Alzheimer (U.V.A.) regionali in Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)-Centri diagnostico specialistici e Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)-Centri territoriali esperti.**

IL PRESIDENTE  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(*deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

**Oggetto:** Recepimento dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata Stato Regioni - Rep. Atti n. 135/CU del 30 ottobre 2014 "Piano Nazionale Demenze - strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze".

Riorganizzazione delle Unità Valutative Alzheimer (U.V.A.) regionali in Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)-Centri diagnostico specialistici e Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)-Centri territoriali esperti.

**IL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

**VISTO** lo Statuto della Regione Lazio;

**VISTA** la Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modifiche ed integrazioni;

**VISTO** il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni ed integrazioni;

**PRESO ATTO** che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 è stato conferito al Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti, l'incarico di Commissario ad Acta per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni e integrazioni;

**VISTA** la Deliberazione della Giunta regionale n. 111 del 29 maggio 2013, con la quale si conferisce l'incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria alla dott.ssa Flori Degrassi;

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014 con la quale l'arch. Giovanni Bissoni è stato nominato subcommissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del S.S.R. della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;

**VISTO** il DCA n. U0111 del 31/12/2010 "Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010-2012" – Integrazioni e modifiche;

**VISTO** il DCA n. U0110 del 31/12/2010 "Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni dell'8 luglio 2010, rep. Atti n. 76/CSR. Approvazione del Piano regionale di utilizzo delle quote vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2010. Ripartizione quota del fondo vincolato.";

IL PRESIDENTE  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**VISTO** il DCA n. U0117 del 5/12/2011: “Recepimento degli Accordi Stato-Regioni del 20 aprile 2011 (rep. atti 84/CSR) e 27 luglio 2011 (rep. atti n. 135/CSR). Presa d'atto dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2011. Approvazione del Piano regionale di utilizzo delle quote vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2011. Ripartizione quota del fondo vincolato.”;

**VISTO** il DCA n. U00015 del 06/02/2013: “Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2012 (rep. atti n. 227/CSR). Presa d'atto delle Intese (rep. Atti nn.225/CSR, 226/CSR e 228/CSR del 22 novembre 2012), ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2012. Approvazione del Piano regionale di utilizzo delle quote vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2012. Ripartizione quota del fondo vincolato.”;

**VISTO** il DCA n. U00247 del 25/07/2014 “Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio” che prevede, tra le principali operazioni sulla rete di offerta, di dar corso a interventi di riorganizzazione territoriale e distrettuale e individua i Centri per le demenze quale nodo della Rete dei Servizi territoriali per le persone non autosufficienti, anche anziane, nell'ambito della Rete sociosanitaria territoriale;

**VISTO** il DCA n. U00251 del 30/07/2014 “Adozione delle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014-2016”;

**VISTO** il DCA n. U00259 del 06/08/2014 “Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio” che, al fine di adeguare il territorio delle Aziende alla nuova articolazione dei Municipi di Roma Capitale, intende rivedere gli ambiti territoriali delle Aziende che insistono sul territorio del Comune di Roma;

**VISTO** il Decreto ministeriale 20 luglio 2000: “Protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la malattia di Alzheimer” e, in particolare, l'art. 1 comma 2 che prevede che le regioni e le province autonome identifichino le Unità di valutazione per il monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la malattia di Alzheimer;

**VISTO** l'Accordo del 30/10/2014 ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le

IL PRESIDENTE  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Comunità Montane sul documento recante “Piano Nazionale Demenze - strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze” che delinea “una strategia globale per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore, partendo dal presupposto che, come in tutte le patologie cronico-degenerative nelle quali l’approccio farmacologico non è risolutivo nel modificarne la storia naturale, occorre prevedere un insieme articolato ed organico di percorsi assistenziali, secondo una filosofia di gestione integrata della malattia”;

**VISTA** la circolare regionale prot. n. 1068 del 20 settembre 2000 che individua le prime Unità Valutative Alzheimer (U.V.A.) della Regione Lazio;

**VISTE** le note regionali prot. n. 2472 del 15/12/2000, prot. n. 1293 del 11/05/2001, prot. n. 2699 del 21/01/2002 e prot. n. 63842 del 28/05/2009, che integrano il precedente elenco delle U.V.A. della Regione Lazio;

**VISTA** la Determinazione n. B0941 del 10 febbraio 2011 “Modalità prescrittive dei farmaci per il trattamento della malattia di Alzheimer, di cui alla nota AIFA 85. Aggiornamento dell’elenco dei centri autorizzati alla prescrizione” che riporta l’elenco delle U.V.A. regionali;

**TENUTO CONTO** che le U.V.A., in origine, erano preposte principalmente al monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la malattia di Alzheimer e che tali Servizi necessitano di interventi di adeguamento, razionalizzazione e potenziamento per consentire la presa in carico del paziente e della sua famiglia nelle diverse fasi di malattia;

**CONSIDERATO** che il Piano Sanitario Regionale 2010/2012 prevede la presa in carico globale quale obiettivo centrale per il miglioramento dell’assistenza alle persone affette da demenza, attraverso l’integrazione sociosanitaria dei servizi dedicati e propone la riorganizzazione delle U.V.A. regionali in Centri diagnostico specialistici per le demenze e in Centri esperti per le demenze;

**VISTA** la Legge regionale 12 giugno 2012 n. 6 “Piano regionale in favore di soggetti affetti da malattia di Alzheimer-Perusini ed altre forme di demenza”;

**PRESO ATTO** che, con Determinazione n. B6714 del 26 agosto 2011, la Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale ha istituito un gruppo di lavoro per la riorganizzazione delle U.V.A. regionali, con l’obiettivo di garantire la presa in carico globale del soggetto affetto da demenza e della sua famiglia attraverso l’articolazione e l’integrazione dei servizi dedicati;

**CONSIDERATO** che il gruppo di lavoro ha elaborato un primo documento di riorganizzazione delle U.V.A. regionali denominato “Macro-percorso per la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza” nel quale si individuano gli elementi fondamentali e gli attori principali del percorso stesso;

IL PRESIDENTE  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**VISTA** la nota prot. n. 218214/DB/08/15 del 9/12/2011 con la quale la Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione ed Assistenza Territoriale ha chiesto ai Direttori Generali delle Aziende USL e ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere, degli IRCSS e dei Policlinici Universitari, sedi di U.V.A. regionali, l'adesione alle linee di indirizzo generali relative alla riorganizzazione, contenute nel suddetto documento;

**TENUTO CONTO** che le Direzioni Generali sopra citate hanno aderito alla riorganizzazione suddetta;

**CONSIDERATO** inoltre, che la Legge regionale 12 giugno 2012 n. 6 "Piano regionale in favore di soggetti affetti da malattia di Alzheimer - Perusini e altre forme di demenza" prevede, conformemente agli obiettivi espressi dall'Unione europea nel settore delle malattie neurodegenerative, l'articolazione della rete dei servizi per le demenze attraverso:

- i centri territoriali esperti per le demenze;
- i centri diagnostico specialistici per le demenze;
- i centri diurni;
- i centri sollievo;
- i reparti degenza Alzheimer-Perusini extraospedalieri;
- i nuclei Alzheimer-Perusini;
- l'assistenza domiciliare sociale e sanitaria;

**RAVVISATA** la necessità, in accordo con quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale 2010/2012 e dalla Legge regionale del 12 giugno 2012 n. 6, di riorganizzare le U.V.A. regionali in "Centri diagnostico specialistici per le demenze" e "Centri territoriali esperti per le demenze";

**CONSIDERATO** che il sopracitato gruppo di lavoro regionale ha elaborato il "Documento di indirizzo operativo per la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza" con il quale si identifica una stima di fabbisogno dei Centri per le demenze e si prevede, altresì, la trasformazione delle U.V.A. regionali in Centri diagnostico specialistici per le demenze e Centri territoriali esperti per le demenze, articolati secondo le specifiche modalità organizzative definite nell'Allegato 2, che costituisce parte integrante del presente provvedimento;

**CONSIDERATO** che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria ha svolto una attività di monitoraggio per la riorganizzazione delle U.V.A. regionali, al fine di valutare le azioni intraprese dalle Direzioni Aziendali per l'attuazione di quanto contenuto nel suddetto Documento di indirizzo operativo;

