



PIANO STRATEGICO 2016 | 2018

ALLEGATO 2

Two handwritten signatures in black ink, one above the other, located in the bottom right corner of the page.

Anteprima progetto "Progetto sperimentale "Centro per i Disturbi Cognitivi e delle Demenze (C.D.C.D.)":

Progetto sperimentale "Centro per i Disturbi Cognitivi e delle Demenze (C.D.C.D.)"

21/11/2015

NOD VASTO

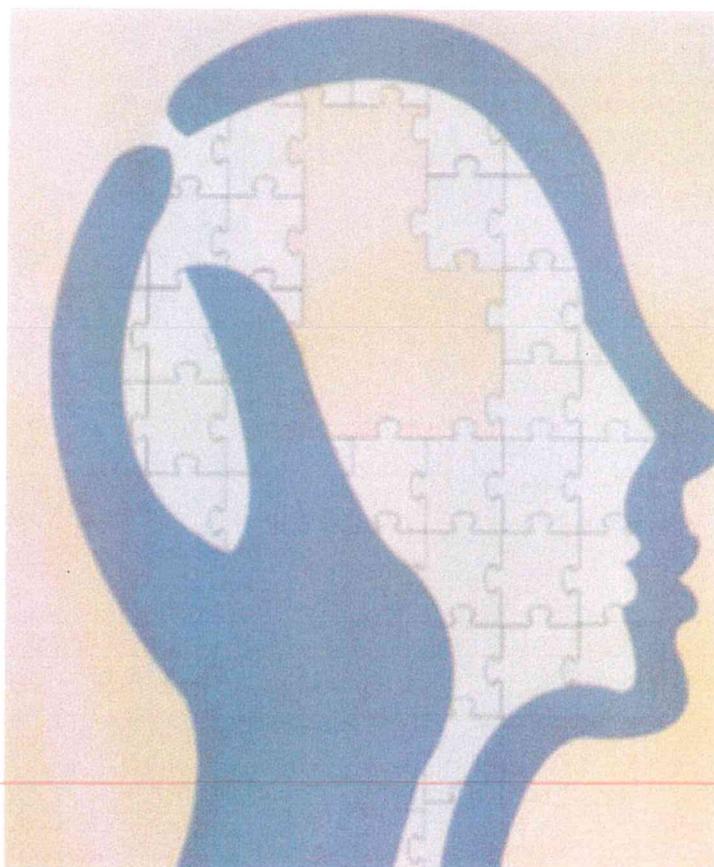
Direttore: Dott. Vincenzo Orsatti

NOD LANCIANO

Direttore: Dott.ssa ~~Maria~~ Rosato

UO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

Responsabile: Dott. Pasquale ~~Calascà~~



A handwritten signature in black ink, located at the bottom right of the page. It appears to be the initials 'SN'.

Anteprima progetto "Ambulatorio Infermieristico della Fragilità nelle aree interne":



Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
Integrazione Ospedale Territorio

Ambulatorio Infermieristico della Fragilità a Casoli: Esiti

Nel mese di Giugno 2015, per la prima volta nella Asl Lanciano Vasto Chieti, sono state avviate le attività previste dall'Ambulatorio infermieristico della Fragilità. Tale attività è stata attentamente monitorata al fine di effettuare una valutazione dei risultati, correggere eventuali "errori di sistema" ed migliorare il servizio in modo da soddisfare le effettive ed essenziali necessità degli assistiti.



La selezione dei pazienti da contattare è stata effettuata in base al Registro Epidemiologico della Fragilità che ha individuato più di 800 soggetti fragili nell'area, sottoposti al vaglio dei Medici di Medicina Generale tra i loro assistiti. Con la condivisione ed approvazione di 15 Medici di Medicina Generale sono stati esaminati 380 soggetti fragili ed individuati 58 candidati da prendere in carico. L'attività rilevata è stata svolta nei mesi di Giugno, Luglio e Agosto: è stata selezionata una infermiera dalla fragilità che ha contattato telefonicamente 58 pazienti (di cui 3 deceduti e 6 non hanno aderito) e ne sono stati presi in carico 32, di cui 17 visitati in ambulatorio e 15 a domicilio. I restanti 13 sono da prendere in carico. L'età media degli assistiti esaminati è stata di 73,5 anni.



Frequenza Interventi Infermieristici effettuati

Azione	Frequenza	Percentuale
Compilazione scale	33	10,50%
Raccolta documentazione	91	28,50%
Rinforzo igiene di vita	31	9,70%
Supporto self care	29	9,10%
Telefonata	62	19,40%
Valutazione aderenza terapia	34	10,70%
Visita a Domicilio	23	7,20%
Visita in ambulatorio	15	5,00%
Totale	319	100,00%

Frequenza Soggetti esaminati per Genere

Sexo	Frequenza	Percentuale
F	33	56,90%
M	25	43,10%
Totale	58	100,00%

31/09/2015



AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Qualità delle prestazioni e percorsi clinico-organizzativi nella gestione dei pazienti diabetici

Il progetto si colloca all'interno di un programma più ampio, presentato dalla Asl 2 Lanciano Vasto Chieti nel Piano Strategico 2015-2017, che mira all'introduzione di un nuovo ed innovativo approccio assistenziale patient-focused. Il potenziamento dell'assistenza territoriale e l'erogazione di servizi sanitari aggiuntivi rappresentano la soluzione assistenziale più opportuna in risposta all'aumento della cronicità: l'obiettivo è quello di intercettare il bisogno (prevedibile e programmabile) e prendere in carico proattivamente il paziente, proponendogli le prestazioni assistenziali di cui necessita. A tal proposito si rende necessaria una revisione della logica di "domanda di cura" propria dell'attività ospedaliera, verso un sistema più orientato ed idoneo a soddisfare le esigenze dei pazienti affetti da malattie croniche.

