



PARERE 66/2015

Seduta del 6 ottobre 2015

Vista la L.R. 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del Servizio sanitario regionale";

Vista la L.R. 14 dicembre 2005, n. 67 "Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale). Interpretazione autentica dell'articolo 59 della l.r. 40/2005 e s.m.i.;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 974 del 27 agosto 2001 "Consiglio sanitario regionale: presa d'atto del regolamento e modifica delibera n. 922/00";

Visto il regolamento del Consiglio Sanitario Regionale approvato nella seduta assembleare del 12 luglio 2011;

Vista la richiesta di parere n. 01/2015 "**PDTA Demenza**";

Visto l'Ordine del giorno predisposto dal Consiglio Sanitario Regionale (CSR);

Vista la normativa statale e regionale in materia;

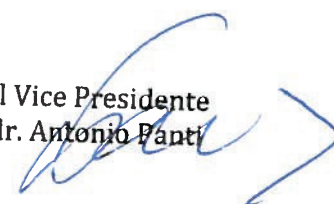
Ascoltate le precisazioni formulate dai membri dell'Ufficio di Presidenza;

All'unanimità

ESPRIME PARERE

Favorevole al documento "**PDTA Demenza**", che in allegato costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.

Il Vice Presidente
dr. Antonio Panti



REGIONE
TOSCANA



PDTA DEMENZA

Dall'esperienza clinica e dei dati riportati nella letteratura scientifica internazionale, deriva l'obiettivo di proporre, per le persone affette da demenza, un modello di presa in carico che possa rispondere alle criticità assistenziali esistenti mediante interventi efficaci e sostenibili.

Vengono elencate di seguito le principali criticità.

- La demenza è spesso sottodiagnosticata, soprattutto nelle sue fasi iniziali, sia nell'ambito delle cure primarie (Löppönen et al., 2003) che dei ricoveri ospedalieri (Sampson et al., 2009), e solo una quota minoritaria usufruisce dei trattamenti farmacologici e non farmacologici di dimostrata efficacia (Franchi et al., 2011).
- I soggetti con deficit cognitivo mostrano spesso un utilizzo insufficiente dei servizi territoriali (Caspi et al., 2009).
- I soggetti con demenza hanno un rischio di ricovero ospedaliero aumentato rispetto a soggetti di pari età (Phelan et al., 2012). E' stato infatti stimato che circa il 40% degli ultrasettantenni ricoverati in ospedale sia affetto da qualche forma di demenza, nella metà dei casi non precedentemente diagnosticata (Sampson et al., 2009).
- Tra i fattori di rischio indipendenti di ricovero ospedaliero, associato a patologie acute, è stata recentemente identificata la gravità dei sintomi psicologici e comportamentali rilevata nell'anno precedente (Russ et al., 2015).
- Tra i fattori scatenanti il ricovero è stato inoltre identificata la frequente presenza di "condizioni sensibili alle cure ambulatoriali", per le quali un trattamento proattivo è in grado di ridurre il rischio di ricovero, come ad esempio per le infezioni delle vie respiratorie e delle vie urinarie, lo scompenso cardiaco, la disidratazione (Phelan et al., 2012). E' d'altra parte noto come tali condizioni, in presenza di demenza, abbiano spesso una presentazione clinica atipica e possano manifestarsi con uno scompenso comportamentale piuttosto che con i loro segni e sintomi caratteristici.
- Negli anziani con demenza i ricoveri ospedalieri si associano tipicamente ad un effetto prognostico negativo e ad una tendenziale minor efficacia.
- Rispetto ai soggetti di pari età, cognitivamente integri, gli anziani con demenza hanno mediamente una degenza ospedaliera più prolungata (Mukadan e Sampson, 2011), con relativo aumento di stato confusionale (Fong et al., 2012), a sua volta associato ad un maggiore rischio di ulteriore declino cognitivo, funzionale (Mukadan e Sampson, 2011), di istituzionalizzazione e di decesso (Sampson et al., 2009).
- I modelli di cura collaborativi tra le cure primarie e i servizi specialistici si sono dimostrati in grado di ridurre i disturbi del comportamento rispetto alle cure usuali (Callahan et al., 2006). Inoltre, la presa in carico da parte dei servizi specialistici per la demenza ha dimostrato un rapporto costo-efficacia favorevole, in termini di QALYs (Wolfs et al., 2009) e, almeno in fase lieve-moderata di malattia, un contenimento dei costi sanitari.
- Viene considerata anche la tendenza, opposta, a una "sovra diagnosi" di sindrome

demenza per la possibile erronea sovrapposizione con quadri semeiologici come il MCI e il disturbo depressivo cronico nell'anziano.