**CONSIDERATO** che ciascuna Direzione Aziendale ha elaborato un documento progettuale di riorganizzazione delle U.V.A. regionali in Centri diagnostico specialistici per le demenze e Centri territoriali esperti per le demenze;

IL PRESIDENTE  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**PRESO ATTO** dei documenti progettuali elaborati dalle Direzioni Aziendali nell'ambito delle attività di monitoraggio, nei quali viene evidenziata la riorganizzazione delle U.V.A., con riferimento all'assetto complessivo e alla tipologia dei Centri;

**CONSIDERATO** che, coerentemente con l'obiettivo individuato nel Piano Nazionale Demenze riguardante la "Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata", la Regione Lazio, nel DCA 247/2014, ha individuato la Rete socio-sanitaria territoriale dei Servizi territoriali per le persone non autosufficienti, anche anziane, composta dai seguenti nodi:

- Centri di assistenza domiciliare distrettuali (CAD);
- Strutture residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane;
- Strutture semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane;
- Strutture residenziali per persone con disturbi cognitivo comportamentali;
- Strutture semiresidenziali per persone con disturbi cognitivo comportamentali;
- Centri per le demenze;

**TENUTO CONTO** che il Piano Nazionale Demenze propone, per i Centri per le demenze, una denominazione comune e condivisa sul territorio nazionale: "Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)";

**RITENUTO OPPORTUNO**, al fine di completare la Rete socio-sanitaria territoriale dei Servizi territoriali per le persone non autosufficienti, anche anziane e favorire una organica articolazione dei percorsi assistenziali per una gestione integrata della malattia, riorganizzare le U.V.A. regionali in Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), distinti in due tipologie: CDCD-Centri diagnostico specialistici e CDCD-Centri territoriali esperti, tenuto conto della determinazione n. B0941/2011 che riporta l'elenco delle U.V.A. regionali, e di quanto indicato nei documenti progettuali di riorganizzazione delle U.V.A. inviati dalle Direzioni Aziendali;

**TENUTO CONTO** dell'assetto territoriale e demografico riportato nel DCA n. U00259 del 06/08/2014;

**CONSIDERATO** che il DCA n. U00247 del 25/07/2014, tra gli obiettivi programmati nell'ambito della rete sociosanitaria territoriale, prevede di "ridefinire il fabbisogno per i diversi livelli e prestazioni di assistenza.... La ridefinizione del fabbisogno è da intendersi relativamente all'unità territoriale di riferimento che, per la città di Roma, non è più la singola ASL ma è rappresentata da un territorio più vasto, omogeneo per caratteristiche socio demografiche, urbanistiche e di offerta di servizi. L'Area metropolitana di Roma non si configura come nuova macro area socio sanitaria ma va considerata un'aggregazione di territori omogenei al solo fine di individuare un criterio utile ad una determinazione più puntuale del fabbisogno";

**CONSIDERATO** che, alla luce del suddetto Decreto, il fabbisogno dei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), distinti in CDCD-Centri diagnostico specialistici e CDCD-Centri territoriali esperti, è stimato così come indicato nella tabella A;

IL PRESIDENTE  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Territorio di appartenenza/ ASL	Popolazione residente ultra 65 anni	Pazienti stimati *	Pazienti da prendere in carico **	Fabbisogno***		Attuale offerta		Centri attivi vs fabbisogno	
				CDCD - Centri diagnostico-specialistici	CDCD - Centri territoriali esperti	CDCD - Centri diagnostico-specialistici	CDCD - Centri territoriali esperti	CDCD - Centri diagnostico-specialistici	CDCD - Centri territoriali esperti
ASL Roma area metropolitana	629.600	45.520	31.864	15	16	17	4	2	-12
ASL RMF	58.967	4.263	2.984	1	2	0	1	-1	-1
ASL RMG	87.427	6.321	4.425	2	2	0	2	-2	0
ASL RMH	101.145	7.313	5.119	2	3	0	3	-2	0
ASL VT	72.031	5.208	3.645	2	2	1	0	-1	-2
ASL RI	37.855	2.737	1.916	1	1	1	0	0	-1
ASL LT	109.672	7.929	5.550	2	3	1	1	-1	-2
ASL FR	104.792	7.576	5.304	2	3	1	2	-1	-1
<b>Totale</b>	<b>1.201.489</b>	<b>86.868</b>	<b>60.807</b>	<b>27</b>	<b>32</b>	<b>21</b>	<b>13</b>	<b>-6</b>	<b>-19</b>

\* I pazienti stimati corrispondono al 7,23% della popolazione residente ultra65 (*Stima ALCOVE, 2013*)

\*\* La percentuale stimata di pazienti con patologie croniche che vengono correntemente presi in carico dai Servizi specialistici per la patologia cronica è pari al 70% (*"La presa in carico dei malati cronici nell'ASL di Brescia: monitoraggio BDA 2003-2006", Pubblicazione 10, ASL di Brescia, dicembre 2008*; *"Monitoraggio dei malati cronici presi in carico nell'ASL di Brescia: BDA 2008" - Allegato Assistenza Primaria, ASL di Brescia, marzo 2010*)

\*\*\* Il fabbisogno è stato calcolato stabilendo come riferimento il valore medio dei pazienti in carico alle UVA regionali (*"Documento di indirizzo operativo per la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza" Regione Lazio, giugno 2012*).

**RITENUTO** pertanto, alla luce di quanto rappresentato:

- di recepire il “Piano Nazionale Demenze - strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze” – Accordo, ai sensi dell’art. 9, comma 2 lettera c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane - Rep. Atti n. 135/CU del 30 ottobre 2014, di cui all’allegato 1, parte integrante del presente provvedimento;
- di definire il fabbisogno dei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), distinti in CDCD-Centri diagnostico specialistici e CDCD-Centri territoriali esperti, così come indicato nella tabella A;
- di avviare la riorganizzazione delle Unità Valutative Alzheimer in CDCD-Centri diagnostico specialistici e CDCD-Centri territoriali esperti, tenuto conto della determinazione n. B0941/2011 che riporta l’elenco delle U.V.A. regionali e di quanto indicato nei documenti progettuali di riorganizzazione delle U.V.A. inviati dalle Direzioni Aziendali, così come riportato nella tabella B;

IL PRESIDENTE  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- di avviare la verifica della permanenza degli aspetti organizzativi e delle attività che caratterizzano i CDCD - Centri diagnostico specialistici e i CDCD - Centri territoriali esperti, indicati nell'allegato 2, parte integrante del presente provvedimento;

**Tabella B. CDCD - Centri diagnostico specialistici e CDCD - Centri territoriali esperti, per ASL**

Territorio di appartenenza/ ASL	CDCD - Centri diagnostico specialistici	CDCD - Centri territoriali esperti
<b>ASL RM A</b>	Ospedale S. Giovanni Calibita Fatebenefratelli Isola Tiberina - UO Neurologia P.zza Fatebenefratelli, 2 - Roma	ASL RMA - Nuovo Regina Margherita UO Geriatria Via Morosini, 30 - Roma
	Umberto I - Policlinico di Roma UOC Gerontologia e Geriatria Viale del Policlinico, 155 - Roma	
	Umberto I - Policlinico di Roma Dipartimento di Neurologia e Psichiatria Viale dell'Università, 30 - Roma	
	Umberto I - Policlinico di Roma Clinica della Memoria – Dipartimento di Neurologia e Psichiatria Viale dell'Università, 30 - Roma	
	Umberto I - Policlinico di Roma Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico- Chirurgiche - UOC Neurologia C – Viale dell'Università, 30 - Roma	
<b>ASL RM B</b>	Policlinico Tor Vergata – UOC Neurologia Viale Oxford, 88 - Roma	ASL RMB - UOS Tutela della malattia di Alzheimer e demenze c/o Poliambulatorio di Torre Spaccata - Via Tenuta di Torrenova, Roma
		ASL RMB - UOC Tutela salute anziano e hospice c/o Poliambulatorio Don Bosco Via Antistio, 15 - Roma
<b>ASL RM C</b>	Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata UOC Neurologia Via Amba Aradam, 9 - Roma	
	ASL RM C - Ospedale S. Eugenio UOC Geriatria - Piazza dell'Umanesimo, 10 - Roma	
	IRCCS Fondazione Santa Lucia Via Ardeatina, 306 - Roma	
	Campus Bio-Medico – Via Alvaro del Portillo, Roma	