Per quanto riguarda il Diabete Mellito, malattia di grande rilievo sociale, diversi studi hanno dimostrato che è possibile ridurre le complicanze attraverso un programma d'interventi che comprenda la diagnosi precoce, il trattamento tempestivo e lo stretto controllo del compenso metabolico e dei parametri di rischio cardiovascolare associati². E' indispensabile, in tal senso, che i servizi di cure primarie e secondarie agiscano in maniera integrata: dalla condivisione di informazioni alla valutazione e gestione dei percorsi di trattamento. Diventa quindi necessario rivisitare criticamente i percorsi assistenziali e sperimentare nuove formule organizzative che mettano in luce e valorizzino i contributi delle varie componenti e dei vari attori lungo il continuum di cura del paziente.

Il progetto prevede l'applicazione di un modello HUB and SPOKE. Gli HUB saranno rappresentati da Team Specialistici di riferimento (Vasto, Lanciano e Chieti), che accoglieranno casi di maggiore complessità (DM1, DM2 instabili e Diabete Gestazionale), e i satelliti, gli SPOKE, a cui si applica il nuovo modello assistenziale integrato, si dedicheranno ai pazienti con diabete di tipo 2 con adeguata stabilizzazione della malattia-trattamento. Lo spoke tratta unicamente pazienti inseriti in un programma di monitoraggio della malattia che coinvolge:

- il MMG per le necessità prescrittive e di controllo clinico;
- l'infermiere del disease management che si occupa della effettiva adesione ai trattamenti e alle raccomandazioni del medico;
- lo specialista, chiamato a programma e coinvolto per episodi di riacutizzazione;

Gli SPOKE sono inseriti nelle UCCP, un modello di gestione del paziente con patologie croniche, che aiuta e sostiene la persona nel percorso assistenziale, attraverso la presa in carico del bisogno da parte di gruppi multi professionali: medico di medicina generale, infermiere della fragilità e specialisti territoriali/ospedalieri. Per la Gestione Integrata del cittadino con diabete è fondamentale un lavoro interdisciplinare in funzione dello stato di malattia, in un programma condiviso d'assistenza nei confronti dei pazienti con patologie croniche in cui lo scambio di informazioni, che va oltre la normale routine, avviene da entrambe le parti con il consenso informato del paziente.

IGEA

U.O.C. di Staff - Integrazione Ospedale Territorio - ASL2 Lanciano Vasto Chieti

Anteprima progetto "Preso in Carico Ostetrico per il Percorso Nascita delle Aree Interne":

REGIONE ABRUZZO
 AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Strategia nazionale per le Aree Interne - U.O. Integrazione Ospedale - Territorio

Titolo del progetto: Preso in Carico Ostetrico per il Percorso Nascita delle Aree Interne

Referente aziendale: Dott. Ssa Cinzia Di Matteo

PREMESSE - La gravidanza e la maternità rappresentano un grande evento collettivo ed ogni comunità, attraverso tutte le sue istituzioni sociali e sanitarie, ha il compito di proteggere il benessere della donna e del bambino, garantendo sicurezza ed equità degli interventi assistenziali. Se da un lato l'ambito della nascita vede la donna esprimersi nella dimensione più alta della potenza e della competenza, quella creativa, dall'altro è possibile che nell'arco della gravidanza, con l'interruzione della routine quotidiana, emergano le fragilità delle future mamme. █

In questo particolare e delicato periodo, infatti, le donne affrontano un notevole cambiamento nella loro quotidianità, come ad esempio lo stile di vita, il lavoro e l'alimentazione: risulta dunque fondamentale che venga offerta loro l'opportunità di reperire, in modo facile e sicuro, tutte le informazioni di cui necessitano.

AMBITO E TIPOLOGIA DI INTERVENTO - Il percorso nascita ha lo scopo di programmare un'assistenza mirata alla donna in gravidanza, in grado di offrirle il sostegno e il supporto di cui necessita: nel periodo prenatale, infatti, emerge un bisogno di salute complesso che richiede un approccio di "presa in carico" proattiva delle future mamme. Il potenziamento delle attività del percorso nascita rappresenta un input per uniformare il percorso assistenziale e per facilitare la fruizione dei servizi da parte delle gestanti: a tal proposito risulta essenziale garantire l'accesso anche alle donne residenti nei comuni significativamente distanti dai centri d'offerta, le Aree Interne. Queste zone, lontane e mal collegate con gli ospedali, spesso carenti di servizi territoriali, sono oggetto di una Strategia Nazionale finalizzata a programmare e finanziare diversi interventi innovativi. Per quanto riguarda l'ambito salute è in corso una riorganizzazione dell'offerta sanitaria nell'Area Basso Sangro Trigno e tale progetto s'inquadra perfettamente nella Strategia di sviluppo.

Tutti i servizi proposti nel presente progetto saranno attivati da un Ostetrica, figura professionale di riferimento della donna in gravidanza, e verranno articolati in modo da sostenere e orientare le future mamme, fornendo loro un adeguato supporto.

Sarà istituito un numero telefonico per il percorso nascita, denominato "Supporto Ostetrico Telefonico" (S.O.T.), che le gestanti potranno contattare per ottenere informazioni, suggerimenti ed indicazioni sui servizi pre parto, parto e post parto, di cui potranno usufruire gratuitamente sul territorio e nei punti nascita della Asl 02. E' un supporto informativo, un consulto telefonico, che ha l'obiettivo di orientare le donne durante tutto il Percorso.

Altra tipologia di sostegno sarà offerta con la previsione di uno "Sportello Ostetrico Consultoriale" nei distretti Di Lama dei Peloni, Villa Santa Maria, Torricella Pelona e Castellone Messer Marino. Con questo servizio il personale ostetrico sarà a disposizione delle donne in gravidanza, con l'obiettivo di fornire indicazioni e chiarimenti in relazione all'informativa sul congedo di maternità e all'informativa sul D.lgs. n. 151 del 26 Marzo 2011. L'attività dello sportello sarà "programmata" e gli appuntamenti potranno essere prenotati tramite il S.O.T.

Al fine di portare le gestanti a conoscenza dell'attivazione dei nuovi servizi, saranno messe a disposizione nei locali pubblici dei Comuni, negli ambulatori dei MMG, nelle farmacie aperte al pubblico e delle sedi erogative distrettuali dell' Area Interna Basso Sangro Trigno le brochure informative sui servizi sopraelencati per la presa in carico delle donne in gravidanza. L'informativa sul servizio sarà inoltre spedita tramite il servizio postale a tutte le donne in età fertile (18-45) residenti nelle Aree Interne.

