



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
IX Legislatura

PUNTO 41 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 28/04/2015

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 653 / DGR del 28/04/2015

OGGETTO:

Costituzione della rete regionale per l'Alzheimer. Lr n. 23/2012. Primo provvedimento: recepimento del Piano nazionale demenze e definizione dei primi adempimenti.

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Marino Zorzato	Assente
Assessori	Davide Bendinelli	Presente
	Roberto Ciambetti	Assente
	Luca Coletto	Presente
	Maurizio Conte	Presente
	Marialuisa Coppola	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Marino Finozzi	Presente
	Massimo Giorgetti	Presente
	Franco Manzato	Presente
	Daniele Stival	Presente
Segretario verbalizzante	Mario Caramel	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

LUCA COLETTI di concerto con DAVIDE BENDINELLI

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE:

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

OGGETTO: Costituzione della Rete regionale per l'Alzheimer. LR 23/2012. Primo provvedimento: recepimento del Piano Nazionale Demenze e definizione dei primi adempimenti.

NOTA PER LA TRASPARENZA:

La Regione del Veneto recepisce il Piano Nazionale per le Demenze, predisponendo i seguenti primi adempimenti: definizione del sistema informatico e del flusso informativo; programmazione di un corso di formazione; costituzione del Tavolo permanente per la Rete dell'Alzheimer; ridenominazione del "Centro per il Decadimento Cognitivo" (CDC) in "Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze" (CDCD).

L'Assessore Luca Coletto, di concerto con l'assessore Davide Bendinelli, riferisce quanto segue.

Con la legge regionale 29 giugno 2012 n. 23 intitolata "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016" sono state fornite indicazioni in merito alle reti cliniche integrate con il territorio (paragrafo 3.2.4), tra le quali è inclusa la Rete dell'Alzheimer. La norma specifica che "... con propri provvedimenti la Regione ha costituito una rete di servizi clinico-assistenziali specificatamente dedicati alle persone colpite da malattia di Alzheimer e da altri tipi di declino cognitivo e demenza. Secondo tale modello, i Centri di Decadimento Cognitivo costituiscono uno degli elementi chiave della rete assistenziale e sono omogeneamente diffusi su tutto il territorio regionale e fanno parte integrante di tale sistema le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali e le Strutture ad Alta Protezione per i malati di Alzheimer (SAPA) assieme al Centro Regionale di Riferimento per l'Invecchiamento Cerebrale (CRIC), affidato all'Azienda Ospedaliera di Padova".

La LR 23/2012 dispone che la rete Alzheimer regionale individui come attività di indirizzo l'adozione di sistemi omogenei di raccolta dati (cartella clinica informatizzata regionale) indispensabile per la costruzione di un registro regionale; la definizione di percorsi clinico assistenziali condivisi e specifici per le diverse forme di patologia degenerativa, in grado di ridurre la disomogeneità di accesso alle cure e di razionalizzare l'uso delle risorse; la sperimentazione di forme assistenziali territoriali in grado di assicurare la continuità dell'assistenza dalla diagnosi fino alle fasi di maggiore gravità di malattia, garantendo un adeguato supporto ai pazienti e alle famiglie.

Il Piano dispone, inoltre, che al CRIC competano: il coordinamento dei Centri di Decadimento Cognitivo regionali e il supporto alla rete di Alzheimer; lo sviluppo e la verifica di linee guida e percorsi assistenziali; la collaborazione con centri e consorzi di ricerca internazionali; le attività di ricerca clinica e di trasferimento delle conoscenze; la qualificazione professionale e l'aggiornamento con un rafforzamento dei sistemi di formazione.

Per quanto riguarda le Strutture ad Alta Protezione per i malati di Alzheimer (SAPA), la programmazione di tali unità di offerta è stata approvata con DGR 2208 del 3 agosto 2001.

I contenuti della LR 23/2012 in materia di Rete dell'Alzheimer necessitano di disposizioni attuative, al fine di coordinare in un nuovo assetto operativo i provvedimenti attualmente vigenti: DGR n. 1404/2000 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Aziende ULSS per l'avvio sperimentale di programmi integrati per la Malattia di Alzheimer ed altre demenze); DGR n. 3542/2007 (Linee guida per il riassetto dei servizi socio-sanitari per le persone affette da decadimento cognitivo).

Per quanto riguarda inoltre la programmazione dei SAPA, la cui rete è composta attualmente da n. 145 posti, attivati in 15 strutture, su un totale di oltre 25 mila impegnative e quote di residenzialità extraospedaliera per persone non autosufficienti di norma anziane, si rileva opportuno definire un modello in grado di intervenire

653

28 APR. 2015

in modo più significativo ed in grado di meglio rispondere ad un fabbisogno di utenza più elevato. Si stima infatti che oggi nelle strutture extraospedaliere regionali l'utenza con problemi di demenza accompagnata da disturbi comportamentali rappresenti più della metà delle persone accolte.

