



LA RETE GERIATRICA ASUFC

Redazione	Verifica	Autorizzazione all'emissione
Dott.ssa Donnini Debora Direttore SOC Geriatria Territoriale	Direttore Dipartimento Assistenza Territoriale Dr.ssa Anna Paola Agnoletto Direttore Dipartimento Medicina Interna Prof. Leonardo Sechi	Direttore Sanitario Dr David Turello
Firma	Firma	Firma

Parola chiave 1	Parola chiave 2	Parola chiave 3
Rete	Geriatrica	Cronicità

INDICE

1. Matrice delle versioni del documento.....	3
2. Scopo e campo di applicazione	3
3. Destinatari.....	4
4. Contenuti	5
4.1. Organizzazione della rete.....	5
4.2. Strumenti della rete geriatrica	10
4.2.1. Attrezzature elettromedicali, metodologie e supporti formativi e informativi	10
4.2.2. Scale di valutazione	10
4.2.3. Telemedicina	10
4.3. Farmaci e Piani terapeutici	11
4.3.1. Ricognizione e riconciliazione terapeutica	11
4.3.2. Prescrizione	11
4.3.3. Dispensazione	12
4.3.4. Somministrazione	12
4.3.5. Monitoraggio post intervento	12
5. Responsabilità.....	12
6. Terminologie e abbreviazioni.....	13
7. Riferimenti normativi e bibliografici	13
8. Documenti interni collegati	14
9. Allegati.....	14

1. Matrice delle versioni del documento

Codifica	Versione	Data	Motivo della modifica
DAT_PR_03	01	04/01/2024	Creazione del documento.

2. Scopo e campo di applicazione

Scopo

Il presente documento ha lo scopo di definire l'organizzazione e il funzionamento della rete geriatrica **territoriale** di ASUFC che rappresenta la rete clinica di risposta alla **complessità patologica** e alla **fragilità** dell'anziano, incluse le demenze.

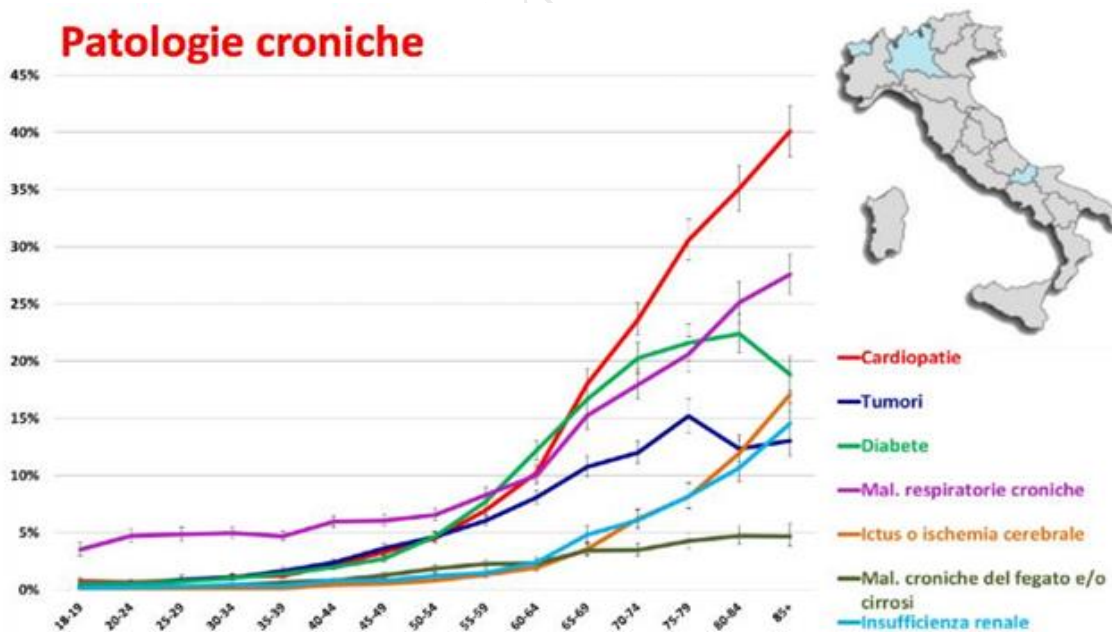
Campo di applicazione

Negli ultimi decenni si è verificata una riduzione delle nascite e un incremento dell'aspettativa di vita che ha comportato un aumento della popolazione anziana (1). L'Italia è al quinto posto al mondo con un'aspettativa di vita di 84,01 anni (81,9 per gli uomini e 85,97 per le donne) (2). Nel 2020 il 21% della popolazione italiana aveva più di 65 anni (3).

Questo si traduce in un aumento delle patologie croniche nella popolazione con conseguente maggiore disabilità e bisogni socio/assistenziali (4) e quindi maggior necessità di cure mediche e frequenti ricoveri ospedalieri.