Il S.O.T. e lo Sportello Ostetrico costituiscono servizi territoriali che si aggiungono e si integrano con quelli ospedalieri e territoriali già esistenti: Corso di accompagnamento alla nascita (preparazione al parto,

1

Anteprima progetto "Preso in carico della Fragilità nella Area Interna Basso-Sangro-Trigno":



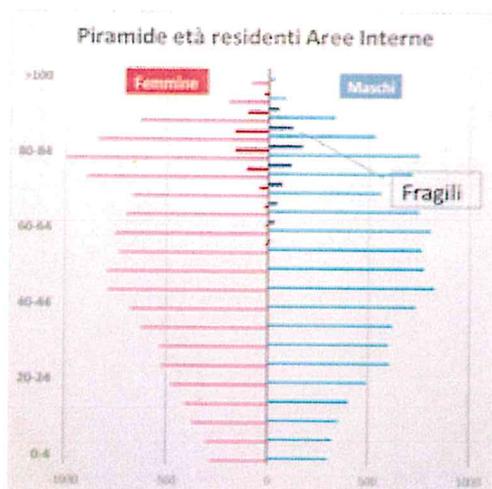
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
Integrazione Ospedale Territorio

PROGRAMMA ATTUATIVO DEL LABORATORIO DI PRESA IN CARICO DELLA FRAGILITA' NELLA AREA INTERNA BASSO SANGRO-TRIGNO

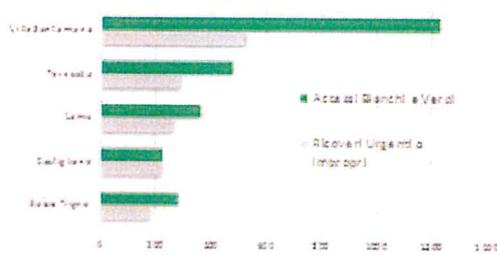
Negli ultimi anni la rete di assistenza integrata è diventata una parte centrale della riorganizzazione del servizio sanitario grazie alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione. Le iniziative introdotte dal nuovo patto della Salute (art.6) prevedono che le Regioni disciplinino principi e strumenti per l'integrazione dei servizi per le attività sanitarie e socio-sanitarie, in particolare per i segmenti di popolazione non autosufficienti e disabili, e forniscano indicazioni alle ASL e gli altri enti del sistema sanitario regionale per l'erogazione congiunta degli interventi. Nell'ambito dell'area interna del Basso Sangro-Trigno verrà realizzato un "Laboratorio per la presa in carico della fragilità" a carattere sperimentale e prototipo per la Regione Abruzzo, finalizzato ad accelerare l'integrazione dei servizi sanitari tra di loro e i servizi di assistenza sociale, compiendo progressi nel coordinamento e la cura per le persone anziane e fragili.

La salute della popolazione è influenzata da una vasta gamma di fattori: per migliorarla non è sufficiente occuparsi solo della dimensione salute e dei servizi di assistenza sanitaria: essa richiede sforzi coordinati per conoscere l'intero ambiente sociale e di salute della popolazione. Ciò significa pensare ad una assistenza integrata, e questo cambiamento richiederà l'azione e il coinvolgimento di una serie di livelli, dal governo regionale agli operatori degli enti assistenziali, dalle comunità locali agli individui.

Il seguente documento definisce tempi e modalità di implementazione dei servizi (interventi innovativi) previsti dalla riorganizzazione dell'assistenza territoriale annunciata nel progetto salute della "Strategia Aree Interne" e definita nel Piano Strategico 2015-2017 della ASL Lanciano Vasto Chieti.



Accessi al Pronto soccorso (codici verdi o bianchi) e ricoveri urgenti o potenzialmente inappropriati dei soggetti fragili per zone



In figura la rappresentazione dell'ammontare della popolazione per classi di età nei trentatré Comuni dell'Area Interna Basso Sangro-Trigno. Si osservi la numerosità delle donne in età avanzata e la popolazione fragile collocata quasi interamente nelle fasce alte. A destra il numero degli accessi con Codice bianco o verde e dei ricoveri urgenti o impropri per le aggregazioni di Comuni afferenti a UCCP (si veda oltre), che potrebbero ridurre tali eventi (identificati quindi come indicatori di risultato) attraverso il potenziamento della presa in carico individuale delle persone fragili offrendo risposta adeguata e di prossimità ai loro bisogni di salute.

Fig. 1

11 Aprile 2015

Anteprima progetti "Servizio di Tele-salute e teleassistenza":



REGIONE ABRUZZO
 AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
 LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. N. 2/08)

Via Martiri Lancianesi, 17/19 66100 CHIETI

AZIENDA SANITARIA LOCALE 02 LANCIANO/VASTO/CHIETI

All A - Linea progettuale 1 - Attività di assistenza primaria

Denominazione progetto	Budget assegnato
a) Rete assistenza primaria nei Distretti interni	€ 3.050.736,82

a) Titolo del progetto: Rete assistenza primaria nei Distretti interniReferente aziendale: Pasquale Falasca, Mariagrazia Capitoli, Emidio Mastrovecchio

PREMESSE - L'evoluzione del quadro epidemiologico verso un significativo incremento della cronicità e della non autosufficienza rende assolutamente necessaria una ridefinizione dei modelli assistenziali sviluppando maggiormente un approccio proattivo che privilegi gli interventi di self-care, disease e case management proposti ai pazienti più fragili.

Gli Accordi Collettivi Nazionali dei MMG confermano il ruolo centrale dell'assistenza primaria quale garanzia della presa in carico e della salute complessiva del cittadino, attraverso compiti e programmi di prevenzione, educazione sanitaria, assistenza per le patologie acute e ai soggetti affetti da particolari patologie croniche, anche mediante la collaborazione con le altre figure professionali e le strutture sanitarie e sociali presenti sul territorio.