Con decreto del Segretario regionale per la Sanità, oggi Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, n. 38 del 9 maggio 2013 è stato costituito il Gruppo di lavoro per la Rete dell'Alzheimer con il mandato di elaborare una proposta di deliberazione della Giunta regionale, con la quale siano esplicitate le disposizioni attuative della LR 23/2012, con particolare riferimento al ruolo del CRIC e dei Centri per il Decadimento Cognitivo e con la ridefinizione della programmazione dei SAPA, nonché le modalità di costituzione del Tavolo permanente per la Rete Alzheimer regionale.

Tale Gruppo è stato composto da personale della Direzione regionale Attuazione Programmazione sanitaria, della Direzione regionale Servizi sociali, dal direttore del CRIC, da rappresentanti dei medici e delle principali associazioni rappresentative dei malati di Alzheimer.

Nel mese di novembre 2013 è stato pubblicato il report "Stato dell'arte sull'applicazione delle "Linee guida per il riassetto dei servizi sanitari e socio-sanitari per le persone affette da decadimento cognitivo", realizzato ai sensi della DGR 3542/2007. Il documento è scaricabile dal sito istituzionale della Regione del Veneto (<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/rete-dell-alzheimer>) e se ne propone di seguito una sintesi dei contenuti.

Con la DGR 3542 del 6 novembre 2007 la Regione del Veneto ha dato avvio alle "Linee guida per il riassetto dei servizi sanitari e socio-sanitari per le persone affette da decadimento cognitivo".

Le linee guida facevano seguito alla precedente DGR 1404/2000 che, di fatto, non aveva trovato un'applicazione omogenea sull'intero territorio della regione anche per il persistere delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) sul territorio nazionale (ai sensi del DM 204/2000).

La DGR 3542/2007 ha apportato importanti aspetti innovativi rispetto alla precedente DGR 1404/2000 e alla disciplina delle UVA, istituendo il Centro per il Decadimento Cognitivo (CDC) quale punto nodale che si interfaccia con il Medico di Medicina Generale (MMG) da una parte e con l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMMD) dall'altra, nell'ottica della presa in carico della persona affetta da decadimento cognitivo e della famiglia.

I Centri per il Decadimento Cognitivo (CDC) sostituiscono, pertanto, le preesistenti Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) e i Centri Ospedalieri di Approfondimento Diagnostico della Demenza (COADD) e in essi confluiscono le risorse delle UVA e dei COADD con compiti di tipo multiprofessionale e multidimensionale.

Secondo i dati contenuti nella citato report, la DGR 3542/2007 ha portato all'istituzione di 26 CDC in 15 delle 23 Aziende sanitarie esistenti (comprese le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona). Il percorso è stato completato nell'anno 2014, e l'obiettivo della costituzione del CDC è stato inserito tra gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende sanitarie del Veneto per l'anno 2014 ai sensi della DGR n. 2533 del 20 dicembre 2013.

La DGR 3542/2007 ha previsto all'interno del CDC anche la presenza di alcune figure professionali specifiche chiamate a svolgere attività medica clinica e di follow-up, infermieristica, prescrizione di farmaci e di monitoraggio, valutazione neuropsicologica, stimolazione cognitiva, sostegno psicologico al paziente e al familiare, *counseling* ed attività psicoeducativa rivolti alle famiglie.

Dal report emerge che i casi attesi di demenza nel Veneto sono 65.321, di cui 50.324 di demenza tipo Alzheimer. A questi vanno sottratti 18.290 (28%) casi di demenze secondarie o di persone con demenza istituzionalizzate che solitamente afferiscono ai CDC solo per la prescrizione e il monitoraggio di farmaci soggetti a registro. Pertanto i casi di demenza potenzialmente afferenti ai CDC dell'intero territorio regionale ammontano a circa 43.000.

I casi prevalenti intercettati dai CDC sull'intero territorio della Regione del Veneto sono stati 19.885 nel 2009 e 22.412 nel 2010.

I casi prevalenti, calcolati come rapporto tra i casi intercettati dai CDC e i casi potenzialmente afferenti ai CDC, sono stati il 42% nel 2009 e il 48% nel 2010.

I nuovi casi di demenza attesi nel Veneto calcolati sulla base del 12,5‰, secondo lo studio ILSA (Studio Italiano Longitudinale sull'Invecchiamento) del CNR, sono circa 12.000 e i casi intercettati dai CDC sono stati 6.629 con un rapporto tra osservati e attesi pari al 55%.

Le valutazioni neuropsicologiche (sia diagnostiche che di follow-up) sono state 16.441 nel 2009 e 19.450 nel 2010. Il numero di pazienti trattati con inibitori delle colinesterasi nel 2010 sono stati 10.835, mentre i pazienti trattati con farmaci antipsicotici atipici sono stati 3.790, rispettivamente pari a circa il 45% e 17% dei pazienti intercettati nel 2010 (22.412).