Dai dati ISTAT del 2019 si evince che più del 42,3% della popolazione con più di 65 anni presenta 3 o più patologie associate. Le malattie maggiormente presenti nella popolazione anziana sono malattie cardiovascolari (32,8%), malattie respiratorie croniche (24,5%), diabete mellito tipo II (20,3%), neoplasie (12,7%), insufficienza renale (10,1%), ictus (9,9%), malattie croniche di fegato (6,1%).

Fig 1: incremento patologie croniche nella persona anziana (dati ISTAT 2019)

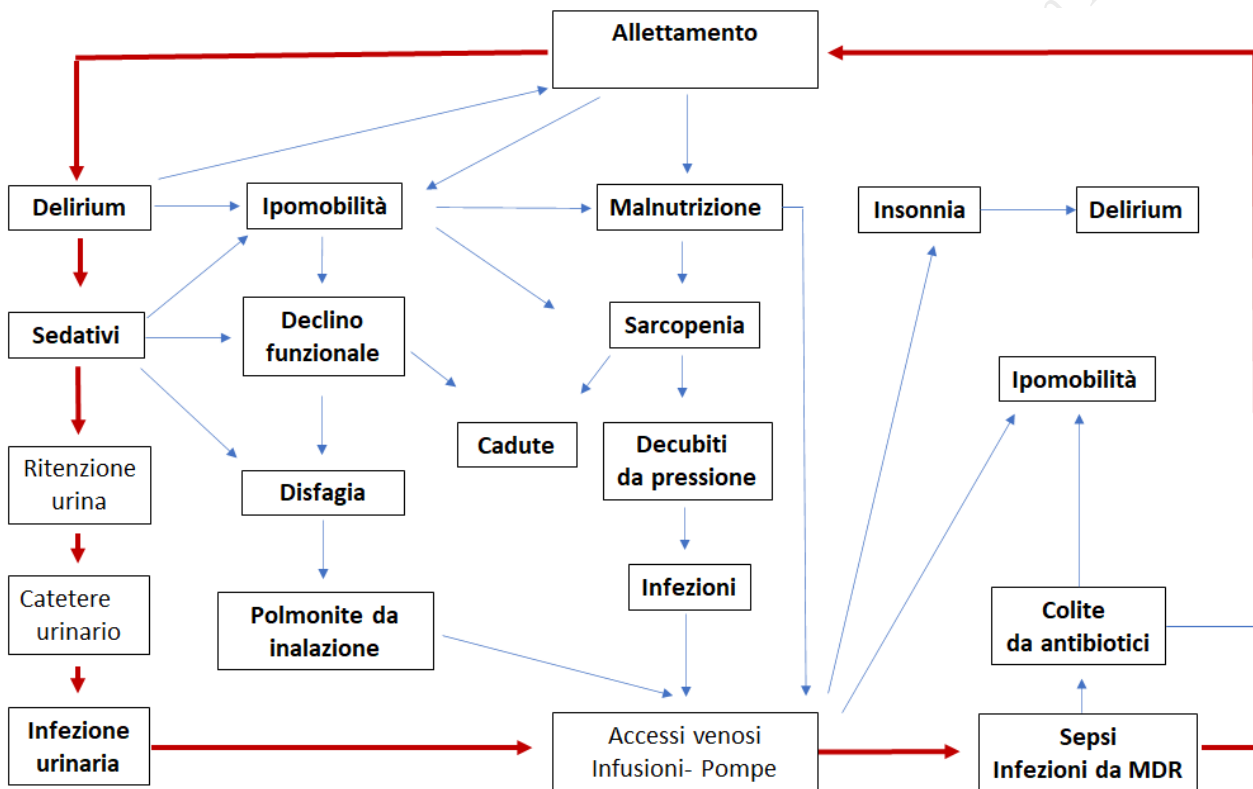


Target della rete geriatrica pertanto sono i pazienti sopra il 65 anni, pluripatologici, fragili, caratterizzati da frequenti riacutizzazioni delle patologie croniche con conseguenti ricoveri ospedalieri.

La finalità della rete è migliorare la gestione della patologia cronica nel paziente anziano evitando così, sia la progressione della patologia stessa, che le riacutizzazioni e le conseguenti ospedalizzazioni che talvolta hanno l'effetto di aggravare lo stato di salute già precario dell'anziano.

I ricoveri ospedalieri infatti spesso provocano nell'anziano l'insorgenza di psicosi o agitazione psico-motoria (5,6,7), lo espongono al rischio di infezioni da microrganismi resistenti ospedalieri (8,9,10), al rischio tromboembolico, a sindrome da immobilizzazione e allettamento (11). inoltre spesso si verifica un aggravamento dello stato di malnutrizione pregresso, poiché il paziente non gradisce il cibo insipido ospedaliero e preferisce essere aiutato durante il pranzo da un familiare, rifiutando così il cibo proposto dagli operatori sanitari.