- Uno degli obiettivi del PDTA consiste nell'aumentare i casi di demenza correttamente e precocemente diagnosticati, fornendo alle cure primarie strumenti di identificazione proattiva delle problematiche cognitivo-comportamentali e di valutazione cognitiva di screening.
- Vengono considerate competenze ed attività delle cure primarie e degli specialisti per la cura delle demenze, riuniti nelle cosiddette Unità Valutative Alzheimer (UVA) o, secondo la nuova dizione del Piano Nazionale Demenze, nei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD). Competenze di questi gruppi di lavoro sono: l'organizzazione per le strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze, secondo la quanto indicato dalla Conferenza Nazionale Unificata del 30 ottobre 2014, recepita dalla Regione Toscana dopo parere positivo del Consiglio Sanitario Regionale n. 102/2014.
- *“Ricordato che il problema delle cure delle demenze si caratterizza per un duplice aspetto: la loro rilevanza epidemiologica (in Toscana i casi stimati di demenza sono 84.000) e la contemporanea presenza di disturbi cognitivi e comportamentali e che le malattie croniche rappresentano oggi, per il progressivo invecchiamento della popolazione nei Paesi sviluppati, una delle sfide dei sistemi sanitari e sociali, da affrontare con percorsi di innovazione”.* richiamata la Delibera della Giunta Regionale n. 147 del 23/02/2015 con cui si recepisce l'Accordo Stato Regione, visto il parere sovrarichiamato del Consiglio Sanitario Regionale, viene individuato un PDTA basato sulla presenza delle risorse professionali e dei servizi presenti in Regione Toscana.
- Le indicazioni e lo schema successivamente inserito nella presente relazione rispondono ai criteri principali di quanto concordato nel Piano Nazionale Demenze: l'indicazione fondamentale consiste nell'integrazione e nel coordinamento delle competenze che devono comunicare strettamente. In particolare alle UVA-CDCD sono affidate la conferma diagnostica, la formulazione e la prima verifica del piano terapeutico. Al MMG è affidato il sospetto diagnostico ed il follow-up dei pazienti, finalizzato alla valutazione dell'evoluzione della malattia nel tempo e al rilievo di problematiche socio-sanitarie emergenti.
- All'Unità Valutativa Multiprofessionale (UVM) è affidato il compito di rilevare il bisogno socio-sanitario del paziente e di chi presta assistenza, prevedendo i supporti assistenziali necessari: assistenza domiciliare, Centro Diurno, RSA con accoglienza temporanea o permanente.
- In caso di variazione del quadro clinico, in particolare legata ad emergenza o aggravamento di sintomi psicologici e comportamentali, il MMG deve avere un canale di comunicazione privilegiato per segnalare i casi complessi a UVA-CDCD che, mediante una presa in carico rapida e multidimensionale, deve essere in grado di identificare e trattare, in regime di ambulatorio e day-service, eventuali problematiche somatiche, comportamentali e/o assistenziali, in fase di scompenso.
- Il piano di trattamento deve essere riformulato con l'obiettivo di prevenire le ospedalizzazioni non necessarie, secondo quanto suggerito dalla letteratura

internazionale (Lyketsos, 2012).

- In caso di accesso del paziente al DEA deve essere previsto un servizio di pronta consulenza, gestito da UVA-CDCD, in grado di indirizzare fin dall'inizio il percorso terapeutico-assistenziale del paziente in accordo con i medici del Pronto Soccorso, in analogia con quanto previsto per i servizi di consultazione specialistici nel modello anglosassone (*liaison services*) (NICE, 2010).
- Questo servizio dovrebbe avere risorse sufficienti per intervenire quanto prima, possibilmente H24, con l'obiettivo di prevenire, ove possibile, il ricovero in ospedale per acuti. Ove invece la patologia acuta del paziente richieda il ricovero ospedaliero, è opportuno che la consulenza specialistica avvenga comunque nel reparto per acuti per pianificare la successiva dimissione (NICE, 2010).
- A questo scopo il CDCD/UVA deve poter disporre, per i pazienti con riacutizzazione dei sintomi psicologici e comportamentali, di accessi rapidi in ambulatorio-day service (*fast track*) per i pazienti dimessi a domicilio e di posti di strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria che, secondo il modello delle *Special Care Unit*, si pongano l'obiettivo di un rapido miglioramento dei sintomi mediante la realizzazione di interventi farmacologici e non farmacologici adeguati (Colombo et al., 2007; Zieschang et al., 2010). Tali strutture sanitarie, in relazione all'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale toscano, potrebbero essere identificate in Nuclei Alzheimer di RSA dotati di adeguate risorse sanitarie e assistenziali con specifiche caratteristiche ambientali adeguate. Nell'arco di poche settimane il paziente, in accordo con la UVM e la famiglia, dovrebbe poter essere reinserito al proprio domicilio o, ove non ve ne siano le condizioni, indirizzato verso altri servizi della rete.