IL PRESIDENTE  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

<b>ASL RMD</b>	ASL RM D - Ospedale G.B. Grassi UOC Neurologia Via Passeroni, 28-32, Ostia (Roma)	
	Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini Neurologia - Geriatria P.zza Carlo Forlanini, 1 - Roma	
	Ospedale Israelitico UO Geriatria Via Fulda, 14 - Roma	
<b>ASL RME</b>	Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" Dipartimento Geriatria, Neuroscienze, Ortopedia UOS Dipartimentale "Clinica della Memoria" Largo Agostino Gemelli, 8 - Roma	ASL RME – Via G. Ventura, 60 - Roma
	Azienda Ospedaliera S. Andrea UO Neurologia Via Grottarossa, 1035 - Roma	
	Azienda Complesso Ospedaliero S. Filippo Neri UOC Neurologia Via G. Martinotti, 20 - Roma	
	Ospedale San Pietro - Fatebenefratelli UO Neurologia Via Cassia, 600 - Roma	
<b>ASL RMF</b>		ASL RM F - Distretto F1 c/o Centro Assistenza Domiciliare (CAD) Via Cadorna - Civitavecchia (Roma)
<b>ASL RMG</b>		Italian Hospital Group - UO Neurologia Via Tiburtina Valeria, 188 - Guidonia (Roma)
		ASL RM G - P.O. Tivoli "S. Giovanni Evangelista"- UO Neurofisiopatologia Via Parrozzani, 3 - Tivoli (Roma)
<b>ASL RMH</b>		ASL RM H - Distretto H1 c/o Centro Assistenza Domiciliare (CAD) Via Malpasso d'Acqua, snc - Rocca Priora (Roma)
		ASL RM H - Distretto H2 c/o Centro Assistenza Domiciliare (CAD) Via Galleria di sotto, Albano Laziale (Roma)
		ASL RM H - Distretto H4 c/o Centro Assistenza Domiciliare (CAD) Via Castelli Romani, 2 - Pomezia (Roma)

IL PRESIDENTE  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

<b>ASL RIETI</b>	ASL Rieti - Ospedale Generale Provinciale S. Camillo De Lellis - UOC Neurologia Viale Kennedy, snc - Rieti	
<b>ASL VITERBO</b>	Ospedale Belcolle UO Neurologia Strada Sammartinese, Viterbo	
<b>ASL LATINA</b>	P.O. S. Maria Goretti UOC Neurologia Via Guido Reni - Latina	ASL LT - Distretto 3 Monti Lepini c/o Casa della Salute di Sezze Via S. Bartolomeo, Sezze (LT)
<b>ASL FROSINONE</b>	Ospedale S. Scolastica - Geriatria Via S. Pasquale - Cassino (FR)	ASL FR - Distretto C c/o Poliambulatorio Distretto C Viale Piemonte - Sora (FR)
		ASL FR - Distretto D c/o Servizio geriatrico "Dottore Angelico" Viale Manzoni, 26 Aquino (FR)

### DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che si richiamano integralmente:

- di recepire il “Piano Nazionale Demenze - strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze” – Accordo, ai sensi dell’art. 9, comma 2 lettera c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane - Rep. Atti n. 135/CU del 30 ottobre 2014, di cui all’allegato 1, parte integrante del presente provvedimento;
- di definire il fabbisogno dei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), distinti in CDCD-Centri diagnostico specialistici e CDCD-Centri territoriali esperti, così come indicato nella tabella A;
- di avviare la riorganizzazione delle Unità Valutative Alzheimer in CDCD-Centri diagnostico specialistici e CDCD-Centri territoriali esperti, tenuto conto della determinazione n. B0941/2011 che riporta l’elenco delle U.V.A. regionali e di quanto indicato nei documenti

IL PRESIDENTE  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

progettuali di riorganizzazione delle U.V.A. inviati dalle Direzioni Aziendali, così come riportato nella tabella B;

- di avviare la verifica della permanenza degli aspetti organizzativi e delle attività che caratterizzano i CDCD - Centri diagnostico specialistici e i CDCD - Centri territoriali esperti, indicati nell'allegato 2, parte integrante del presente provvedimento;

**Tabella A. Fabbisogno e offerta Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze, per tipologia**

Territorio di appartenenza/ ASL	Popolazione residente ultra 65 anni	Pazienti stimati *	Pazienti da prendere in carico **	Fabbisogno***		Attuale offerta		Centri attivi vs fabbisogno	
				CDCD - Centri diagnostico-specialistici	CDCD - Centri territoriali esperti	CDCD - Centri diagnostico-specialistici	CDCD - Centri territoriali esperti	CDCD - Centri diagnostico-specialistici	CDCD - Centri territoriali esperti
ASL Roma area metropolitana	629.600	45.520	31.864	15	16	17	4	2	-12
ASL RMF	58.967	4.263	2.984	1	2	0	1	-1	-1
ASL RMG	87.427	6.321	4.425	2	2	0	2	-2	0
ASL RMH	101.145	7.313	5.119	2	3	0	3	-2	0
ASL VT	72.031	5.208	3.645	2	2	1	0	-1	-2
ASL RI	37.855	2.737	1.916	1	1	1	0	0	-1
ASL LT	109.672	7.929	5.550	2	3	1	1	-1	-2
ASL FR	104.792	7.576	5.304	2	3	1	2	-1	-1
<b>Totale</b>	<b>1.201.489</b>	<b>86.868</b>	<b>60.807</b>	<b>27</b>	<b>32</b>	<b>21</b>	<b>13</b>	<b>-6</b>	<b>-19</b>

\* I pazienti stimati corrispondono al 7,23% della popolazione residente ultra65 (Stima ALCOVE, 2013)

\*\* La percentuale stimata di pazienti con patologie croniche che vengono correntemente presi in carico dai Servizi specialistici per la patologia cronica è pari al 70% ("La presa in carico dei malati cronici nell'ASL di Brescia: monitoraggio BDA 2003-2006", Pubblicazione 10, ASL di Brescia, dicembre 2008"; "Monitoraggio dei malati cronici presi in carico nell'ASL di Brescia: BDA 2008" – Allegato Assistenza Primaria, ASL di Brescia, marzo 2010)

\*\*\* Il fabbisogno è stato calcolato stabilendo come riferimento il valore medio dei pazienti in carico alle UVA regionali ("Documento di indirizzo operativo per la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza" Regione Lazio, giugno 2012).

IL PRESIDENTE  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**Tabella B. CDCD-Centri diagnostico specialistici e CDCD-Centri territoriali esperti, per ASL**

Territorio di appartenenza/ ASL	CDCD - Centri diagnostico specialistici	CDCD - Centri territoriali esperti
<b>ASL RM A</b>	Ospedale S. Giovanni Calibita Fatebenefratelli Isola Tiberina - UO Neurologia P.zza Fatebenefratelli, 2 - Roma	ASL RMA - Nuovo Regina Margherita UO Geriatria Via Morosini, 30 - Roma
	Umberto I - Policlinico di Roma UOC Gerontologia e Geriatria Viale del Policlinico, 155 - Roma	
	Umberto I - Policlinico di Roma Dipartimento di Neurologia e Psichiatria Viale dell'Università, 30 - Roma	
	Umberto I - Policlinico di Roma Clinica della Memoria – Dipartimento di Neurologia e Psichiatria Viale dell'Università, 30 - Roma	
	Umberto I - Policlinico di Roma Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico- Chirurgiche - UOC Neurologia C – Viale dell'Università, 30 - Roma	
<b>ASL RM B</b>	Policlinico Tor Vergata – UOC Neurologia Viale Oxford, 88 - Roma	ASL RMB - UOS Tutela della malattia di Alzheimer e demenze c/o Poliambulatorio di Torre Spaccata - Via Tenuta di Torrenova, Roma
		ASL RMB - UOC Tutela salute anziano e hospice c/o Poliambulatorio Don Bosco Via Antistio, 15 - Roma
<b>ASL RM C</b>	Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata UOC Neurologia Via Amba Aradam, 9 - Roma	
	ASL RM C - Ospedale S. Eugenio UOC Geriatria - Piazza dell'Umanesimo, 10 - Roma	
	IRCCS Fondazione Santa Lucia Via Ardeatina, 306 - Roma	
	Campus Bio-Medico – Via Alvaro del Portillo, Roma	