Fig 2: conseguenze dell'ospedalizzazione (eventi a cascata) (11)



3. Destinatari

Il documento è destinato ai professionisti delle strutture e dei servizi sanitari e sociali territoriali, ai Medici di medicina generale (MMG) e ai Medici dei servizi di continuità assistenziale (MCA), agli specialisti delle diverse discipline dipendenti e convenzionati (SAI), nonché alle strutture ospedaliere considerata la trasversalità delle funzioni proprie della rete stessa.

4. Contenuti

4.1. Organizzazione della rete

La rete geriatrica, come previsto dall'atto aziendale (rif. Decreto 581 del 24 maggio 22) è istituita con una SOC universitaria con funzioni cliniche a valenza sull'intero territorio di ASUFC. Afferiscono alla rete professionisti geriatri e di discipline affini ed equipollenti¹ che operano trasversalmente sui distretti e in tutti i *setting* territoriali:

- domicilio, quale luogo elettivo di permanenza e cura della persona;
- ambulatorio;
- strutture residenziali, case famiglia e centri diurni per anziani e per disabili nelle diverse tipologie previste della normativa regionale;
- strutture di cure intermedie.

Come previsto dall' art 18 "sedi distrettuali" della DGR 22/2019 "presso il distretto di Cividale, ASUFC, anche in collaborazione con la scuola di specializzazione in geriatria dell'Università degli studi di Udine, avvia iniziative sperimentali per l'assistenza ai pazienti geriatrici e l'assistenza a persone affette da patologia cronica". Pertanto, seppur la sede individuata dalla sopra citata norma colloca presso il distretto di Cividale la funzione geriatrica, l'organizzazione prevede una articolazione a rete sull'intero territorio aziendale.

Inoltre, la rete geriatrica proprio per un approccio efficace alla complessità, alla multimorbilità che spesso connota il particolare periodo di vita dell'anziano, deve assumere un ruolo di riferimento come baricentro clinico di una rete di servizi (es. ufficio invalidi, protesica, Afir) e di altre strutture sociosanitarie.

La rete geriatrica di ASUFC è come di seguito costituita:

Nodi diffusi sul territorio che sono rappresentati dai MMG/MCA (medici a ciclo di scelta e dai medici a rapporto orario);

Primo livello costituita da specialisti geriatri e di discipline affini ed equipollenti afferenti alla Soc o ad altre strutture (es. Rete cure intermedie) che svolgono parte del loro orario a favore delle attività proprie e nei *setting* della rete geriatrica. Le risorse assistenziali del primo livello sono garantite dal personale delle professioni sanitarie afferenti ai distretti sociosanitari che già operano nei *setting* ambulatoriale, a domicilio e nelle strutture delle cure intermedie; analogamente viene garantito dal personale del distretto il necessario supporto amministrativo nell'organizzazione complessiva delle Case della Comunità.

Secondo livello rappresentata dalle strutture di riferimento cliniche, in ambito diagnostico, terapeutico e riabilitativo, quali le SOC di neurologia, clinica neurologica e le SOC di Medicina e Clinica medica degli ospedali *Hub e Spoke*, che offrono, oltre all'attività ambulatoriale, la possibilità di un eventuale ricovero breve per i casi più complessi nei posti letto per acuti.

La segnalazione del bisogno al distretto può arrivare da:

- MMG (anche su segnalazione di familiari, caregiver, personale sanitario e sociale ecc) attraverso una impegnativa;
- specialista del SSN;
- reparto ospedaliero attraverso la segnalazione di dimissione protetta;
- reparto di cure intermedie.

L'attivazione della rete geriatrica può avvenire secondariamente ad un accesso per prima visita attraverso la prenotazione dei CUP locali, qualora la provenienza sia territoriale, viceversa, qualora la provenienza della segnalazione sia ospedaliera, passa attraverso il PUA/COT.

Nel percorso del paziente non ospedalizzato, il MMG dopo una preventiva valutazione finalizzata ad escludere patologie di altra origine, richiede la visita geriatrica motivando la

¹ Servizi e scuole equipollenti - Ministero della Sanità - Decreto Ministeriale 30 gennaio 1998 (Aggiornato con i Decreti del Ministro della Sanità del 22/01/1999 - 05/08/1999 - 02/08/2000 - 27/12/2000 - 31/07/2002 - 18/01/2006 - 19/06/2006 - 06/11/2009 - 20/09/2011) Discipline affini - Ministero della Sanità - Decreto Ministeriale 31 gennaio 1998 (Aggiornato con i Decreti del Ministro della Sanità del 22/01/1999 - 02/08/2000 - 31/07/2002 - 18/01/2006 - 19/06/2006 - 20/09/2011)

richiesta e allegando quante più informazioni utili (relazione clinica, *patient summary*, esami ematochimici e eventuali scale di valutazione ecc).