Il numero di prestazioni (visite, test neuropsicologici, valutazioni comportamentali) per numero di pazienti per CDC e il tempo medio (visite mediche ed esami neuropsicologici) per anno dedicato ad ogni paziente hanno evidenziato un'ampia variabilità tra i Centri, in virtù probabilmente della variabilità della composizione dei team e della dotazione di personale.

I dati quantitativi indicano che nei CDC viene intercettato circa il 50% dei casi prevalenti dei casi attesi di demenza. Dal report risulta, inoltre, un'importante variabilità nelle procedure diagnostiche, nel trattamento farmacologico o non farmacologico, nel numero di prestazioni/anno e nel tempo medio/anno dedicato ai malati e nell'aiuto di cui possono disporre i loro familiari. Questo ha indotto una conseguente riflessione sul grado di appropriatezza degli interventi sanitari e psicosociali che vengono erogati. Dalla raccolta dei dati attraverso la scheda di rilevazione delle attività dei CDC finalizzata alla produzione del report del 2013 è emersa la necessità di attivare un flusso informatico.

In sintesi, perciò, la finalità del report è stata quella di stimolare una riflessione sul sistema demenza nel Veneto al fine di facilitare lo sviluppo di percorsi di attuazione della DGR e per superarne i limiti.

L'attivazione del Gruppo di lavoro per l'attuazione della LR 23/2012 in materia di rete per l'Alzheimer e la contestuale analisi dello stato dell'arte illustrata nel report sopra citato si sono innestate in un percorso di predisposizione ed approvazione in seno alla Conferenza Unificata del documento "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze", di seguito denominato Piano o Piano nazionale demenze (PND). Il Piano è stato approvato con l'accordo tra il Governo e le Regioni e Province autonome il 30 ottobre 2014 ed è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, serie generale n. 9 del 13 gennaio 2015.

Il Piano nazionale muove dalla considerazione che le demenze, in crescente aumento nella popolazione generale, sono state definite secondo il Rapporto OMS del 2012 "una priorità mondiale di salute pubblica".

Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età e l'Italia è uno dei paesi con la più alta presenza di anziani. In Europa i tassi di incidenza per demenza variano dal 2,4 per 1.000 anni/persona nella classe d'età 65-69 anni fino al 40,1 per 1.000 anni/persona in quella maggiore di 90 anni nella popolazione maschile, e dal 2,5 all'81,7 rispettivamente nella popolazione femminile.

Le demenze rappresentano una delle maggiori cause di disabilità, soprattutto nell'anziano. Considerato il progressivo invecchiamento della popolazione generale queste patologie stanno diventando, e lo saranno sempre più, un problema rilevante in termini di sanità pubblica.

Il Piano nazionale intende promuovere e migliorare gli interventi relativi alle demenze sugli aspetti terapeutici specialistici e sul sostegno del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura.

Questi i 4 obiettivi principali del documento:

- 1) Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria.
- 2) Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata.
- 3) Implementazione di strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure.
- 4) Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita.

Il Piano si propone di aumentare le conoscenze della popolazione generale, delle persone con demenze e dei loro familiari, ma anche dei professionisti del settore, ciascuno per i propri livelli di competenza e coinvolgimento, su prevenzione, diagnosi tempestiva, trattamento e assistenza delle persone con demenza con attenzione anche alle forme ad esordio precoce. Inoltre intende migliorare la capacità del SSN

653

28 APR. 2015

nell'erogare e monitorare i servizi attraverso la razionalizzazione dell'offerta e l'uso di metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate al fine di rendere omogenea l'assistenza, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria.

Il recepimento del Piano nazionale demenze da parte della Regione del Veneto viene perciò declinato nelle seguenti azioni di supporto che si definiscono con la presente deliberazione:

- 1) Definizione del sistema informativo regionale sulle demenze.
- 2) Organizzazione del Corso di formazione multiprofessionale sul tema "I Centri per i Disturbi cognitivi e le Demenze per la Rete dell'Alzheimer del Veneto".
- 3) Costituzione del Tavolo permanente per la Rete regionale dell'Alzheimer.
- 4) Ridenominazione dei "Centri per il Decadimento Cognitivo" (CDC) in "Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze" (CDCD).