IL PRESIDENTE  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

<b>ASL RMD</b>	ASL RM D - Ospedale G.B. Grassi UOC Neurologia Via Passeroni, 28-32, Ostia (Roma)	
	Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini UO Neurologia – UO Geriatria P.zza Carlo Forlanini, 1 - Roma	
	Ospedale Israelitico UO Geriatria Via Fulda, 14 - Roma	
<b>ASL RME</b>	Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" Dipartimento Geriatria, Neuroscienze, Ortopedia UOS Dipartimentale "Clinica della Memoria" Largo Agostino Gemelli, 8 - Roma	ASL RME – Via G. Ventura, 60 - Roma
	Azienda Ospedaliera S. Andrea UO Neurologia Via Grottarossa, 1035 - Roma	
	Azienda Complesso Ospedaliero S. Filippo Neri UOC Neurologia Via G. Martinotti, 20 - Roma	
	Ospedale San Pietro - Fatebenefratelli UO Neurologia Via Cassia, 600 - Roma	
<b>ASL RMF</b>		ASL RM F - Distretto F1 c/o Centro Assistenza Domiciliare (CAD) Via Cadorna - Civitavecchia (Roma)
<b>ASL RMG</b>		Italian Hospital Group - UO Neurologia Via Tiburtina Valeria, 188 - Guidonia (Roma)
		ASL RM G - P.O. Tivoli "S. Giovanni Evangelista"- UO Neurofisiopatologia Via Parrozzani, 3 - Tivoli (Roma)
<b>ASL RMH</b>		ASL RM H - Distretto H1 c/o Centro Assistenza Domiciliare (CAD) Via Malpasso d'Acqua, snc - Rocca Priora (Roma)
		ASL RM H - Distretto H2 c/o Centro Assistenza Domiciliare (CAD) Via Galleria di sotto, Albano Laziale (Roma)

IL PRESIDENTE  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

		ASL RM H - Distretto H4 c/o Centro Assistenza Domiciliare (CAD) Via Castelli Romani, 2 - Pomezia (Roma)
<b>ASL RIETI</b>	ASL Rieti - Ospedale Generale Provinciale S. Camillo De Lellis - UOC Neurologia Viale Kennedy, snc - Rieti	
<b>ASL VITERBO</b>	Ospedale Belcolle UO Neurologia Strada Sammartinese, Viterbo	
<b>ASL LATINA</b>	P.O. S. Maria Goretti UOC Neurologia Via Guido Reni - Latina	ASL LT - Distretto 3 Monti Lepini c/o Casa della Salute di Sezze Via S. Bartolomeo, Sezze (LT)
<b>ASL FROSINONE</b>	Ospedale S. Scolastica - Geriatria Via S. Pasquale - Cassino (FR)	ASL FR - Distretto C c/o Poliambulatorio Distretto C Viale Piemonte - Sora (FR)
		ASL FR - Distretto D c/o Servizio geriatrico "Dottore Angelico" Viale Manzoni, 26 Aquino (FR)

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio entro 60 giorni dalla sua pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Presidente della Repubblica entro 120 giorni dalla sua pubblicazione.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.

**NICOLA ZINGARETTI**

**ALLEGATO 1**

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento recante "Piano nazionale demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze".

Rep. Atti n. 135/CSR del 30 ottobre 2014

**LA CONFERENZA UNIFICATA**

Nell'odierna seduta del 30 ottobre 2014:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTA la lettera in data 2 ottobre 2014, con la quale il Ministero della salute ha inviato lo schema di accordo indicato in oggetto, che con nota del 10 ottobre è stato diramato alle Regioni ed alla Province autonome di Trento e di Bolzano ed alle Autonomie locali;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica del 16 ottobre 2014, sono state concordate modifiche migliorative del testo, recepite nella versione definitiva che il Ministero della salute ha inviato con nota del 17 ottobre 2014 e che questa Segreteria ha diramato in data 22 ottobre 2014;

VISTA la nota del 29 ottobre 2014, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato il parere tecnico favorevole all'accordo nella suddetta versione del 22 ottobre 2014;

ACQUISITO, nell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano e delle Autonomie locali con la raccomandazione - formalizzata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con nota in data 6 novembre 2014 - che la realizzazione del Piano sia rafforzata con ulteriori strumenti operativi, al fine di garantire nel contempo l'autonomia gestionale e organizzativa delle Regioni e delle Province autonome;

**SANCISCE ACCORDO**

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie locali, nei seguenti termini:

premesso che:

- il decreto legislativo n. 502/92 - "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni ed integrazioni, indirizza le azioni del Servizio Sanitario Nazionale verso il rispetto del principio di appropriatezza e la individuazione di percorsi diagnostici terapeutici e linee guida;

- in Europa si stima che la prevalenza delle demenze incrementi, nel medesimo periodo di tempo, dall'1.6% nella classe d'età 65-69 anni al 22,1% in quella maggiore di 90 anni nei maschi e dall'1% al 30,8% rispettivamente nelle donne. I tassi di incidenza per demenza variano dal 2.4 per 1000 anni persona nella classe d'età 65-69 anni fino al 40,1 per 1000 anni persona in quella maggiore di 90 anni nella popolazione maschile e dal 2,5 all' 81,7 rispettivamente nella popolazione femminile. La demenza di Alzheimer rappresenta, secondo queste stime, circa il 60% di tutte le demenze;
- le demenze comprendono un insieme di patologie (demenza di Alzheimer, vascolare, fronto-temporale, a corpi di Lewy, forme miste, ecc.) che hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari sia perché un sempre maggior numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte, sia perché richiedono l'attivazione di una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Le demenze, inoltre, rappresentano una delle maggiori cause di disabilità. Dato il progressivo invecchiamento della popolazione generale queste patologie stanno diventando, e lo saranno sempre più, un problema rilevante in termini di sanità pubblica;
- la sintomatologia della demenza, conseguente alla grave compromissione delle funzioni cognitive, è infatti caratterizzata da una disabilità progressiva la cui gestione clinica ed assistenziale risulta estremamente complessa. Va, inoltre, tenuto presente che la condizione clinica del paziente demente è generalmente caratterizzata dal fenomeno della pluripatologia che, inevitabilmente, comporta vari gradi di disabilità a cui si accompagnano problemi somatici, psichiatrici, sociali, etici e medico-legali;
- sul territorio nazionale è presente una organizzazione differenziata tra le diverse Regioni e talora anche all'interno delle singole Regioni ed una marcata variabilità nell'offerta qualitativa di servizi di diagnosi e cura. Spesso si rileva anche una ancora scarsa integrazione e collaborazione tra Ospedale, medici di medicina generale (MMG), servizi territoriali e di assistenza domiciliare integrata che rischiano di tradursi in una carenza nella presa in carico e nella continuità assistenziale. La realtà si presenta molto variegata, con aree di sicura eccellenza accanto ad altre dove è assolutamente necessario intervenire per dare qualità;
- i compiti dei soggetti deputati a svolgere la funzione di *governance*, Ministero, Regioni e Province Autonome, Enti Locali sono, sulla base delle differenti prerogative e responsabilità:
  - fissare obiettivi e strategie;
  - progettare le strutture di governo e di controllo;
  - sorvegliare e valutare il funzionamento;
  - misurare e valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi,
  - prevedere sistemi gestionali volti al miglioramento continuo e capaci d'intervenire in corso d'opera per potenziare determinate *performance*;
- in Italia sono numerose le iniziative rivolte alla demenza ma, nonostante gli sforzi di Amministrazioni, Associazioni ed operatori sanitari e sociosanitari, la gestione del problema è ancora spesso affrontata in momenti e con percorsi distinti;

## SI CONVIENE

1. Sulla necessità di definire ed implementare il "PIANO NAZIONALE DEMENZE", Allegato A), parte integrante del presente atto, inteso come strategia globale per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore, partendo dal presupposto che, come in tutte le patologie cronico-degenerative nelle quali

l'approccio farmacologico non è risolutivo nel modificarne la storia naturale, occorre prevedere un insieme articolato ed organico di percorsi assistenziali, secondo una filosofia di gestione integrata della malattia.