La continuità ospedale territorio, e la identificazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA), nell'ottica della gestione integrata del paziente, in particolare del paziente cronico e fragile, richiede l'adozione di una logica di processo assistenziale in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure attraverso il superamento di barriere organizzative, professionali ed operative. Considerato che i modelli organizzativi che si stanno diffondendo per la gestione delle malattie croniche (Chronic Care Model) sono accomunati dal fatto di essere sistemi organizzati, integrati, proattivi che pongono al centro dell'intero sistema, il paziente, la famiglia ed i care-givers informati ed educati a giocare un ruolo attivo nella gestione della patologia.

AMBITO E TIPOLOGIA DI INTERVENTO - Il progetto si propone di predisporre e sperimentare in rete di cure primarie multidisciplinare che vede coinvolti i MMG, la farmacia dei servizi, gli infermieri della fragilità e gli specialisti a programma che ruotano attorno al paziente fragile, identificato da un sistema epidemiologico capace di rilevare, in modo standardizzato, i soggetti che utilizzano maggiormente i servizi a parità di condizioni cliniche, sociali, ambientali e assistenziali.

Il seguente progetto definisce tempi e modalità di implementazione dei servizi (interventi innovativi) previsti dalla riorganizzazione dell'assistenza territoriale annunciata nel progetto salute della "Strategia Area Interne" e definita nel Piano Strategico 2015-2017 della ASL Lanciano Vasto Chieti. La riprogettazione della Rete delle Cure Primarie prevede la presenza sul territorio dei tre Distretti di Guardigrele, Sangro-Aventino e Alto Vastese di 4 PTA nei comuni di Guardigrele, Atesa, Gissi e Casoli e 10 Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP, di cui 6 satelliti) nelle sedi erogative distrettuali di Atesa, Celenza sul Trigno, Casoli, Castiglione Messer Marino, Gissi, Guardigrele, Lama dei Peligni, Orsogna, Torricella Peligna e Villa Santa Maria, con l'obiettivo di assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali dei livelli essenziali di assistenza (medicina generale tramite le AFT, assistenziale infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto e servizi sociali).



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
LANCIANO-VASTO-CHIETI
(L.R. N.3/03)
 Via Martiri Lancianesi, 17/19 66100 CHIETI

AZIENDA SANITARIA LOCALE 02 LANCIANO/VASTO/CHIETI

All A - Linea progettuale 5 - Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche.

Denominazione progetto	Budget assegnato
a) Servizi di telemedicina specialistica, tele salute e teleassistenza territoriale	€ 1.946.797,25

a) Titolo del progetto Servizi di telemedicina specialistica, tele salute e teleassistenza territoriale

Referente aziendale: Pasquale Falasca, Emidio Mastrovecchio

PREMESSE - L'aumento progressivo della vita media, associato alla maggiore esposizione a fattori di rischio (es. fumo) e al cambiamento degli stili di vita (elevato introito energetico, bassi livelli di attività fisica), hanno determinato negli ultimi anni un marcato aumento delle patologie cronico-degenerative come il diabete mellito, la BPCO e le malattie cardiovascolari.

In Italia, in base ai dati ISTAT, la prevalenza del diabete, riferita all'anno 2010 e stimata su tutta la popolazione, è pari al 4,9%. La prevalenza sale a circa il 13% nella fascia di età fra i 65 e i 74 anni, mentre oltre i 75 anni una persona su 5 ne è affetta (prevalenza del 19,8%). In pratica quasi 3 milioni di persone in Italia soffrono di diabete (di cui oltre il 90% da diabete di tipo 2); inoltre, si stima che almeno un milione di persone siano affette da diabete non diagnosticato.

In soli 10 anni, dal 2000 al 2010, la prevalenza del diabete è cresciuta dal 3,7% al 4,9%, pari in termini assoluti a circa

1 milione di pazienti in più. Analogamente, la BPCO rappresenta ad oggi la 5ª causa di morte, ed è destinata a diventare la 3ª nei prossimi anni.

La gestione di tali patologie ha un impatto molto elevato sul sistema sanitario, in termini di consumo di risorse, loro efficienza e quindi costi.

In un contesto di crescente pressione sulla spesa, è quindi chiave sviluppare soluzioni e modelli di gestione che favoriscano un più efficace ed efficiente impiego delle risorse.

In particolare, nell'ambito delle patologie croniche, la telemedicina specialistica, la tele salute e la teleassistenza possono rappresentare, come dimostra la letteratura degli ultimi anni, un valido strumento per un miglior controllo del Paziente, riducendo ad esempio gli accessi impropri alle strutture sanitarie (es. Pronto Soccorso) e favorendo una dimissione precoce e protetta dall'ospedale.

Tele salute e teleassistenza sono esempi di tecnologie di supporto che mirano a migliorare i risultati per le persone con condizioni di salute a lungo termine o necessità di assistenza sociale. Essi possono anche ridurre l'uso degli ospedali e delle case di cura. Si tratta di un grande studio randomizzato controllato per valutare l'impatto e l'efficacia di queste tecnologie.

Il Nuffield Trust di Londra misura un aspetto di una valutazione su larga scala di teleassistenza e telemedicina:

* la tele salute può aiutare le persone con condizioni di salute a lungo termine come il diabete, insufficienza cardiaca e malattie polmonare ostruttiva cronica. Si riferisce allo scambio a distanza di dati tra

Progetto sperimentale "Centro per i Disturbi Cognitivi e delle Demenze (C.D.C.D.)"