Per quanto riguarda il sistema informativo, con la DGR n. 1238 del 16 luglio 2013, nell'ambito del "Programma per la Ricerca, l'Innovazione e l'Health Technology Assessment (PRIHTA)" e con riferimento al bando approvato con la DGR n. 2461 del 4 dicembre 2012 è stato approvato il progetto "CaCEDem. Cartella clinica elettronica per le demenze", avente come promotore l'Azienda ULSS 21 di Legnago, quale capofila di un gruppo di 9 Aziende sanitarie del Veneto. Il progetto ha avuto come obiettivo la creazione di una cartella clinica (e relativa banca dati) per le Demenze, atta a supportare la diagnosi e i processi di cura dei pazienti affetti, seguiti presso i vari CDC della Regione del Veneto. Lo strumento è stato configurato per essere idoneo a:

- supportare scenari e processi di cura, rendendo disponibile la storia clinica del paziente a tutti gli autori coinvolti;
- supportare la continuità delle cure, permettendo a diversi operatori che hanno già in carico un paziente di essere consapevoli delle iniziative diagnostiche e terapeutiche portate avanti dai colleghi;
- supportare le attività gestionali ed amministrative correlate ai processi di cura, permettendo di condividere tra gli operatori le informazioni amministrative (ad esempio: prenotazioni di visite specialistiche, ricette, ecc...) o organizzative/ausiliarie per le reti di supporto ai pazienti nelle cronicità e/o nella riabilitazione.

Lo strumento è configurato come applicativo basato su tecnologia web per fornire una duplice possibilità di utilizzo e servizio alle varie utenze regionali:

- in qualità di vera e propria procedura applicativa per la gestione di una cartella clinica delle demenze;
- nella forma di *repository* (data base di appoggio) di riferimento (*Repository* delle Demenze) per l'archiviazione delle informazioni di cartella clinica delle demenze espressamente finalizzato alla loro condivisione tra le Aziende sanitarie e per la produzione di un flusso informativo verso il *datawarehouse* regionale.

La messa a punto, la formazione e l'utilizzo del sistema CaCEDem è prevista a partire dal secondo semestre del 2015, con l'obiettivo di portarne a regime l'utilizzo in tutto il territorio regionale a partire dal 1° gennaio 2016.

Con l'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento, si definiscono i contenuti del Tracciato record ai fini dell'invio del flusso per le Demenze al portale regionale dei flussi in materia sanitaria e sociosanitaria.

L'elaborazione dei dati rientra tra i compiti dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie di cui alla DGR n. 2667 del 29 dicembre 2014.

Il corso di formazione multiprofessionale sul tema "I Centri per i Disturbi cognitivi e le Demenze per la Rete dell'Alzheimer del Veneto" verrà articolato secondo il programma di massima contenuto nell'**Allegato B** della presente deliberazione. E' rivolto a personale medico e infermieristico operante nei CDCD del Veneto, limitatamente a due persone per Azienda Sanitaria, con emissione di crediti ECM.

653

28 APR. 2015

Il Tavolo permanente per la Rete dell'Alzheimer della Regione del Veneto sarà costituito entro 60 giorni dall'approvazione del presente provvedimento con decreto del Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale, dovrà essere rinnovato con cadenza triennale e dovrà prevedere la presenza di almeno:

- Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale (o suo delegato) in qualità di presidente;
- Dirigente del Settore Strutture di ricovero intermedie e integrazione socio sanitaria;
- Dirigente del Settore Assistenza ambulatoriale;
- Dirigente della Sezione Non Autosufficienza;
- un Direttore dei Servizi sociali e della Funzione territoriale di un'Azienda ULSS del Veneto;
- Direttore del Centro regionale per lo studio e la cura dell'Invecchiamento Cerebrale – CRIC;
- due responsabili di CDCD del Veneto;
- due rappresentanti dei Medici di Medicina Generale;
- un rappresentante del Coordinamento delle Associazioni Alzheimer del Veneto;
- un rappresentante della Federazione Veneta Solidarietà Alzheimer.

Il provvedimento di costituzione del gruppo potrà integrare ulteriori componenti e dovrà definire le modalità di lavoro e la frequenza di convocazione del Tavolo, per la partecipazione al quale non sono previsti oneri a carico della Regione del Veneto a favore dei componenti.

Sulla base degli obiettivi e delle azioni prioritari definiti dal Piano Nazionale Demenze, nonché sulla scorta delle elaborazioni sui dati del flusso, il Tavolo dovrà fornire le indicazioni operative e il cronoprogramma per la declinazione del Piano nella Regione del Veneto, dovrà inoltre coordinare la stesura di un PDTA e del suo aggiornamento, e dovrà infine predisporre iniziative di formazione. Tali attività saranno quindi oggetto di successivi provvedimenti della Giunta regionale.

L'insieme dei documenti prodotti e dei materiali di lavoro verrà pubblicato nell'area web <http://cureintermedie.regione.veneto.it>.

Infine, con lo scopo di armonizzare la denominazione dei Centri per il Decadimento Cognitivo, istituiti con la 3542/2007, alla denominazione condivisa a livello nazionale attraverso il Piano Nazionale Demenze, si dispone che, con l'entrata in vigore del presente provvedimento il Centro per il Decadimento Cognitivo acquisiscano la seguente denominazione: "Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)".

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

Vista la LR 23/2012;

Vista la DGR 3542/2007.