Sulla base delle considerazioni precedentemente formulate, viene riportata una proposta di Percorso Diagnostico-Terapeutico e Assistenziale (vedi Figura), di cui vengono elencate di seguito le caratteristiche principali.

Bibliografia

- Callahan CM, Boustan MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, Fultz BA, Hui SL, Counsell SR, Hendrie HC. Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults With Alzheimer Disease in Primary Care. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 295:2148-2157, 2006
- Caspi E, Silverstein NM, Porell F, Kwan N. Physician outpatient contacts and hospitalizations among cognitively impaired elderly. *Alzheimers Dementia*, 5:30-42, 2009
- Colombo M, Vitali S, Cairati M, Vaccaro R, Andreoni G, Guaita A. Behavioral and psychotic symptoms of dementia (BPSD) improvements in a special care unit: a factor analysis. *Arch Gerontol Geriatr*, 44 Suppl 1:113-20, 2007.
- Fong TG, Jones RN, Marcantonio ER, Tommet D, Gross AL, Habtemariam D, Schmitt E, Yap L, Inouye SK. Adverse Outcomes After Hospitalization and Delirium in Persons With Alzheimer Disease. *Ann Intern Med*, 156:848-856, 2012
- Franchi C, Lucca U, Tettamanti M, Riva E, Fortino I, Bortolotti A, Merlino L, Pasina L, Nobili A. Cholinesterase inhibitor use in Alzheimer's disease: the EPIFARM-Elderly Project. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 20:497-505, 2011
- Löppönen M, Räihä I, Isoaho R, Vahlberg T, Kivelä SL. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care -- a more active approach is needed. *Age Ageing*, 32:606-612, 2003.
- Lyketsos CG. Prevention of Unnecessary Hospitalization for Patients With Dementia. The Role of Ambulatory Care. *JAMA*, 307:197-198, 2012
- Lu S, Hill J, Fillit H. Impact of Donepezil Use in Routine Clinical Practice on Health Care Costs in

Patients with Alzheimer's Disease and Related Dementias Enrolled in a Large Medicare Managed Care Plan: A Case-Control Study. *Am J Geriatr Pharmacother*, 3:92-102, 2005.

Mukadam N, Sampson EL. A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. *Int Psychogeriatr*, 23:344–355, 2011

NICE (National Institute for Health and Care Excellence), Dementia quality standard, 2010, guidance.nice.org.uk/qs1

Phelan EA, Borson S, Grothaus L, Balch S, Larson EB. Association of Incident Dementia With Hospitalizations. *JAMA*, 307:165-172, 2012.

Russ TC, Parra MA, Lim AE, Law E, Connelly PJ, Starr JM. Prediction of general hospital admission in people with dementia: cohort study. *Br J Psychiatry*, 206:153-159, 2015

Sampson EL, Blanchard MR, Jones L, Tookman A and King M. Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *Br J Psychiatry*, 195:61-66, 2009

Wolfs CAG, Dirksen CD, Kessels A, Severens JL, Verhey FRJ. Economic Evaluation of an Integrated Diagnostic Approach for Psychogeriatric Patients Results of a Randomized Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry*, 66:313-323, 2009

Zieschang T, Dutzi I, Muller E, Hestermann U, Grunendahl K, Braun AK, Huger D, Kopf D, Specht-Leible N, Oster P. Improving care for patients with dementia hospitalized for acute somatic illness in a specialized care unit: a feasibility study. *Int Psychogeriatr*, 22:139–146, 2010

Mossello et al *Psicogeriatría* 1 – 42-48; 2014

Herrmann N1 et al. *Drug Saf* 2006

Kales HC et al. *Am J Psychiatry* 2012

IPOTESI DI PERCORSO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE NELLA DEMENZA