21/11/2015

NOD VASTO

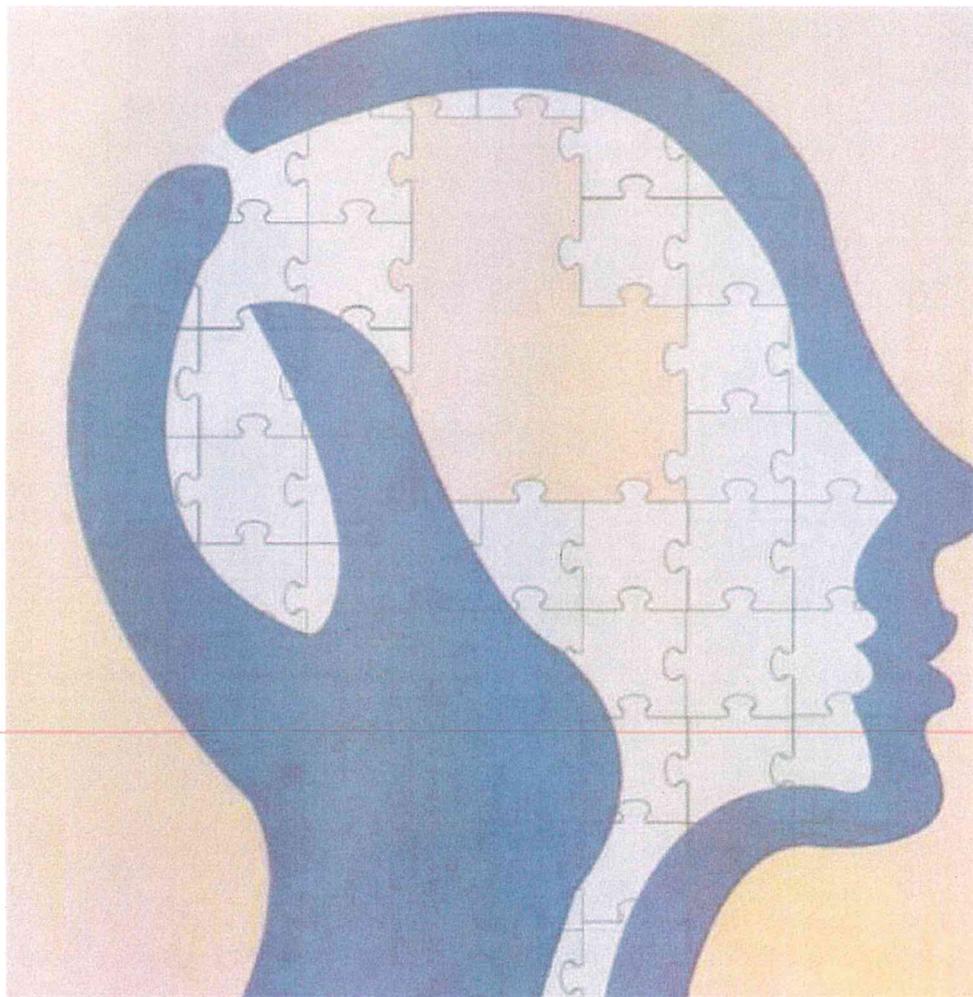
Direttore: Dott. Vincenzo Orsatti

NOD LANCIANO

Direttore: Dott.ssa Manola Rosato

UO INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO

Responsabile: Dott. Pasquale Falasca



1

Attivazione del Centro per i Disturbi Cognitivi e delle Demenze

Aspetti organizzativi

Premesse

La demenza e le altre forme di decadimento cognitivo, sono patologie del cervello, spesso a decorso cronico, evolutivo, invalidante ed irreversibile, legate ad una causa degenerativa primaria o secondaria.

La loro storia clinica ha varie fasi: all'inizio colpisce solo alcune funzioni come la memoria, l'attenzione, la concentrazione, la capacità di apprendimento. In questa prima fase può essere compatibile con una vita relativamente autonoma. Successivamente può manifestare disturbi del comportamento e colpire funzioni più elevate, capacità logiche e di giudizio, interferendo pesantemente con l'autonomia e richiedendo sostegno anche per attività di base della vita quotidiana. Infine si manifesta con perdita di controllo di funzioni (ad esempio la continenza sfinteriale), riduzione della motilità, fino ad impossibilità di comunicazione e di comprensione, nonché alla totale dipendenza.

La malattia presenta spesso sintomi nella sfera dei comportamenti e richiede un approccio diagnostico e di presa in carico diverso dalle comuni malattie, può convivere con altri problemi di salute e di fragilità e per la sua variabilità clinica richiede interventi tempestivi e di continuità di cure, secondo un assetto dei servizi a rete. Il soggetto diventa dipendente da chi lo cura e la malattia diviene spesso anche una vera *sindrome sociale* allargata al caregiver ed a tutto il nucleo familiare di appartenenza, ponendoli in condizioni di fatica e di difficoltà. La ricerca di aiuti è quindi frequente e onerosa, soprattutto se compiuta in un sistema frantumato dell'offerta e delle referenze, alimentando il disagio già vissuto.

Aspetti epidemiologici e strategia di prevenzione

La demenza e le altre forme di decadimento cognitivo sono la quarta causa di morte nei soggetti con più di 65 anni nei paesi occidentali.

La loro prevalenza, definita secondo i criteri dello studio ILSA del CNR, si stima in circa il 6,4% della popolazione ultrasessantacinquenne. Basandosi quindi sui dati ISTAT (settembre 2014) si può calcolare che il numero di casi di patologia cognitiva in Abruzzo in siano pari a 18935 casi, di cui almeno 12.000 imputabili alla malattia di Alzheimer.

Assumendo che i tassi di prevalenza età specifici rimangano invariati nei prossimi anni, la tendenza epidemiologica futura vede un incremento di tali numerosità collegate all'invecchiamento della popolazione della nostra Regione.

Per quanto riguarda l'incidenza della malattia, basandosi sulle stime nazionali dei nuovi casi incidenti (11,9 nuovi casi all'anno per 1000 soggetti con più di 65 anni) si stima che ogni anno si presentino nel Abruzzo circa 3.250 nuovi casi.

Non sono disponibili dati esatti su quanti di questi siano seguiti a domicilio o assistiti presso strutture residenziali. Si calcola comunque che una percentuale dal 30 al 60% dei soggetti ospitati presso istituti per non autosufficienti presentino una demenza.

Tra tutti gli individui affetti da malattia di Alzheimer si può ritenere, da calcoli indiretti, che circa 2.000 individui seguono trattamento con farmaci anticolinesterasici (ex progetto Cronos).

Accanto agli sforzi per contenere la progressione di malattia e ridurre la disabilità non va dimenticato che sono possibili strategie di popolazione per la prevenzione della demenza.