Visto il Decreto del Segretario regionale alla Sanità n. 38 del 9 maggio 2013;

Visto l'accordo tra Governo e Regioni e PA sottoscritto in Conferenza Unificata il 30 ottobre 2014 per l'approvazione del "Piano Nazionale Demenze", pubblicato in GU, serie generale n. 9 del 13 gennaio 2015;

Visto l'art. 2, comma 2, lett. o) della LR 54/2012.

DELIBERA

1. Di considerare le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto;
2. Di recepire il Documento Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" approvato dalla Conferenza Unificata il 30 ottobre 2014 e di avviare gli adempimenti descritti nei successivi punti.
3. Di confermare la scelta del sistema informativo "CaCEDem" approvato e finanziato nell'ambito del programma PRIHTA con la DGR 1238/2013 per la creazione di una cartella clinica (e relativa banca

dati) per le Demenze, atta a supportare la diagnosi e i processi di cura dei pazienti affetti, seguiti presso i vari CDC della Regione del Veneto.

4. Di approvare con l'**Allegato A** lo schema di flusso dei dati dal sistema "CaCEDem" al portale regionale dei flussi in materia sanitaria e sociosanitaria.
5. Di approvare con l'**Allegato B** il programma ed il calendario di massima del Corso di formazione multiprofessionale sul tema "I Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) per la Rete dell'Alzheimer del Veneto".
6. Di modificare la denominazione del "Centro per il Decadimento Cognitivo" (CDC) di cui alla DGR 3542/2007 in "Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze" (CDCD), in quanto denominazione condivisa a livello nazionale.
7. Di demandare a Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, da assumere entro 60 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, la costituzione e del Tavolo permanente per la Rete dell'Alzheimer della Regione del Veneto, prevedendone la composizione con le figure illustrate in premessa e definendo le modalità di lavoro e la frequenza di convocazione.
8. Di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa aggiuntiva a carico del bilancio regionale.
9. Di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

IL SEGRETARIO
F.to Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE
F.to Dott. Luca Zaia





REGIONE DEL VENETO

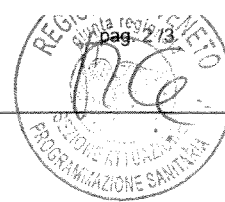
giunta regionale - 9ª legislatura

Tracciato Sistema informativo della Rete Alzheimer regionale

N	Chiave	Descrizione Campo	LUNGH.	POS. INIZ.	TIPO	OSB	CACEDMI	Istruzioni per la codifica
---	--------	-------------------	--------	------------	------	-----	---------	----------------------------

1. TRACCIATO DATI ASSISTITO

Dati Anagrafici dell'assistito	1.1	X	Identificativo univoco assistito per episodio di presa in carico	20	1	AN	O	Codice identificativo univoco assegnato dall'Azienda Sanitaria all'assistito per la correlazione del dato anagrafico con le informazioni contenute nelle altre sezioni del tracciato record, gestite separatamente per il trasferimento dei dati in ottemperanza alla normativa sulla privacy. Viene generato dall'applicativo aziendale al momento della registrazione dell'episodio di assistenza (corrisponde a numeri di pratica che identificano episodi di presa in carico diversi). Deve essere mantenuto costante per l'assistito.
	1.2		Codice fiscale utente	20	21	AN	O	Il campo va valorizzato con il Codice Fiscale per tutte le schede riferite a cittadini italiani e stranieri.
	1.3		Cognome	30	41	A	O	Campo da valorizzare, in lettere maiuscole.
	1.4		Nome	30	71	A	O	Campo da valorizzare, in lettere maiuscole.
	1.5		Data di nascita	8	101	D	O	Utilizzare il formato GGMMAAAA.
	1.6		Genere	1	109	N	O	Utilizzare i codici seguenti: 1 - maschio, 2 - femmina, 9 - non disponibile.
	1.7		Cittadinanza	3	110	AN	O	Identifica la cittadinanza dell'assistito alla fine del periodo di riferimento della rilevazione. Per i cittadini italiani codificare con 100. Per gli altri cittadini stranieri utilizzare il codice stati esteri definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione. Per gli apolidi codificare 999.
	1.8		Scolarità	2	113	N	O	Numero complessivo di anni di frequenza scolastica. Non si contano gli anni di ripetenza.
	1.9		Professione	2	115	N	O	I codici da utilizzare sono: 1. casalinga 2. agricoltore 3. operaio 4. commerciante 5. artigiano 6. impiegato 7. insegnante 8. professionista 9. dirigente 10. imprenditore 11. altro
	1.10		Professione (specificata)	30	117	A	F	Se nel campo precedente il valore è 11, usare questo campo per la specificazione della professione
	1.11		Pensionato	1	147	N		I codici da utilizzare sono: 1. sì 2. no
	1.12		Stato civile	1	148	N	O	I codici da utilizzare sono: 1. celibe/nubile 2. coniugato/a 3. separato/a 4. divorziato/a 5. vedovo/a 6. sconosciuto
	1.13		Convivente/i	1	149	N	O	Identifica i conviventi con il paziente. I codici da utilizzare sono: 1. coniuge 2. figli 3. coniuge e figli 4. fratelli 5. solo 6. badante 9. altro
	1.14		Convivente (specificata)	30	150	A	F	Se nel campo precedente il valore è 9, usare questo campo per la specificazione del convivente
Residenza/ Domicilio alla presa in carico	1.15		Comune/Stato estero di Residenza	6	180	N	O	Indica il Comune di residenza dell'assistito. Codici ISTAT (primi 3 caratteri per la provincia e i rimanenti 3 caratteri per il progressivo comune). Si raccomanda di non omettere la rilevazione dello "0" costituente il primo carattere del codice provincia. Per i residenti all'estero codificare 999 i primi 3 caratteri ed il codice stato estero nei successivi 3, utilizzando il codice stati esteri definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione.
	1.16		Comune di Domicilio	6	186	N	OF	Indica il Comune di domicilio dell'assistito. Codici ISTAT (primi 3 caratteri per la provincia e i rimanenti 3 caratteri per il progressivo comune). Si raccomanda di non omettere la rilevazione dello "0" costituente il primo carattere del codice provincia. Per i residenti all'estero codificare 999 i primi 3 caratteri ed il codice stato estero nei successivi 3, utilizzando il codice stati esteri definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione.
Informazioni non modificabili	1.17		Età della prima visita	3	192	N	O	Indica l'età del paziente alla prima visita
	1.18		Età di esordio dei sintomi	3	195	N	O	Indica l'età del paziente all'esordio dei sintomi
	1.19		Data di decesso	8	198	D	OF	Utilizzare il formato GGMMAAAA.
	1.20		Caregiver	1	206	N	O	I codici da utilizzare sono: 1. sì 2. no