Il paziente viene valutato dal geriatra in uno dei *setting* precedentemente elencati a seconda del grado di autonomia dello stesso. La presa in carico del paziente avviene entro 72 ore dalla segnalazione. Qualora il geriatra lo ritenga opportuno, può effettuare la prima valutazione in ospedale in collaborazione con i clinici dei reparti segnalanti.

La presa in carico della persona da parte della *équipe* geriatrica permette una personalizzazione di piani di cura individuali in base alle caratteristiche patologiche e necessità assistenziali del paziente stesso: il malato e la famiglia diventano quindi oggetto e soggetto di cura con bisogni e necessità diverse, bisogni ai quali è fondamentale dare una risposta diversificata per età, patologie, problematiche assistenziali e residenziali (12). Inoltre la presa in carico da parte dell'*équipe* si fa garante anche della continuità assistenziale che consente di instaurare un rapporto di fiducia e collaborazione anche con i familiari.

Durante la prima valutazione l'*équipe* costituita, laddove possibile, dal medico geriatra, dal MMG e dall'infermiere, prende in considerazione i bisogni clinici del paziente e la necessità di terapie specifiche, anche avvalendosi del supporto del farmacista territoriale, viene individuato il *setting* più idoneo al trattamento anche considerando la presenza di una rete familiare o di *caregiver* di riferimento e di aspetti sociali ed ambientali (*Planetary Health*). L'*équipe* condivide il PAI, individuando laddove possibile con la persona e con la famiglia, un *case manager*, che ha tra le altre ha la funzione di monitorare nel tempo i risultati ottenuti, viene raccolto il consenso informato per la terapia domiciliare, si procede alla compilazione della cartella clinica domiciliare con la descrizione del piano diagnostico terapeutico proposto e all'implementazione dei dati sulle prestazioni effettuate sull'applicativo cartella di distretto, in quanto l'attività della rete concorre al raggiungimento degli obiettivi previsti dal DM 77 e al flusso SIAD

Al fine di rendere disponibili le informazioni al paziente stesso e ai clinici che lo hanno in cura attraverso il FSE, il medico geriatra redige il referto sul gestionale "G2 clinico" sia nel caso di valutazioni ambulatoriali (SSR) che domiciliari (Flusso Siad).

L'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali favorisce l'approccio integrato della cura del paziente anziano, valutando e monitorando l'assistenza sanitaria, sociale e l'evolversi della malattia.

La prima visita comprende anamnesi fisiologica, patologica remota, prossima e farmacologica esame obiettivo, nonché rilevazione dei parametri vitali (PA, FC, Fr, temperatura corporea) e, se necessario per una definizione diagnostica, verranno prescritti approfondimenti specialistici e strumentali II livello da eseguirsi in strutture ospedaliere o in centri convenzionati.

Se durante la visita il geriatra individua segni/sintomi di decadimento cognitivo, effettua un'attenta anamnesi per escludere traumi o intossicazioni farmacologiche e procede alla diagnostica differenziale anche utilizzando strumenti di *imaging*, biomarcatori, testistica. Il geriatra, anche avvalendosi di altri specialisti, imposta la terapia, in particolar modo per i disturbi comportamentali che rendono i casi difficilmente gestibili a domicilio dai familiari.

Qualora nella prima segnalazione e/o successivamente alla prima visita o durante tutto il periodo in cui il soggetto viene preso in carico dovesse emergere una situazione di particolare complessità sanitaria e/o sociale, tramite il PUA può richiedere una UVM con la finalità di definire il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) per la persona e la sua famiglia.

L'*équipe* geriatrica concorre fattivamente alla produzione delle certificazioni necessarie per la nomina di amministratore di sostegno e per invalidità civile (attestazione della riduzione della capacità di autodeterminarsi della persona in seguito al declino cognitivo, della vulnerabilità anche nei confronti di terzi, dell'aumento di necessità assistenziali con onerosità economica magari insostenibili).

Una volta preso in carico dal servizio territoriale, in collaborazione con il medico di medicina generale, vengono programmate visite domiciliari/ambulatoriali in base alle necessità cliniche, monitorando il paziente anche con l'aiuto del *case manager*.