In particolare, interventi atti a ridurre i fattori di rischio ambientali accertati quali i traumatismi cranici, sport violenti e l'uso di sostanze neurotossiche, potrebbero esercitare effetti positivi su tali numerosità. Inoltre, i dati più recenti sugli effetti di interventi farmacologici sui fattori di rischio cardiovascolari, in particolare l'ipertensione arteriosa e il



diabete mellito non insulino dipendente, indicano la possibilità di incidere significativamente sia sulle forme a genesi vascolare sia sulla demenza di Alzheimer.

Sistema dei problemi di salute e strategia di cura

Il punto di partenza per ogni definizione organizzativa sono i *problemi di salute* del malato e dei suoi familiari.

I problemi, che derivano dalla patologia, sono scostamenti dalla normalità di una persona, quindi sono la differenza tra ciò che la persona osserva (il suo stato attuale di salute) e ciò che è stato il suo grado abituale di benessere. La descrizione dei problemi spiega la limitazione dell'autonomia, la restrizione della partecipazione alla vita di relazione e la libera espressione del proprio ruolo sociale. Tanto maggiore è la distanza tra ciò che è atteso (la norma per quella persona) e ciò che è osservato (l'esito della malattia), tanto maggiore è la sofferenza. La risoluzione della patologia permette di esaurire la sofferenza, ma quando una patologia non è più risolvibile (come avviene per larga parte delle forme con decadimento cognitivo) e una persona è dichiarata inguaribile, le possibilità di cura sono legate solo alla soluzione o al ridimensionamento dei problemi di salute, che sono quindi l'oggetto di lavoro dei servizi, nonché le ragioni della loro legittimazione e del loro destino. Le caratteristiche della patologia investono lungamente e significativamente la vita familiare, facendo i congiunti portatori loro stessi di problemi di salute.

Al sistema dei problemi corrispondono obiettivi generali di salute, dai quali discendono, correlati al dettaglio dei problemi, degli obiettivi specifici.

Gli obiettivi generali di salute sono:

- *contenere il declino cognitivo e della disabilità del malato*, agendo sia sul livello clinico che comportamentale e ambientale, prevenendo e contenendo contestualmente le componenti di fragilità fisica, relazionale, sociale;
- *permettere al malato di restare il più a lungo possibile nel proprio nucleo familiare*, compatibilmente con i criteri di sicurezza sua e dei conviventi, riconoscendo che il luogo abituale di vita e di relazione è quello più adeguato alla conservazione dell'autonomia e degli affetti;
- *sostenere il nucleo familiare nell'assistenza continuativa del malato*, sia sul piano delle motivazioni che delle abilità.

Per maggior dettaglio, in allegato1 sono riportati alcuni problemi, tra i più frequenti, appaiati alle domande più ricorrenti e ad obiettivi specifici di salute.

La cura si fonda su tre aspetti, legati ai problemi del malato e dei suoi familiari, cui corrispondono necessità e attese sentite dagli utenti:

1) *precisione e tempestività* nella definizione diagnostica e nella stadiazione, quindi con una valutazione della guaribilità della patologia, e nella valutazione dei problemi e delle abilità residue del malato. La "comunicazione della verità" sulla diagnosi e sulla prognosi è particolarmente importante per consentire scelte di vita che mantengano un'efficacia e una continuità anche dopo la compromissione cognitiva del malato, la definizione di strategie curative e palliative per far fronte alla disabilità, la ristrutturazione dei ruoli e dei compiti nel nucleo familiare. Pertanto, il tempo tra il sospetto diagnostico e la conferma deve mantenersi entro limiti ragionevoli e compatibili con il processo decisionale del malato e della sua famiglia;

2) *continuità di cura*, secondo una pianificazione degli obiettivi di salute e con l'esplicito dimensionamento della presa in carico, costituendo un *sistema di tutela istituzionale* ultiprofessionale e pluridisciplinare per il malato. Il destino è una reale *sostenibilità e efficacia* delle cure, correlate al grado di *fragilità* del malato e del suo contesto familiare. Concretamente si tratta di approntare modalità di cura che, al variare delle condizioni del malato o dei suoi familiari, evitino, se non in condizioni di stretta necessità, improvvisi cambiamenti di strategie e luoghi di cura che per il malato sono spesso motivo di aggravamento del deficit cognitivo e dell'autonomia;

3) *attenzione al ruolo e ai compiti dei familiari*, provvedendo ad un particolare sostegno nell'attività di assistenza continuativa del malato, nel mantenimento delle motivazioni e nella ricostruzione dell'immagine e della relazione con il malato.

Stato attuale dei servizi

Il malato, per tutta o larga parte della sua storia clinica, vive nella famiglia: quest'ultima è il primo e prossimo sistema di cura. Per le sue necessità incontra un secondo sistema di cura, rappresentato dai servizi di approfondimento clinico. Infine, qualora le sue condizioni rendano insufficiente l'assistenza garantita dai sistemi precedenti, è necessario ricorrere ad un terzo sistema di servizi il cui governo è affidato al Distretto tramite l'UVM.

L'accavallarsi di normativa regionale e nazionale, con il piano nazionale di cura per soggetti dementi in forma lieve o media, detto "Progetto Cronos", che prevedeva anche la costituzione delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), ha generato nelle Aziende Sanitarie Locali abruzzesi approcci organizzativi diversi, con gradi differenti nell'architettura e nel dimensionamento dei servizi per le persone affette da demenza e per i loro familiari. L'esperienza maturata dai servizi ha permesso di sperimentare più approcci al malato, ma anche mostrato la necessità di garantire livelli confrontabili di cure su tutto il territorio regionale e percorsi espliciti e facilitati ai cittadini, orientati a criteri di appropriatezza e presa in cura globale, sia al domicilio che in altri contesti assistenziali.

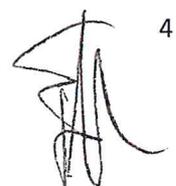
Da una indagine conoscitiva condotta dalla Direzione regionale risulta che:

- non tutte le aziende hanno un piano di assistenza al demente;
- c'è un'estrema variabilità nella costituzione dei servizi (soprattutto clinici) e nella rappresentazione delle competenze;
- non ci sono adeguati utilizzi e presenze di alcune professionalità (per es. psicologo);
- ci sono differenze nel numero di casi seguiti a parità di popolazione assistita.