Caregiver	1.21	Relazione del Caregiver	1	207	N	OF	I codici da utilizzare sono: 1. coniuge 2. figlio 3. fratello 4. nipote 5. badante/assistente familiare 9. altro
	1.22	Caregiver (specifica)	30	208	A	OF	Se nel campo precedente il valore è 9, usare questo campo per la specificazione del caregiver
	1.23	Coabitazione del caregiver	2	238	N	OF	I codici da utilizzare sono: 1. convivente 2. non convivente
	1.24	Anno di nascita del Caregiver	4	240	N	OF	Indicare le 4 cifre dell'anno di nascita in formato AAAA
Tutela	1.25	Presenza di Rappresentanza legale	1	244	N	O	I codici da utilizzare sono: 1. Amministratore di sostegno 2. Tutore legale/Curatore 3. nessuno
	1.26	Coincidenza del Rappresentante legale con il Caregiver	1	245	N	O	I codici da utilizzare sono: 1. si 2. no
	1.27	Rapporti con Associazione di Volontariato di riferimento	1	246	N	O	I codici da utilizzare sono: 1. si 2. no

Dati del CDC	2. TRACCIATO CDC							
	2.1	X	Identificativo CDC	6	1	AN	O	Codice identificativo assegnato al CDC. In Codice CDC è fornito dalla Regione.
	2.2		Codice MRA del CDC	15	7	AN	F	Campo che verrà valorizzato con la codifica MRA non appena disponibile.
	2.3		Azienda Sanitaria sede del CDC	3	22	N	O	Indica il Codice della Azienda Sanitaria dove si trova la struttura erogatrice (es. 101).
	2.4		Comune - codice ISTAT	6	25	N	O	Codice ISTAT del Comune sede del CDC
	2.5		Comune - descrizione	30	31	A	O	Descrizione del Comune sede del CDC
	2.6		Indirizzo	60	61	A	O	Nome della Via, Piazza, ecc...
	2.7		Cap	5	121	N	O	Codice di Avviamento Postale
	2.8		Provincia	2	126	A	O	Sigla della Provincia
	2.9		email	60	128	A	O	Indicare un solo indirizzo di posta elettronica
	2.10		indirizzo web	60	188	A	O	Indicare il link alla pagina web di riferimento del CDC
	2.11		telefono	10	248	AN	O	Indicare un solo numero di telefono, senza spazi o altri caratteri (/ , -, ecc)
	2.12		fax	10	258	AN	O	Indicare un solo numero di fax, senza spazi o altri caratteri (/ , -, ecc)
2.13		Cognome e nome del responsabile	60	268	A	O	Indicare il cognome e il nome del medico responsabile del CDC	