L'offerta dell'Unità geriatrica territoriale comprende le seguenti prestazioni domiciliari e ambulatoriali:

- Visite specialistiche geriatriche;
- Valutazione del decadimento cognitivo e dello status performance;



- Misurazione di parametri vitali;
- Esecuzione di ecografie diagnostiche di I livello e di analisi del ritmo cardiaco;
- Esecuzione di trattamenti medici, quali toracentesi e paracentesi;
- Infusione di sostanze terapeutiche EV (antibiotici, diuretici, sostanze ferrose, ..);
- Assistenza infermieristica (medicazioni, prelievi ematici, terapia infusione);
- Posizionamento sondino naso gastrico e cateteri vescicali;
- Assistenza dietetica e nutrizionale;
- Valutazione geriatrica per eventuale accesso nei posti letto di cure intermedie o CDR;
- Prescrizione presidi ad assorbimento, cateteri, materassi antidecubito ecc
- Prescrizione di ausili, protesi e ortesi su proposta del riabilitatore per quanto di pertinenza;
- Erogazione diretta di farmaci anche per infusione;
- Erogazione diretta di materiale da medicazione (garze, disinfettanti,);
- Colloqui con i familiari per la gestione domiciliare;
- Interventi educativi e formativi verso l'utente e/o famiglia e care giver (prevenzione cadute, stati di disidratazione, occlusioni intestinali);
- Utilizzo di telemedicina, email, telefono per comunicazioni, visione esami ematici e/o strumentali;
- Redazione di certificati di esenzione per patologie croniche o per demenza (esenzione 011).

Lo specialista una volta effettuato l'inquadramento diagnostico, in considerazione dei bisogni talvolta complessi dei pazienti geriatrici, deve poter contare su un approccio multidisciplinare e pertanto si avvale di altri professionisti che a vario titolo operano nei *setting* territoriali quali psicologi, psichiatri, infermieri, assistenti sociali, terapisti occupazionali, fisioterapisti, operatori sociosanitari, dietisti ed altri specialisti quali neurologi, nutrizionisti che possano collaborare al progetto territoriale.

A livello di ciascun distretto sociosanitario viene istituito un centro «Centro per Disturbi Cognitivi e demenze (CDCD)» come previsto dal Piano Nazionale Demenze e la rete geriatrica collabora con gli specialisti neurologi per la diagnosi e il trattamento dei disturbi cognitivi. Tale diffusione capillare sul territorio consente di implementare l'offerta di ASUFC, che attualmente risulta limitata a strutture ospedaliere, spesso non in grado di fornire una risposta tempestiva alle richieste dei cittadini. Inoltre, proprio per la loro connotazione territoriale, i CDCD rappresentano un punto di riferimento non limitato alla sola fase diagnostica ma alla concreta presa in carico multidisciplinare.

Qualora sia necessario un ricovero di supporto finalizzato ad esempio a risolvere un temporaneo scompenso, per ridefinire l'approccio terapeutico, per effettuare un monitoraggio clinico o somministrare terapie non eseguibili a domicilio, lo specialista geriatra in accordo con il MMG, segnala al PUA/COT la necessità di ricovero.

La rete geriatrica si avvale dei posti letto di cure intermedie (Fig. 3) presso l'Ospedale di Comunità, possibilmente quello di riferimento territoriale, al fine di garantire la continuità della cura anche da parte del MMG nonché la vicinanza con i familiari, o in alternativa, in funzione di bisogni clinico assistenziali più significativi, presso i posti letto di PACU territoriali. Alla dimissione verrà preso in carico nuovamente dall'équipe geriatrica per poi proseguire il follow up a domicilio o in residenza protetta.



Fig. 3- Distribuzione dei posti letto di cure intermedie ASUFC secondo piano triennale



Fig. 4 Rappresentazione del percorso paziente a domicilio e in struttura residenziale