2. Il Governo, le Regioni, le Province Autonome e gli Enti Locali si impegnano a implementare il Piano Nazionale Demenze, articolato in obiettivi ed azioni articolati dettagliatamente nell'allegato tecnico, per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi integrati nel settore delle demenze.
3. Le azioni, tra loro complementari e sinergiche, sono da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale.
4. L'attuazione da parte delle singole Regioni, Province Autonome ed Enti Locali delle azioni previste è realizzata nel quadro della rispettiva programmazione assistenziale e nel rispetto della connessa programmazione economico finanziaria, in riferimento alle risorse umane, strumentali e finanziarie previste dalla normativa vigente.
5. Dalle azioni previste dal suddetto Piano non devono derivare nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

## **PIANO NAZIONALE DEMENZE - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze**

### **Introduzione**

La demenza è una malattia cronico degenerativa, la cui storia naturale è caratterizzata dalla progressione più o meno rapida dei deficit cognitivi, dei disturbi del comportamento e del danno funzionale con perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza con vario grado di disabilità e conseguente dipendenza dagli altri, fino alla immobilizzazione a letto. E' necessario pervenire il più rapidamente possibile ad una diagnosi precisa che permetta interventi farmacologici e/o psicosociali volti a contenere la progressione della malattia in relazione allo stadio, al grado di disabilità ed alla comorbilità; è altrettanto necessario ed irrinunciabile gestire tutti i problemi che si presentano nel percorso dei vari stadi.

La demenza è in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita secondo il Rapporto OMS e ADI una priorità mondiale di salute pubblica: *"nel 2010 35,6 milioni di persone risultavano affette da demenza con stima di aumento del doppio nel 2030, il triplo nel 2050, con ogni anno 7,7 milioni di nuovi casi (1 ogni 4 secondi) e una sopravvivenza media dopo la diagnosi di 4-8-anni. La stima dei costi è di 604 mld di dollari/anno con incremento progressivo e continua sfida per i sistemi sanitari. Tutti i Paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica; a livello internazionale, nazionale regionale e locale sono necessari programmi e coordinamento su più livelli e tra tutte le parti interessate. E' necessario assicurare la migliore qualità di vita possibile per il paziente ed un supporto adeguato per (familiari da parte dei sistemi sanitari, sociali, finanziari e giuridici. Pertanto si deve agire subito per: 1) promuovere a livello mondiale una società in grado di comprendere ed includere le demenze: 2) considerare le demenze una priorità sanitaria e sociale nazionale in tutti i Paesi; 3) migliorare l'atteggiamento e la conoscenza del pubblico e dei professionisti rispetto alle demenze: 4) investire nei sistemi sanitari e sociali per migliorare l'assistenza ed i servizi per i pazienti ed i loro familiari; 5) aumentare la priorità data alle demenze nel! 'agenda della ricerca di salute pubblica. "* (Ginevra Il aprile 2012)

Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età e, in una società che invecchia, l'impatto del fenomeno si prefigura di dimensioni allarmanti, ed è facile prevedere che queste patologie diventeranno, in tempi brevi, uno dei problemi più rilevanti in termini di sanità pubblica. Si sottolinea inoltre che il sesso femminile rappresenta un importante fattore di rischio per l'insorgenza della demenza di Alzheimer, la forma più frequente di tutte le demenze (circa il 60%). Numerose evidenze disponibili in termini di prevenzione primaria e secondaria individuano sette fattori di rischio potenzialmente modificabili associati all'insorgenza della demenza di Alzheimer, quali il diabete, l'ipertensione in età adulta, l'obesità in età adulta, il fumo, la depressione, la bassa scolarizzazione e l'inattività fisica. Si stima che circa un terzo dei casi di demenza di Alzheimer siano potenzialmente attribuibili all'insieme di questi fattori. In tal senso alcuni studi condotti per diverse decadi su alcune popolazioni europee e americane sembrano documentare, negli anni più recenti, una riduzione della prevalenza della demenza da attribuire probabilmente ad una modifica degli stili di vita.

Con un simile scenario di riferimento non sorprende il fatto che la Commissione Europea, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e recentemente anche il summit specifico del G8, tenutosi a Londra nel mese di dicembre 2013, abbiano ribadito che la demenza di Alzheimer rappresenta una priorità nell'agenda globale per i prossimi anni. In particolare il summit di Londra ha evidenziato la necessità di politiche a sostegno dell'innovazione nel settore della ricerca e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza.

Una segnalazione a parte merita la recente Joint Action europea ALCOVE (Alzheimer Cooperative Valuation in Europe) sulle policy per le demenze. Questo progetto ha coinvolto 30 partner provenienti da 19 Paesi, inclusa l'Italia che ha coordinato l'area di epidemiologia, ed ha avuto come obiettivo il miglioramento delle conoscenze sulla patologia e sulle sue conseguenze contribuendo a stimolare una riflessione sulla qualità della vita delle persone, sul concetto di autonomia e sui diritti di chi vive con una forma di demenza. Le raccomandazioni conclusive del progetto ALCOVE si sono indirizzate su quattro aree specifiche quali l'epidemiologia, la diagnosi, i sistemi di supporto alla gestione dei sintomi psicologici e comportamentali (BPSD) delle persone affette da demenza e gli aspetti etici (diritti, autonomia, dignità).

Per quanto attiene all'epidemiologia gli aspetti più rilevanti riguardano la necessità di promuovere ulteriori studi sia sulla prevalenza della demenza in generale, rispettando standard di elevata qualità come quelli definiti nell'Alzheimer Disease International Report del 2009, sia sulla prevalenza ed incidenza in persone con demenza al di sotto i 65 anni di età per definire al meglio la frequenza di un fenomeno ancora poco conosciuto e molto eterogeneo. Appare poi urgente migliorare la raccolta dei dati sull'uso degli antipsicotici nelle persone affette da demenza in modo prospettico e sistematico in differenti contesti (comunità, assistenza domiciliare, cliniche della memoria, Residenze Sanitarie Assistenziali - RSA) al fine di promuovere con campagne nazionali un uso appropriato di questi farmaci riducendo il rischio associato al loro uso.

Per la diagnosi si è raccomandata l'importanza della centralità della persona. In particolare la diagnosi tempestiva di demenza deve essere disponibile per tutti i cittadini che la richiedono nel momento in cui viene rilevata per la prima volta un'alterazione delle funzioni cognitive e/o comportamentali. Bisogna ridurre la paura e lo stigma riguardo alla demenza.

Le raccomandazioni relative ai sistemi di supporto alla gestione dei sintomi psicologici e comportamentali (BPSD) delle persone affette da demenza evidenziano come questi siano fonte di un notevole carico assistenziale e di depressione per i caregiver, così come di un aumento del tasso di istituzionalizzazione per le persone con demenza. Tutti gli Stati membri dovrebbero sviluppare una strategia olistica tridimensionale indirizzata allo sviluppo di strutture e organizzazioni assistenziali dedicate ai BPSD, ad interventi individualizzati per il paziente e il caregiver (Individualized Patient and Family Carers, IPCI) combinando interventi psicosociali e terapie farmacologiche ed infine ad assicurare la competenza dei professionisti socio-sanitari.

Le raccomandazioni relative ai diritti, l'autonomia e la dignità delle persone affette da demenza rappresentano una vera e propria emergenza dal punto di vista etico. Una persona con diagnosi di demenza non deve essere automaticamente considerata incapace di esercitare il suo diritto di scelta. La presunzione di competenza deve essere garantita alle persone con demenza durante l'intero corso della malattia, e vanno previsti anche tutti gli eventuali meccanismi di supporto in tale direzione.

## Il contesto italiano

L'Italia è uno dei Paesi al mondo con la più alta percentuale di persone anziane (età uguale o superiore a 65 anni). In Europa, secondo dati ISTAT al 1° gennaio 2013, si colloca al secondo posto dopo la Germania, con un numero di anziani di 12.639.000, pari a al 21.2% della popolazione totale. Anche l'indice di vecchiaia, definito come il rapporto percentuale tra la popolazione in età anziana (65 anni e più) e la popolazione in età giovanile (meno di 15 anni), colloca l'Italia al secondo posto in Europa dopo la Germania, con un rapporto di 144 anziani ogni 100 giovani. Le proiezioni demografiche mostrano una progressione aritmetica di tale indicatore fino a giungere nel 2051 per l'Italia a 280 anziani per ogni 100 giovani.

Sono pertanto in aumento tutte le malattie croniche, in quanto legate all'età, e tra queste le demenze. La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa dell' 8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 40% dopo gli ottanta anni. Il progressivo incremento della popolazione anziana comporterà un ulteriore consistente aumento della prevalenza dei pazienti affetti da demenza. In Italia, il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre un milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari. Secondo alcune proiezioni, i casi di demenza potrebbero triplicarsi nei prossimi 30 anni nei paesi occidentali.