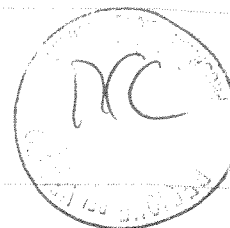
Presenza in carico	3. TRACCIATO EPISODI DI CURA							
	3.1	X	Identificativo univoco assistito per episodio di presa in carico	20	1	AN	O	Permette la correlazione al record anagrafico (vedi campo [1.1] del TRACCIATO DATI ANAGRAFICI ASSISTITO)
	3.2	X	Identificativo CDC	6	21	AN	O	Codice identificativo assegnato al CDC.
	3.3		Data dell'episodio di cura	8	27	D	O	Utilizzare il formato GGMMAAAA.
	3.4		Tipologia dell'episodio di cura	1	35	N	O	I codici da utilizzare sono: 1. prima visita (primo contatto) 2. controllo
	3.5		Diagnosi	1	36	N	O	I codici da utilizzare sono: 1. in corso di definizione 2. effettuata in questo episodio di cura 3. non effettuata in questo episodio di cura
	3.7		Diagnosi disturbo dell'umore - specificazione	30	37	A	OF	Specificazione del valore previsto se selezionato il punto 21 del campo precedente
	3.8		Altro tipo di demenza - specificazione	30	67	A	OF	Specificazione del valore previsto se selezionato il punto 22 del campo precedente
	3.9		Punteggio MMSE - corretto per età e scolarità	5	97	N	OF	Indicare il punteggio in formato NN,NN con due decimali a destra della virgola
	3.10		Punteggio ADL	3	102	AN	OF	Indicare le funzioni perse (n) sul numero totale di funzioni misurate (N). Il formato è "n/N"
	3.11		Punteggio IADL	3	105	AN	OF	Indicare le funzioni perse (n) sul numero totale di funzioni misurate (N). Il formato è "n/N"
	3.12		Presenza di disturbi comportamentali significativi	1	108	N	O	I codici da utilizzare sono: 1. sì 2. no
	3.13		Punteggio NPI - complessivo	3	109	N	OF	Indicare il punteggio in formato NNN.
	3.14		Punteggio NPI - Frequenza per Gravità (FxG)	3	112	N	OF	Indicare il punteggio in formato NNN.
	3.15		Punteggio NPI - 2° requisito FxG per ICDm	1	115	N	OF	Verifica che almeno 2 dei 7 disturbi principali a(deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante, disturbi del sonno) abbiano riportato un punteggio di almeno 9. I codici da utilizzare sono: 1. sì 2. no
	3.16		Punteggio NPI - Stress Caregiver	2	116	N	OF	Indicare il punteggio in formato NN.
	3.17		Prescrizione Anticolinesterasico	1	118	N	OF	I codici da utilizzare sono: 1. sì 2. no
3.18		Tipo Anticolinesterasico	2	119	N	OF	Da compilare se nel campo precedente è stato risposto sì. I codici da utilizzare sono: 1. Aricept (Donepezil) 2. Memac 3. Exelon (Rivastigmina) 4. Exelon cerotto 5. Reminyl 6. Ebixa 9. Altro	



Terapia	3.19	Prescrizione memantina	1	121		OF	I codici da utilizzare sono: 1. si 2. no
	3.20	Prescrizione farmaci anti psicotici atipici	1	122	N	OF	I codici da utilizzare sono: 1. si 2. no
	3.21	Prescrizione farmaci anti psicotici tipici	1	123	N	OF	I codici da utilizzare sono: 1. si 2. no
	3.22	Terapia non farmacologica	1	123	N	OF	I codici da utilizzare sono: 1. si 2. no
	3.23	1. Codice ICD9 di Malattia di Alzheimer (AD)	5	124	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.24	2. Codice ICD9 di Atrofia corticale posteriore (PCA)	5	124	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.25	3. Codice ICD9 di Demenza con corpi di Lewi (DLB)	5	129	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.26	4. Codice ICD9 di Paralisi sopranucleare progressiva (PSP)	5	129	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.27	5. Codice ICD9 di Degenerazione cortico basale (CBD)	5	134	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.28	6. Codice ICD9 di Demenza frontotemporale variante comportamentale (FTLDC)	5	134	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.29	7. Codice ICD9 di Demenza semantica (SD)	5	139	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.30	8. Codice ICD9 di Afasia primaria progressiva (PAA)	5	139	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.31	9. Codice ICD9 di Afasia logopenica	5	144	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.32	10. Codice ICD9 di Atrofia multisistemica	5	144	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.33	11. Codice ICD9 di Atrofia multisistemica (di tipo P)	5	149	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.34	12. Codice ICD9 di Atrofia multisistemica (di tipo C)	5	149	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.35	13. Codice ICD9 di Atrofia multisistemica (non definita)	5	154	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.36	14. Codice ICD9 di Malattia di Parkinson (PD)	5	154	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.37	15. Codice ICD9 di Malattia di Parkinson con demenza (PDD)	5	159	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.38	16. Codice ICD9 di Demenza Vascolare (VD)	5	159	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.39	17. Codice ICD9 di Demenza mista degenerativo/vascolare (MD)	5	164	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.40	18. Codice ICD9 di Idrocefalo normoteso (NPH)	5	164	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.41	19. Codice ICD9 di Malattia di Huntington (HC)	5	169	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.42	20. Codice ICD9 di malattia di Creutzfeldt Jakob (CJD)	5	169	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.43	21. Codice ICD9 di Disturbo dell'umore (aperto, da specificare)	5	174	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.44	22. Codice ICD9 di Altro tipo di demenza (aperto, da specificare)	5	174	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.45	23. Codice ICD9 di Altro tipo di demenza (aperto, da specificare)	5	179	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.46	24. Codice ICD9 di Altro tipo di demenza (aperto, da specificare)	5	179	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.47	25. Codice ICD9 di Altro tipo di demenza (aperto, da specificare)	5	184	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.48	26. Codice ICD9 di Altro tipo di demenza (aperto, da specificare)	5	184	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.49	27. Codice ICD9 di Altro tipo di demenza (aperto, da specificare)	5	189	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.50	28. Codice ICD9 di Altro tipo di demenza (aperto, da specificare)	5	189	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.51	29. Codice ICD9 di Altro tipo di demenza (aperto, da specificare)	5	194	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.52	30. Codice ICD9 di Altro tipo di demenza (aperto, da specificare)	5	194	AN	OF	La malattia, qualora selezionata su portale CaCEDem, viene trascodificata in codice ICD9 e con questo portata a flusso.
	3.53	Codice ICD9 di altra malattia 1	5	199	AN	OF	La malattia viene direttamente codificata in ICD9 su portale CaCEDem
	3.54	Codice ICD9 di altra malattia 2	5	199	AN	OF	La malattia viene direttamente codificata in ICD9 su portale CaCEDem
	3.55	Codice ICD9 di altra malattia 3	5	204	AN	OF	La malattia viene direttamente codificata in ICD9 su portale CaCEDem