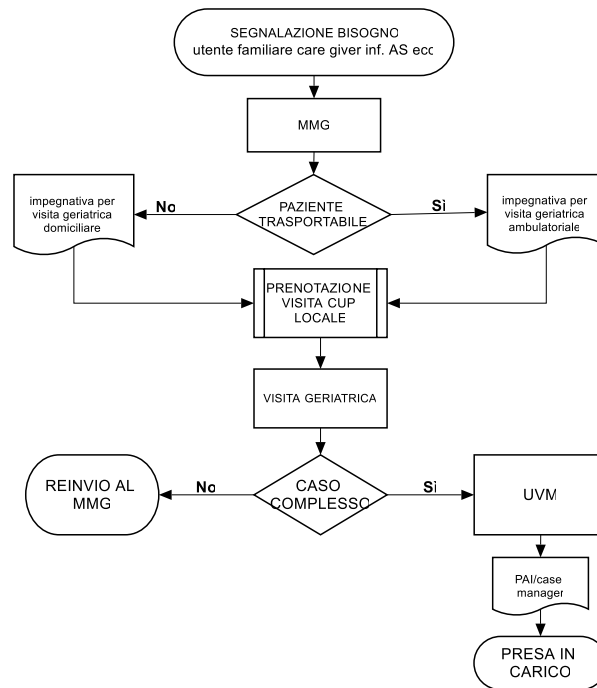
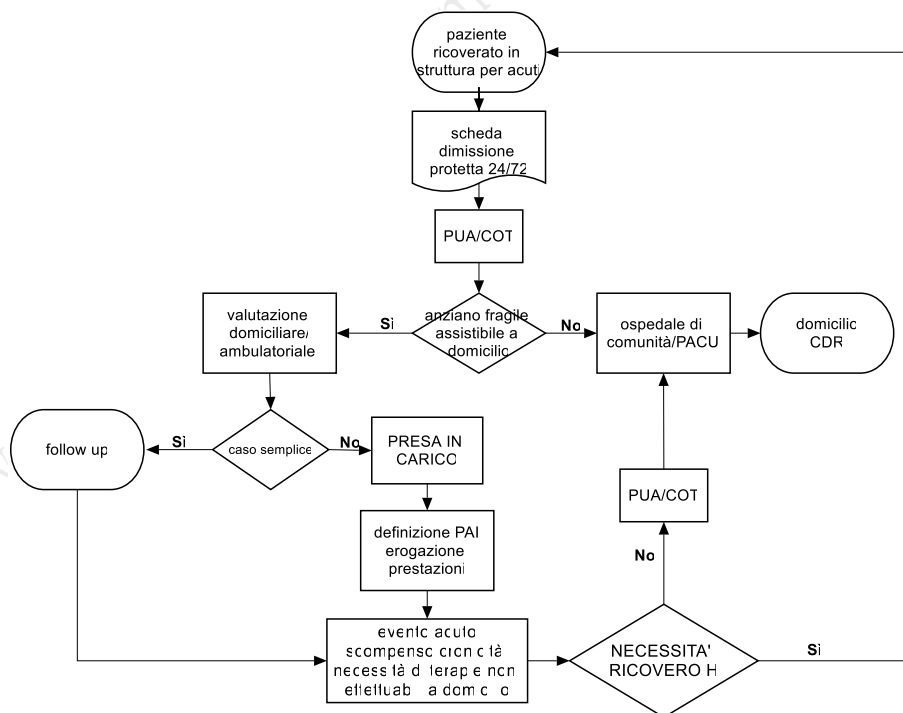


Fig. 5 Rappresentazione del percorso paziente proveniente dall'ospedale



4.2. Strumenti della rete geriatrica

4.2.1. Attrezzature elettromedicali, metodologie e supporti formativi e informativi

La rete geriatrica può disporre anche nel *setting* domiciliare di:

- un ecografo portatile che potrà essere utilizzato per lo studio polmonare, cardiaco e addominale del paziente durante la visita domiciliare;
- un ECG per analisi del ritmo cardiaco.

L'*équipe* geriatrica nell'ambito degli interventi di *empowerment* del paziente e/o della famiglia e *caregiver* si avvale di metodologie quali il *teach back* e utilizza strumenti educativi e di rinforzo delle competenze come brochure da consegnare (es. cadute, gestione farmaci, alimentazione corretta per evitare stipsi e subocclusioni).

4.2.2. Scale di valutazione

La rete geriatrica si avvale di alcune scale di valutazione per le principali patologie, per le quali spesso è prevista la condivisione in *équipe* multiprofessionale che prevede il coinvolgimento anche del MMG, di seguito un elenco non esaustivo:

- Scheda di prima valutazione regionale (in corso di definizione);
- Val.Graf. nelle versioni domiciliare residenziale e *slim edition*;
- Activities of daily living (ADL), Instrumental ADL (IADL);
- Karnosky Performance Status (KPS);
- MMSE;
- Tinetti;
- Child Pugh;
- G.D.S (Geriatric Depression Scale);
- MODA: Milan Overall dementia Assessment.

Inoltre contribuisce alla definizione e valutazione dei pazienti previsti dal Fondo nazionale per le non autosufficienze DM 26 settembre 2016 attraverso la somministrazione delle seguenti scale:

- Hoehn e Yahr utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson;
- Clinical Dementia Rating Scale (CDR);
- LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation;
- Medical Research Council (MRC) Bilancio muscolare complessivo;
- Expanded Disability Status Scale (EDSS);
- ASIA Impairment Scale (AIS);
- Glasgow Coma Scale.

4.2.3. Telemedicina

Come previsto anche dal DM 77 e ancor prima dal Piano Nazionale della Cronicità, la rete geriatrica si avvale di strumenti di telemedicina che consentono l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza che, seppur non sostituendo il valore del rapporto diretto tra medico e paziente, lo possono integrare in maniera efficiente, migliorando le condizioni dell'assistenza stessa, la continuità delle cure anche a domicilio di un numero consistente di persone.