Le conseguenze sul piano economico ed organizzativo sono facilmente immaginabili, tenendo conto che i soli costi annuali diretti per ciascun paziente vengono, in diversi studi europei, stimati in cifre variabili da 9.000 a 16.000 Euro, a seconda dello stadio di malattia. Stime di calcolo circa i costi socio-sanitari delle Demenze in Italia ipotizzano cifre complessive pari a circa 10-12 miliardi di Euro annui, e di questi 6 miliardi per la sola Malattia di Alzheimer.

La crescente già citata importanza attribuita agli interventi che hanno potenziale impatto sulla prevenzione della demenza, quali ad esempio quelli citati in precedenza, è testimoniata anche dal fatto che per la prima volta il Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2010-2012 aveva incluso la tematica delle demenze tra le priorità di azione, e il tema è attualmente in esame e definizione anche nella proposta del nuovo PNP quinquennale 2014-2018.

Il "modello della gestione integrata" è oggi considerato l'approccio più indicato per migliorare l'assistenza alle persone con malattie croniche. Queste persone, infatti, hanno bisogno, oltre che di trattamenti efficaci e modulati sui diversi livelli di gravità, anche di continuità di assistenza, informazione e sostegno per raggiungere la massima capacità di autogestione possibile. Per attuare un intervento di gestione integrata è fondamentale disporre:

- di processi e strumenti di identificazione della popolazione target;
- di linee guida basate su prove di efficacia
- di modelli di collaborazione tra i diversi professionisti coinvolti per promuovere un'assistenza multidisciplinare;
- di strumenti psicoeducativi per promuovere l'autogestione dei pazienti e dei familiari quale componente essenziale dell'assistenza ai malati cronici;
- di misure di processo e di esito;

- di sistemi informativi sostenibili e ben integrati sul territorio che incoraggino non solo la comunicazione tra medici ma anche tra medici, pazienti e familiari per ottenere un'assistenza coordinata e a lungo termine.
- di meccanismi e programmi di formazione/aggiornamento per specialisti e Medici di Medicina Generale (MMG).

Soprattutto per le patologie cronico-degenerative come le demenze, dunque, appare necessario definire un insieme di percorsi assistenziali secondo una filosofia di gestione integrata della malattia che, come è documentato in letteratura da diverse esperienze internazionali, risulta efficace ed efficiente in rapporto ad un miglioramento della storia naturale della malattia.

In Italia, nonostante gli sforzi delle Amministrazioni, delle Associazioni e della gran parte degli operatori dell' area socio-sanitaria, la gestione del problema Demenze è ancora affrontata in momenti e, spesso, con percorsi distinti: quello diagnostico, quello assistenziale e quello riabilitativo, dimenticando che solo un approccio integrato, a tutti i livelli, può rappresentare una efficace risposta alle complesse istanze che la patologia porta con sé.

L'attuale situazione dell'offerta sociosanitaria si concentra, in varia misura, sulle strutture specialistiche attivate nell'ambito del "Progetto CRONOS", varato dal Ministero della Sanità nel 2000. In attuazione del progetto vennero costituite in tutte le Regioni italiane circa 500 "Unità di Valutazione Alzheimer" (U.V.A.) per lo screening dei pazienti da avviare alla somministrazione dei farmaci anticolinesterasici inclusi nello studio, secondo un percorso predefinito volto a garantire la massima accessibilità a tutti i soggetti interessati.

In tali servizi operano ad oggi quasi 2000 operatori sanitari e socio-sanitari tra medici (che sono responsabili, in base alle decisioni stabilite dall'AlFA, del piano terapeutico farmacologico), psicologi, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali, infermieri, personale amministrativo.

I criteri suggeriti, nel protocollo del progetto, per la costituzione delle UVA erano centrati sulla identificazione di unità funzionali basate sul coordinamento delle competenze neurologiche, psichiatriche, internistiche e geriatriche presenti nell'ambito dei dipartimenti ospedalieri, dei servizi territoriali specialistici e di assistenza domiciliare delle aziende territoriali, nonché della medicina generale.

L'Italia è stato il primo paese che ha puntato sulla creazione di centri specialistici dove viene posta la diagnosi di demenza e si coordina una fase terapeutica. Successivamente anche Francia, Germania, Regno Unito, Austria e Irlanda hanno promosso la costituzione di "memory clinics", che si basano sugli stessi presupposti. In sintesi queste strutture, in raccordo con la medicina generale, hanno rappresentato e rappresentano il fulcro di un sistema dedicato alle demenze intorno alle quali bisogna costruire una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari.

Negli anni scorsi, in alcune Regioni, però, l'istituzione delle UVA non si è basata su una programmazione che leggesse la realtà del fabbisogno e su di essa dimensionasse l'offerta di servizi, tanto che ad una valutazione eseguita sia nel 2002 che nel 2006 dall'Istituto Superiore di Sanità è emerso che in circa il 25% delle strutture il servizio è fornito un solo giorno a settimana e che in circa il 7% vi è un solo medico dedicato a questo lavoro.

Va inoltre considerato che circa il 20% delle UVA, nel corso delle indagini svolte in passato, non era stato raggiungibile.

A distanza di quasi quattordici anni tali strutture specialistiche rappresentano ancora, in molti casi, accanto alla medicina generale, il punto di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari per i pazienti

ed i loro familiari, ma necessitano, ormai, di interventi urgenti di adeguamento, razionalizzazione e/o potenziamento.

A titolo di esempio, basti citare il fatto che alcune Regioni hanno ritenuto opportuno cambiare in prima istanza la stessa denominazione dei centri specialistici dedicati, passando dalle UVA a "Unità di Valutazione delle Demenze" (UVD) e/o "Centri per il decadimento cognitivo", sottolineando così il passaggio da una visione centrata sull' Alzheimer ad una più ampia estesa a tutte le forme di demenze (si ricorda che circa il 40% delle demenze sono di altra natura) o ad uno spettro più articolato di stadiazioni.

Un elemento di ulteriore criticità del sistema è rappresentato dalla scarsa integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali, a conferma delle difficoltà che ancora oggi si incontrano nel perseguire l'obiettivo prioritario della costruzione e del coordinamento della rete.

Sulla scorta di quanto detto, appare dunque strategico promuovere un processo che miri ad individuare modalità e strutture che rappresentino il nodo di accesso alla rete integrata dell'offerta sanitaria e del supporto sociale, anche alla luce dell'esperienza maturata in questi anni in riferimento ai Punti unici di accesso (PUA) specificamente rivolti all'anziano ed al disabile.

Allo stesso tempo occorre dare forza alle eccellenze cliniche, in ambito diagnostico, terapeutico e riabilitativo ed alla esperienza acquisita dalle UVA in quasi quattordici anni di attività.

Oggi si ravvede l'importanza di una denominazione comune di queste ultime strutture sul territorio nazionale che possa innanzitutto caratterizzarle come chiaro punto di riferimento e possa inoltre rendere esplicito il fatto che esse effettuano la presa in carico delle persone affette da disturbi cognitivi e/o da demenza e ottemperano alle implicazioni sulla prescrizione dei farmaci previste dall'AIFA (ad esempio la nota 85 pubblicata in GU serie generale n. 65 del 1973/2009 e il Comunicato sull'uso degli antipsicotici del 8/5/2009).

La denominazione condivisa che appare recepire con maggiore chiarezza le diverse istanze è *"Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) "*.

Una rete integrata sanitaria, socio-sanitaria e sociale consentirà al paziente, al MMG e ai familiari di fruire in modo agevole di un qualificato riferimento clinico e assistenziale che utilizzi, in ogni fase in cui si renda necessario, il livello assistenziale adeguato, dagli specialisti all'ospedale per acuti, dall'ospedale diurno all'assistenza domiciliare integrata, dalle residenze sanitarie assistenziali alla ospedalizzazione a domicilio, al centro diurno ecc.

La consapevolezza della complessità del fenomeno delle demenze, con tutte le sue implicazioni sulla tenuta del tessuto sociale, richiede pertanto un impegno straordinario da parte delle Istituzioni, centrali e regionali, in stretto raccordo con le Associazioni dei familiari e dei pazienti.

Questo impegno deve indirizzarsi verso lo sviluppo di una capacità di governance dei fenomeni complessi, indispensabile ad affrontare una vera e propria emergenza socio-sanitaria.