Si ricordano alcune regole generali di compilazione dei campi:

- 1) I campi alfanumerici (a lunghezza variabile) vanno allineati a sinistra ed eventualmente completati con caratteri "spazio"; analogamente, se non valorizzati, essi devono contenere caratteri "spazio".
- 2) I campi numerici vanno allineati a destra ed eventualmente completati con caratteri "zero"; analogamente, se non valorizzati, essi devono contenere caratteri "zero".
- 3) I campi "data", se non utilizzati, devono contenere caratteri "spazio". Utilizzare il formato GGMMAAAA.
- 3) Nei tracciati 3 campi "OF", sono facoltativi quando non sono contenuti nell'episodio di presa in carico (record del tracciato 3)



Corso di Formazione multiprofessionale:

**I Centri per il Declino Cognitivo e le Demenze
per la Rete dell'Alzheimer del Veneto**

1 giornata LA LEGISLAZIONE DI RIFERIMENTO E LO STATO DELL'ARTE	L'Accordo Conferenza Unificata del 30 ottobre 2014: il Piano Nazionale Demenze e le strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze Il Piano Socio Sanitario Regionale del Veneto 2012-2016 e la Rete per l'Alzheimer “Linee guida per il riassetto dei servizi sanitari e socio-sanitari per le persone affette da decadimento cognitivo” (DGR 3542/2007): da UVA a CDC: un nuovo modello di presa in carico. Epidemiologia: from Global Report Dementia to Local Report Dementia Health Care Systems for Dementia in the World Lavori in piccoli gruppi con ricostruzione della distribuzione dei servizi e degli operatori
2 giornata La DIAGNOSI DELLE PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE	La ridefinizione di malattia di Alzheimer e la diagnosi precoce Le Demenze Fronto-Temporal: diagnosi e approccio farmacologico La Malattia con corpi di Lewy: diagnosi e terapia La valutazione neuroradiologica Biomarcatori di Malattia Neurodegenerativa
3 giornata ACCERTAMENTO STRUMENTALE E NEUROPSICOLOGICO	L'uso appropriato del neuroimaging nucleare La valutazione e refertazione neuropsicologica nell'iter diagnostico La comunicazione della diagnosi: elementi di psicologia ed etica professionale Il referto neuropsicologico nel lavoro di equipe
4 giornata FARMACI, BPSD E PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA	Trattamento farmacologico della malattia di Alzheimer Problematiche nella gestione dei disturbi del comportamento



	Il Sostegno al Caregiver Rapporti tra il CDC e il Territorio Il ruolo dell'infermiere nella rete dei CDC
5 giornata TERAPIE NON FARMACOLOGICHE	L'ambiente fisico e sociale Valutazione Psicologica e Neuropsicologica del paziente da riabilitare La Stimolazione Cognitiva La Terapia Occupazionale L'Attività Fisica Una Palestra per la Mente
6 giornata IL SOCIALE E <i>PALLIATIVE CARE</i>	Counseling familiare e genetica delle demenze La Rete non è solo sanitaria: i servizi sociali ruolo e funzioni Politiche economiche a sostegno delle famiglie: l'Impegnativa di Cura Domiciliare (DGR 1338/2013) Palliative Care end End-Life care Le nuove competenze dei CDC necessarie alla presa in carico del paziente e della sua famiglia Conclusioni e test