Lo sviluppo delle diverse prestazioni di telemedicina (televisita, teleassistenza, telemonitoraggio, teleconsulto medico, ecc..) può essere di grande aiuto nella gestione territoriale del paziente anziano fragile perché può:

- ridurre le distanze tra operatori sanitari e il paziente anziano, spesso con disabilità e difficoltà se non impossibilità a facili spostamenti;



- contribuire a fornire informazioni riguardanti il paziente a familiari che per motivi di lavoro o personali sono lontani dal proprio caro;
- facilitare un tempestivo intervento su riacutizzazioni di patologie croniche
- favorire una diagnosi precoce e quindi un intervento medico mirato su un evento acuto
- aumentare l'efficienza di un intervento medico in zone disagiate o non facilmente raggiungibili;
- favorire l'integrazione tra il referente medico e altri professionisti che interagiscono nella cura del paziente e tra l'ospedale e il territorio tramite consulti multidisciplinari mirati.

In tale contesto assistenziale territoriale la telemedicina diventa quindi parte integrante del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale.

Le prestazioni di telemedicina, come approvato in conferenza Stato-regioni il 17 dicembre 2020, sono assimilabili a qualunque altra prestazione e quindi come tali devono rispettare tutti i diritti e gli obblighi di un atto sanitario. La responsabilità professionale sull'adeguatezza è a capo dei professionisti che la propongono e la attuano, ma le prestazioni telematiche devono essere accettate e comprese dall'assistito e/o dai suoi familiari e attuate secondo le normative vigenti di privacy e sicurezza.

Considerato il target della medicina territoriale geriatrica rivolta a pazienti anziani, fragili e pluripatologici, che difficilmente possono giovare direttamente della telemedicina, verosimilmente tali prestazioni potranno essere utili soprattutto per la valutazione ed il confronto tra specialisti coinvolti, nonché nella gestione del paziente mediata dalla famiglia o dal *caregiver*.

4.3. Farmaci e Piani terapeutici

Al fine di garantire una presa in carico sicura a livello territoriale e nel contempo evitare ospedalizzazioni improprie, si è reso necessario definire un elenco di farmaci ad utilizzo ospedaliero e non, che possano essere impiegati nei diversi *setting* propri della rete geriatrica. Il corretto percorso di definizione della terapia farmacologica viene di seguito schematizzato.

4.3.1. Ricognizione e riconciliazione terapeutica

Per i pazienti in carico alla rete geriatrica, che nell'ambito della valutazione multidisciplinare siano risultati in condizioni di particolare fragilità, viene assicurata la ricognizione terapeutica a cura del farmacista territoriale che, sulla base dei dati e delle prescrizioni riferite al singolo paziente, valuta i principi attivi effettivamente in terapia e l'aderenza a quanto prescritto. Analogamente il farmacista territoriale collabora con il geriatra e il MMG alla riconciliazione terapeutica per la definizione della eventuale modifica da apportare alla terapia appropriata alla nuova condizione clinica.

4.3.2. Prescrizione

Il medico della rete, in accordo con il medico di medicina generale del paziente, definisce il piano di cura.

La prescrizione dei farmaci utilizzabili in ambito ospedaliero dovrà essere redatta su ricetta PSM.

Al fine di rendere l'informazione fruibile agli operatori, anche i piani terapeutici dovranno essere informatizzati.

4.3.3. Dispensazione

L'approvvigionamento dei farmaci necessari alla rete geriatrica ad esclusione dei posti letto di cure intermedie, avviene attraverso la richiesta ai servizi farmaceutici di ASUFC con distribuzione diretta del farmaco.

La dispensazione avviene, a seconda del farmaco prescritto, sia in forma personalizzata sia a scorta, attraverso inserimento della richiesta in magazzino di reparto.

4.3.4. Somministrazione

La somministrazione a domicilio di farmaci endovenosi a prescrizione limitativa specialistica, richiede l'avvio della somministrazione in ambito ospedaliero per un tempo sufficiente a valutare il profilo di sicurezza del medicinale in relazione al paziente stesso.

Nell'allegato 1 sono identificati per singola molecola:

1. Modalità prescrittive
2. *Setting* di primo utilizzo
3. Figure coinvolte nel monitoraggio della terapia
4. Durata del monitoraggio
5. *Setting* di prosecuzione terapeutica.

4.3.5. Monitoraggio post intervento

Il farmacista monitora l'aderenza terapeutica al trattamento, l'appropriatezza prescrittiva e segnala allo specialista l'eventuale discontinuità delle cure.

5. Responsabilità

Per ciascuna attività vengono indicate le responsabilità di ciascuna figura relativamente al suo specifico ambito di competenza.