Attualmente, posta la diagnosi, qualora intercorrano problemi di natura assistenziale, il malato e i suoi familiari si rivolgono all'UVM e ai Servizi Sociali, dai quali dipende il sistema d'offerta extraospedaliero (ADI, Case di Riposo, Centri Diurni, Nuclei Alzheimer, SAD, assegni di cura). Talvolta le persone vengono autorizzate dall'UVM a piani di assistenza che poi vengono dettagliati dagli erogatori, sottoponendo i fruitori ad ulteriori approfondimenti e indagini.

Il malato e i familiari possono quindi incontrare servizi con referenze diverse, con il rischio che nessuna sia realmente in grado di mantenere la continuità di cura.

Il Medico di Medicina Generale si affianca al malato e alla famiglia come sostegno e consulente abituale; spesso è impegnato in molteplici relazioni, senza un ambito specialistico esplicito che lo possa confortare lungo tutto il tempo del proprio impegno ed in modo particolare nelle fasi finali della malattia, dove, qualora supportato dal complesso delle opportunità assistenziali, può significativamente contribuire al mantenimento del malato nel suo ambiente abituale di vita. La collaborazione tra famiglia e Medico di Medicina Generale rappresenta l'asse portante e di maggior prossimità al malato per sviluppare cure adeguate e continuative: è quindi interesse di tutto il sistema d'offerta mantenerne elevate le competenze, supportandone le attitudini e l'attività quotidiane.



Progetto

“Attivazione del Centro Disturbi Cognitivi e della Demenza”

Il 30 ottobre 2014 è stato approvato, dalla Conferenza Unificata l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze".

Nel documento sono individuati quattro obiettivi principali:

- Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria
- Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata
- Implementazione di strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure
- 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 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.

Lo strumento individuato per realizzare gli obiettivi è il “Centro per il Decadimento Cognitivo e delle Demenze” (CDCD), nel quale possano confluire le risorse disponibili componendo equipe con una soglia minima e adeguata di competenze e di personale. Il CDCD non è quindi prefigurato come unità autonoma, ma come struttura di servizio per tutto il NOD dotato di pluralità di competenze, con contributi a tempo pieno e parziale, secondo necessità e possibilità.

E' raccomandabile prevederne uno ogni 100.000 abitanti circa, cui corrisponde una prevalenza di 1000-1100 persone malate.

Ad ogni CDCD corrisponde un referente, individuato tra il personale che lo compone, con compiti organizzativi e di comunicazione ordinaria con il malato e la famiglia.

Al CDCD sono attribuiti i seguenti compiti generali:

- approfondimento e rivalutazione diagnostici e funzionali del malato e della capacità di assistenza dei familiari;
- trattamento farmacologico e non;
- supporto familiare.

Al CDCD è poi demandata:

- la consulenza per altri servizi dei quali il malato debba occasionalmente servirsi e non specificatamente destinati alla cura della demenza e delle altre forme di decadimento cognitivo;
- la pianificazione e la conduzione, salvo le urgenze, di un eventuale ricovero in ospedale per patologie correlate o intercorrenti di un suo paziente.

Nel rispetto della tempestività della diagnosi, al CDCD debbono essere garantiti, all'interno dell'Azienda, percorsi facilitati con un protocollo operativo esplicito, secondo la tradizione dell'ambulatorio protetto o di valutazione integrata:

- per gli approfondimenti diagnostici, sia radiologici che di laboratorio;
- per richieste consulenziali specialistiche



Inoltre, in almeno una struttura ospedaliera dell'Azienda è opportuno siano presenti dei letti, tra quelli ordinari, in Unità Complesse di Geriatria e/o Neurologia e/o Medicina, preferibilmente destinati a condurre le cure per persone affette da decadimento cognitivo, secondo un ricovero maggiormente protetto, là dove, in caso contrario, potrebbero prodursi aggravamenti nella sintomatologia cognitiva.

Per lo svolgimento dei propri compiti il CDCD deve possedere almeno le seguenti competenze, cui debbono corrispondere effettive disponibilità in termini di persone e di tempo:

1. geriatrica con competenze internistiche, in particolare maturate nella gestione del paziente con comorbidità, multiproblematicità e fragilità, secondo un approccio multidimensionale (dimensione cognitiva, funzionale, fisica, relazionale);
2. neurologica con capacità diagnostico differenziali affinate, conoscenza dei fattori di rischio e del loro trattamento;
3. fisiatrice con capacità di definizione dei percorsi riabilitativi ai fini della pianificazione assistenziale, della valutazione d'esito e della efficienza delle cure.
3. psicologica con capacità':
 - diagnostiche differenziali in materia neuropsicologica e psicopatologica;
 - psicometriche consolidate per la identificazione e quantificazione delle alterazioni nei diversi domini e definizione dei disturbi comportamentali;
 - di sostegno psicologico motivazionale delle famiglie per approfondita conoscenza della storia naturale della malattia e delle sue conseguenze, nonché dei rischi ambientali per il paziente e dei fattori riabilitativi atti al rallentamento del deficit funzionale;
4. riabilitativa o di terapia occupazionale o educativa, particolarmente preparate per le attività riabilitative cognitive e fisiche che possono essere ordinariamente e continuativamente svolte anche al domicilio del malato con il concorso dei familiari;
5. infermieristica, per la prevenzione e la gestione di complicanze fisiche, sia in forma diretta che con l'addestramento dei familiari.

Per casi selezionati, sono opportune le consulenze di uno psichiatra competente in ambito di disabilità cognitiva e di un giurista per gli aspetti legali.

Per consentirne il buon funzionamento, è necessario che il CDCD disponga di una linea telefonica dedicata e di un operatore, preferibilmente di formazione sociale o infermieristica, debitamente formato, disponibile per un congruo tempo, in grado di offrire un riferimento ai malati e alle famiglie per informazioni e suggerimenti nella quotidianità di cura, nonché agli operatori per un supporto organizzativo qualificato e consapevole verso i problemi dei malati.

Le attività del CDCD possono essere svolte con il contributo o la sussidiarietà delle organizzazioni di volontariato, purché siano rispettati i livelli di competenza necessari e sempre secondo un accordo con le aziende sociosanitarie e ospedaliere cui afferiscono i CDCD.