A tal fine il "Piano nazionale demenze" intende fornire indicazioni strategiche per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore, non soltanto con riferimento agli aspetti terapeutici specialistici, ma anche al sostegno e all'accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura.

Per omogeneizzare gli interventi sul territorio nazionale il Piano è aggregato intorno ad alcuni Obiettivi prioritari da cui discendono una serie di Azioni.

Tali azioni dovranno essere poi opportunamente declinate ed articolate sulla base dei bisogni specifici e delle esperienze maturate, attraverso una razionalizzazione dell'uso delle risorse finalizzate al raggiungimento degli obiettivi stessi.

Appare infine urgente la necessità di un articolato sviluppo della ricerca scientifica con particolare enfasi su quelle evidenze direttamente trasferibili alla sanità pubblica in quanto capaci di supportare adeguatamente le azioni di prevenzione, di diagnosi tempestiva, di cure appropriate e di riabilitazione.

Il Piano focalizza dunque la propria attenzione su tutte le opportune misure di sanità pubblica che possano promuovere interventi appropriati ed adeguati, di contrasto allo stigma sociale, di garanzia dei diritti, di conoscenza aggiornata, di coordinamento delle attività, nel loro complesso finalizzati ad una corretta gestione integrata della demenza.

## **Obiettivi ed azioni prioritari**

### **Obiettivo 1: Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria**

- Aumentare le conoscenze della popolazione generale, delle persone con demenze e dei loro familiari, nonché dei professionisti del settore, ciascuno per i propri livelli di competenza e coinvolgimento, circa la prevenzione, la diagnosi tempestiva, il trattamento e l'assistenza delle persone con demenza con attenzione anche alle forme ad esordio precoce;
- Conseguire, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura e di miglioramento della qualità della vita delle persone con demenza e dei loro carer;
- Organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia.

#### ***Azioni:***

1.1 Promozione di strategie per la prevenzione primaria e secondaria

1.2 Realizzazione di una mappa aggiornata dell'offerta sanitaria, socio sanitaria e sociale anche in collaborazione con le amministrazioni comunali

1.3 Promozione di interventi mirati alla creazione di una rete assistenziale regionale integrata, con articolazione locale, basata su criteri di qualità organizzativi e strutturali valutabili e condivisi

1.4 Presenza di obiettivi specifici connessi agli interventi per le demenze nella valutazione dei direttori generali e dei direttori delle strutture operative individuate dalla programmazione regionale

1.5 Promozione e coordinamento a livello nazionale di attività di ricerca nell'ambito della sanità pubblica, con particolare attenzione agli aspetti epidemiologici, clinici e sociali

1.6 Attivazione di un tavolo di confronto permanente per le demenze, tra Ministero della salute e Regioni, queste ultime eventualmente organizzate in un tavolo interregionale (sul modello di quanto già avviene per altre aree di intervento), che si avvale del contributo scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dell'AGENAS, nonché di quello delle Associazioni nazionali dei familiari dei pazienti. Si ritiene importante che il tavolo sia integrato dalle rappresentanze della componente sociale, nelle sue articolazioni nazionale, regionale e locale.

1.7 Realizzazione di un sistema informativo sulle demenze, a partire dalla valorizzazione dei flussi già esistenti, che consenta il dialogo tra il livello regionale e quello nazionale e sia utilizzato a supporto delle funzioni di:

- monitoraggio del fenomeno e programmazione degli interventi basati su indicatori di appropriatezza e qualità;
- sostegno alla verifica di attuazione del presente Piano;
- ricerca mirata.

## **Obiettivo 2: Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata**

- Promuovere la prevenzione, la diagnosi tempestiva, la presa in carico, anche al fine di ridurre le discriminazioni, favorendo adeguate politiche di intersectorialità
- Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria.

### **Azioni:**

2.1 Creazione, riorganizzazione e potenziamento di una rete di servizi e funzioni, a partire dal CDCD, che si configura come sistema integrato in grado di garantire la diagnosi e la presa in carico tempestiva, la continuità assistenziale ed un corretto approccio alla persona ed alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia e nei diversi contesti di vita e di cure (MMG, ambulatori per le demenze, Centri Diurni, ADI dedicata, etc.), con particolare attenzione agli aspetti etici.

2.2 Strutturazione, sulla base della specifica programmazione regionale, di questa rete di servizi e funzioni in modo che risponda a precisi criteri di qualità dell'offerta e percorsi di cura condivisi, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- il dimensionamento dell'offerta di servizi basato sulla stima del fabbisogno dei diversi territori;
- l'individuazione di servizi, funzioni e competenze che garantiscano la risposta corretta ad ogni necessità di cura del paziente in ogni livello assistenziale, dalle cure primarie ai servizi specialistici ambulatoriali, a quelli residenziali e semiresidenziali, ai servizi ospedalieri;
- la messa in rete delle professionalità necessarie all'approccio multidisciplinare e multidimensionale, garantendo la disponibilità delle figure professionali indispensabili (MMG geriatra, neurologo, psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, terapeuta occupazionale, fisioterapista, operatore sociosanitario, etc.);
- l'accessibilità e fruibilità dei servizi, in termini di localizzazione, congruo numero di ore di apertura giornaliera e settimanale;

- la condivisione ed implementazione di percorsi di cura/percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) che assicurano la gestione integrata.

2.3. Formulazione di una Carta dei servizi specifica in cui siano contenute indicazioni riguardanti informazioni generali sulla operatività dei servizi e sulle modalità assistenziali dell'intero percorso, a garanzia della trasparenza dell'offerta.

### **Obiettivo 3: Implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure**

- Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate
- Migliorare la qualità dell'assistenza delle persone con demenza al proprio domicilio, presso le strutture residenziali e semiresidenziali e in tutte le fasi di malattia
- Promuovere l'appropriatezza nell'uso dei farmaci, delle tecnologie e degli interventi psico-sociali.

#### **Azioni:**

#### **3.1 Sviluppo di Linee Guida e documenti di consenso**

3.1.1 Sviluppo delle Linee Guida (LG) che si rendano necessarie nel panorama della promozione di corrette pratiche preventive e clinico-assistenziali basate sulle evidenze scientifiche, con attenzione alle aree di particolare criticità;

3.1.2 Elaborazione di tali LG nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), con il coinvolgimento di tutti gli attori istituzionali (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Regioni, AGENAS) e la collaborazione delle maggiori Associazioni di pazienti e familiari e delle principali Società scientifiche;

3.1.3 Monitoraggio della diffusione e dell'implementazione delle LG, nonché dell'aderenza ad esse, effettuato a livello regionale attraverso l'uso di indicatori condivisi;

3.1.4 Formulazione e approvazione di ulteriori documenti di consenso che, pur non configurandosi come LG perché pertinenti ad aree di maggiore incertezza, siano comunque ritenuti utili strumenti di appropriatezza e qualità;

3.1.5 Dotazione e adozione, da parte delle Regioni, di un documento relativo ai percorsi di cura/percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), che garantiscano la gestione integrata in quanto finalizzati non solo a migliorare la qualità della cura, ma anche a ridurre i ritardi nell'erogazione di trattamenti appropriati e a migliorare l'uso delle risorse.

#### **3.2 Formazione e aggiornamento**

3.2.1 Promozione di un adeguamento dei percorsi di formazione specialistica in medicina generale organizzati ed attivati dalle Regioni;

3.2.2 Attivazione di percorsi di formazione/aggiornamento rivolti a tutte le figure professionali che operano nei servizi sanitari e sociosanitari, con modalità integrate ed inserendoli nell'ambito della formazione continua ECM aziendale e regionale;

3.2.3 Promozione di occasioni formative in collaborazione con le associazioni dei familiari che prevedano la partecipazione di tutte le figure professionali socio sanitarie e dei familiari/caregivers informali;

3.2.4 Promozione di una sistematica attività di audit quale strumento di autovalutazione dei professionisti sanitari e di miglioramento della pratica clinica.

**Obiettivo 4: Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita**

- Supportare le persone con demenza e i loro familiari fornendo loro corrette informazioni sulla malattia e sui servizi disponibili per facilitare un accesso ad essi quanto più tempestivo possibile;
- Migliorare la qualità di vita e della cura e promuovere la piena integrazione sociale per le persone con demenze anche attraverso strategie di coinvolgimento personale e familiare;
- Favorire tutte le forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento delle famiglie e delle Associazioni, sviluppando non solo l'empowerment delle persone ma anche quello della comunità. In questo contesto le amministrazioni regionali si attivano per il coinvolgimento anche delle Associazioni locali.