Figure responsabili	UTENTE FAMILIARE CARE GIVER	MMG	GERIATRA	COT/PUA	INF
Attività					
Prima valutazione bisogno di paziente geriatrico domiciliare		R		I	
Prescrizione DEM visita geriatrica domiciliare /ambulatoriale		R		I	I
Effettuazione visita geriatrica			R		R*
Definizione PAI	I	I	R		I
Presenza in carico rete geriatrica	I	R*	R	I	R*

Legenda: R= Responsabilità generale sull'attività C= Collaborazione all'attività I= Informazione sull'attività
R*= Responsabilità relativa allo specifico ambito di competenza

6. Terminologie e abbreviazioni

ADAS	<i>Alzheimer's Disease Assessment Scale</i>
ADI	Assistenza domiciliare integrata
ADL	Attività di vita quotidiana
AIFA	Agenzia italiana del farmaco
ASUFC	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
CDCCD	Centro per Disturbi Cognitivi e demenze
CdR	Casa di riposo
CDR	<i>Clinical Dementia Rating</i>
ECG	Elettrocardiogramma
EDSS	<i>Expanded Disability Status Scale</i>
ENB	Esame neuropsicologico breve
EV	Endovenoso
FC	Frequenza cardiaca
FR	Frequenza respiratoria
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
MCA	Medici continuità assistenziale, medici a rapporto orario
MDG	Medico Distrettuale geriatra
MMG	Medici Medicina Generale, medici a ciclo di scelta
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
MODA	<i>Milan Overall Dementia Assessment</i>
PA	Pressione arteriosa
PACU	Post acuti
PAI	Progetto assistenziale individuale
PDTA	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
PS	Pronto soccorso
PUA	Punto unico di accesso
PZ	Paziente
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SAI	Specialisti ambulatoriali interni
SID	Servizio infermieristico domiciliare
SOC	Struttura organizzativa complessa
SSN	Servizio Sanitario nazionale
UVA	Unità valutative Alzheimer
UVM	Unità di valutazione multidisciplinare
TAC	Tomografia assiale computerizzata

7. Riferimenti normativi e bibliografici

Norme nazionali e regionali

- LR 22 12/12/2019 riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria
- DECRETO 26 settembre 2016. Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016.
- DS_PG_15 Versione n. 03 del 03/03/2017 La presa in carico in dimissione protetta del paziente fragile
- Piano Nazionale della Cronicità Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016
- 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/CU). (15A00130) (GU Serie Generale n.9 del 13-01-2015).

- DGR 1413 8 settembre 2023 Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale delle demenze.

Bibliografia

1. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity World Health Organization 2017.
2. La salute nelle regioni italiane bilancio di un decennio (2005-2015) 2019 ISTAT.
3. Piano Nazionale della Cronicità-Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016.
4. Amaducci L, Scarlao G, Baldereschi M, et al. Italian Longitudinal Study on Ageing Resource Data Book. Consiglio Nazionale delle Ricerche. 1996.
5. R.Nardi. Delirium in older patients admitted to internal medicine wards: a misknown problem. Italian Journal of Medicine 2007; (1) 4:1-33.
6. Edlund A, Lundström M, Karlsson S, Brannstrom B, Bucht G, Gustafson Y. Delirium in older patients admitted to general internal medicine.JGeriatrPsychiatryNeurol 2006;19(2):83-90.
7. Vaurio LE, Sands LP, Wang Y, Mullen EA, Leung JM. Postoperative delirium: the importance of pain and pain management. Anesth Analg. 2006;102(4):1267.
8. Older patients treated with antipsychotics are at increased risk for developing aspiration pneumonia. Curr Infect Dis Rep. 2011;13:262.
9. Herzig SJ, LaSalvia MT, Naidus E, Rothberg MB, Zhou W, Gurwitz JH, Marcantonio ER. Antipsychotics and the Risk of Aspiration Pneumonia in Individuals Hospitalized for Nonpsychiatric Conditions: A Cohort Study. J Am Geriatr Soc. 2017;65(12):2580. Epub 2017 Nov 2.
10. Sax H, Hugonnet S, Harbarth S, Herrault P, Pittet D. Variation in nosocomial infection prevalence according to patient care setting:a hospital-wide survey. J Hosp Infect. 2001;48(1):27.
11. Heit JA, Silverstein MD, Mohr DN, Petterson TM, O'Fallon WM, Melton LJ 3rd. Risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population-based case-control study. Arch Intern Med. 2000;160(6):809.
12. Landers SH. Why health care is going home? N Eng J Med. 2010;363:1690-1691.

8. Documenti interni collegati

La presa in carico in dimissione protetta del paziente fragile

https://intranet.asufc.sanita.fvg.it/documents/1087/DS_PG_15_Dimissione_Paziente_Fragile_v er03.pdf

9. Allegati

Non sono previsti allegati.