**Azioni:**

4.1. Promozione di eventi informativi di rilievo nazionale e regionale, mirati alla sensibilizzazione della popolazione generale, alla lotta allo stigma sociale, alla promozione del rispetto e della dignità delle persone con demenza, anche utilizzando i sistemi di comunicazione via web;

4.2. Sviluppo di interventi di coinvolgimento attivo e consapevole dei familiari/caregivers con parallela offerta di sostegno personalizzato, formazione ed informazione mirate;

4.3. Utilizzo di strumenti di monitoraggio delle condizioni di salute e di tutela dei caregivers;

4.4. Sostegno e valorizzazione delle associazioni dei familiari e delle reti di volontariato, e delle loro attività dedicate ai caregivers;

4.5. Incentivazione di tutte le opportunità a bassa soglia e ad alta capacità di contatto per il coinvolgimento delle persone con demenza e dei loro familiari ed il sostegno informale (come ad esempio i caffè Alzheimer o altre iniziative sul territorio di provata efficacia).

L'attività di monitoraggio del presente Piano verrà realizzata nell'ambito delle funzioni di confronto di cui al punto 1.6.

Nel primo anno di emanazione verrà effettuato il monitoraggio del recepimento formale del Piano e successivamente il monitoraggio riguarderà specificamente la sua applicazione, valutata sulla base

degli indicatori che verranno individuati nell'ambito della funzione di confronto permanente per le demenze, prevista dall'Obiettivo 1.

A questa funzione viene attribuito anche il compito di evidenziare tutte le criticità presenti nell'applicazione del Piano quali, ad esempio, la disomogenea collocazione dei Centri nell'organizzazione aziendale, la disponibilità e lo stato di realizzazione dei flussi informativi correnti nelle diverse regioni, che dovrebbero essere canalizzati in un sistema informativo integrato, come ugualmente previsto dall'Obiettivo 1.

In questo ambito si prevede espressamente la possibilità di redigere successivi documenti di approfondimento, da sottoporre al percorso di approvazione quali Accordi in Conferenza Unificata, per argomenti che rivestono carattere di particolare criticità e delicatezza.

Accanto a quelli già citati si segnalano inoltre:

- ✓ la definizione di indicatori e criteri di qualità per le strutture incluse nella rete della gestione integrata;
- ✓ la formulazione di linee di indirizzo per promuovere corretti approcci nelle fasi di comunicazione della diagnosi, nell'acquisizione del consenso informato, e nell'utilizzo degli istituti giuridici (ad es. amministratore di sostegno);
- ✓ la valutazione di alcuni aspetti etici, quali il tema delle direttive anticipate del trattamento, inclusa la possibilità di accedere alle cure palliative nella fase terminale di malattia;
- ✓ la promozione della stesura di linee di indirizzo per gli operatori a supporto e tutela del paziente in età lavorativa;
- ✓ l'approfondimento delle problematiche legate alle specificità delle demenze ad esordio precoce.

## **Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)**

### **Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) – Centri diagnostico specialistici**

Il CDCD - Centro diagnostico specialistico è un servizio operante presso i Policlinici universitari, gli IRCCS e le Aziende ospedaliere, in grado di offrire prestazioni diagnostiche specialistiche di secondo livello (esami laboratoristici, neuroimaging, valutazione neuropsicologica, funzionale e comportamentale, nonché indagini genetiche, che potranno anche essere erogate non direttamente ma in collaborazione/avvalendosi di altre strutture specialistiche), finalizzate alla individuazione precoce del deterioramento cognitivo e alla diagnosi differenziale, nonché di fornire indicazioni diagnostico - terapeutiche avanzate.

Il CDCD - Centro diagnostico specialistico si avvale di equipe dotate delle seguenti figure professionali:

- Medico specialista geriatra/neurologo/psichiatra con specifica competenza nel campo delle demenze;
- psicologo clinico, con specifica competenza neuropsicologica;
- infermiere, con specifica competenza nel campo delle demenze.

Il CDCD - Centro diagnostico specialistico effettua in modo diretto:

- l'accertamento della diagnosi ;
- l'impostazione dei trattamenti farmacologici e psicosociali (sia per il disturbo cognitivo che per il controllo dei disturbi comportamentali);
- i follow up per il monitoraggio dei suddetti trattamenti in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivo-comportamentali;
- l'eventuale gestione del percorso ospedaliero in caso di comorbidità;
- l'attività formativa e informativa, di counselling e di sostegno psicologico per i familiari.

Il CDCD - Centro diagnostico specialistico assicura le prestazioni sia alle persone inviate dai MMG sia alle persone inviate dai Centri territoriali esperti per le demenze o da ambulatori specialistici dedicati.

## **Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) - Centri territoriali esperti**

Il CDCD - Centro territoriale esperto rappresenta il luogo della presa in carico globale del soggetto con diagnosi di demenza e della sua famiglia e si caratterizza per una forte integrazione con l'organizzazione distrettuale. Il Centro, cui accedono elettivamente i pazienti nelle fasi moderate e severe di malattia, deve assicurare il monitoraggio del trattamento farmacologico e psicosociale e accompagnare il paziente e la sua famiglia nel percorso assistenziale, al fine di garantirne la continuità. Il Centro, pertanto, fornisce indicazioni per ottenere il riconoscimento dell'invalidità ed indennità di accompagnamento, per l'eventuale individuazione dell'amministratore di sostegno, per l'accesso ai presidi ed ausili protesici, all'assistenza domiciliare integrata e programmata, ai Centri diurni Alzheimer e ai servizi semiresidenziali e residenziali territoriali.

Il CDCD - Centro territoriale esperto si avvale di equipe dotate delle seguenti figure professionali:

- Medico specialista geriatra/neurologo/psichiatra, con specifica competenza nel campo delle demenze;
- psicologo clinico, con specifica competenza neuropsicologica;
- assistente sociale;
- infermiere, con specifica competenza nel campo delle demenze;
- terapeuta della riabilitazione/terapeuta occupazionale (anche in collegamento funzionale con altri servizi).

Il CDCD - Centro territoriale esperto effettua in modo diretto:

- l'accertamento della diagnosi (avvalendosi anche della consulenza del Centro diagnostico specialistico di riferimento);
- il trattamento farmacologico (sia per il disturbo cognitivo che per il controllo dei disturbi comportamentali);
- il trattamento psicosociale (riattivazione cognitiva, terapia di orientamento alla realtà, terapia occupazionale, ecc...). Il trattamento psicosociale potrà essere erogato anche indirettamente, purché il Centro sia in collegamento funzionale con strutture territoriali semiresidenziali per persone con disturbi cognitivo comportamentali, ai sensi del DCA n. U00039 del 20 marzo 2012, o con i Centri diurni Alzheimer, che erogano le prestazioni secondo percorsi assistenziali predefiniti;
- i follow-up per il monitoraggio dei trattamenti in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivo-comportamentali;
- l'attività formativa e informativa, di counselling e di sostegno psicologico per i familiari.

Il CDCD - Centro territoriale esperto provvede alla presa in carico tempestiva dei soggetti inviati direttamente dai Centri diagnostico specialistici, secondo percorsi assistenziali predefiniti. Garantisce, inoltre, la continuità assistenziale nelle fasi avanzate di malattia e prevede, laddove necessario, eventuali visite domiciliari, rappresentando un riferimento per i Medici di Medicina Generale nell'attività assistenziale.

I professionisti operanti nel Centro partecipano all'attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, in relazione al bisogno specifico della persona da valutare.

Tali Unità, disciplinate dal DCA n. U00431 del 24/12/2012, hanno il compito di effettuare la valutazione multidimensionale del paziente finalizzata alla presa in carico, definendo il setting assistenziale adeguato in funzione delle condizioni cliniche e sociali.

La riorganizzazione dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze consentirà di sviluppare progetti di ricerca finalizzati ad una migliore caratterizzazione delle demenze e dei bisogni correlati.

I CDCD-Centri diagnostico specialistici e i CDCD-Centri territoriali esperti saranno tenuti alla raccolta, aggiornamento ed invio periodico dei dati al Registro regionale Demenze.