Anche la separazione tra sistema clinico e assistenziale deve essere ricomposta, per modulare le risorse disponibili alle variazioni di stato del malato e dei suoi familiari, facendo assumere maggiormente all'UVM il ruolo di valutatore della qualità erogata dai fornitori di servizio. L'accesso al sistema assistenziale, governato dall'UVM, avverrà ordinariamente a percorso diagnostico concluso o dopo eventuale rivalutazione clinica, periodica o straordinaria, condivisa tra MMG e CDCD.

Lungo tutto il percorso di cura le necessità sociali sono assunte dal Servizio Sociale Comunale, gestito in forma diretta dai Comuni o delegato ad altri enti.

Tra i tre sistemi di cura (famiglia-MMG; CDCD; UVMD), è possibile definire quindi due interfaccia, cui corrispondono referenze esplicite con competenze e compiti differenti e sulle quali vengono condivise informazioni e decisioni.



La "referenza clinica" consente al malato e alla famiglia di avere un solo luogo ordinario di relazione, non costringendoli a ricomporre la frantumazione del sistema referenziale e d'offerta.

Su questa interfaccia sono scambiate informazioni relative a:

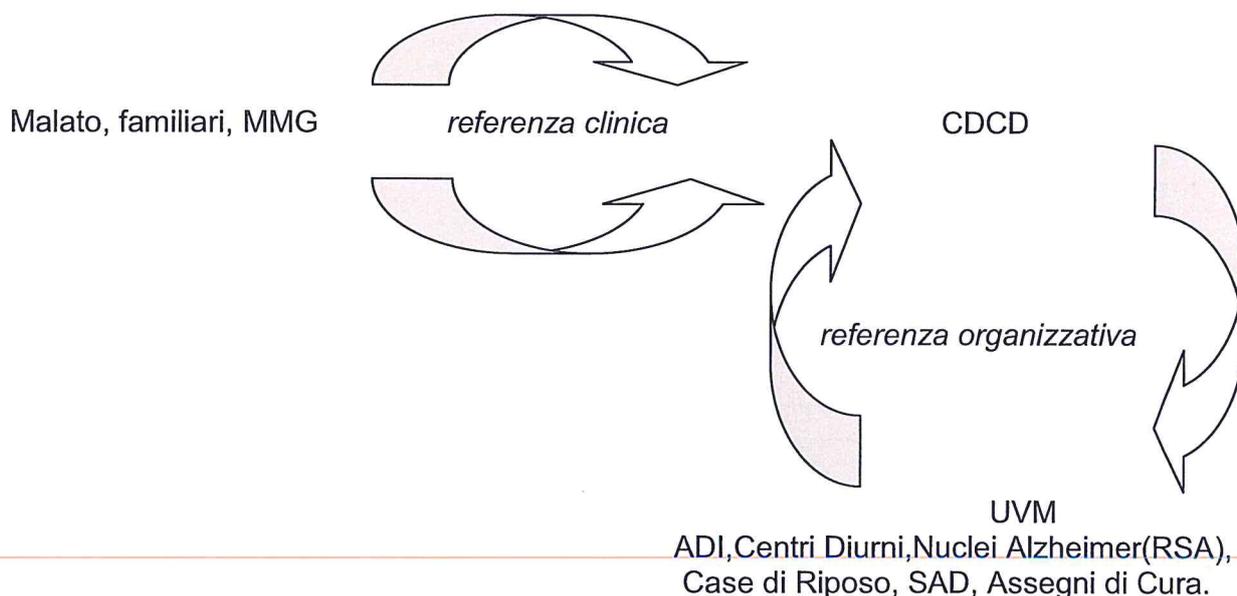
- stato della malattia e verità sulla prognosi
- consistenza e distribuzione dei servizi
- aspetti di addestramento dei familiari per la cura continua del malato
- tutela giuridica del malato
- pianificazione assistenziale

Per rendere agevole questo, è opportuno che il referente del CDCD, assieme al MMG, funga da tramite ordinario con il malato e la famiglia, fermo restando la possibilità per tutti gli operatori di comunicazioni occasionali dirette.

Con il termine di "referenza organizzativa" si intende una interfaccia sulla quale il CDCD condivide informazioni con i componenti dell'UVM per la pianificazione assistenziale e per la valutazione d'esito e di efficienza delle cure.

Per rendere agevole la comunicazione, oltre al MMG e all'Assistente Sociale ordinariamente presenti, è opportuno partecipi ai lavori dell'UVM il referente o altra figura delegata del CDCD, ad integrazione delle competenze per la programmazione assistenziale, fermo restando la possibilità per tutti di comunicazioni occasionali dirette, sia tra tecnici che con il malato e i familiari.

Il CDCD e l'UVM, con il MMG, assumono quindi il compito di valutare periodicamente la tutela complessiva del malato e della sua famiglia e la qualità delle cure.



Attività e competenze per la cura

Complessivamente i servizi debbono prevedere un approccio d'offerta con livelli informativo, educativo, operativo diretto, secondo una logica di sussidiarietà e di sostegno del sistema di cura naturale e costante del malato, dato dalla famiglia e dal MMG.

Alcune abilità devono essere diffusamente presenti tra gli operatori e condivise con consulenze reciproche. In particolare:

- informative: destinate a fornire costantemente notizie su opportunità di cura, diritti del malato, condizioni cliniche;

- educative: orientate a sviluppare l'autonomia dei familiari nella gestione continuativa del malato;
- di addestramento: predisposte per fornire strumenti di sostegno alle cure dei familiari;
- relazionali: consapevoli degli aspetti di comunicazione e di mantenimento della verità prognostica e di cura, nonché di elaborazione delle comunicazioni dei familiari con il malato.

A livello distrettuale è necessario siano garantite alcune attività che compongono quindi un *livello minimo garantito* specifico per i malati. Le attività sono svolte anche con il contributo delle associazioni di volontariato.

A queste attività sono associate quelle ordinariamente previste per ogni cittadino.

In allegato 2 sono proposte le attività previste a livello distrettuale, appaiate ai problemi di pertinenza. Le tavole dei problemi (all.1) e quelle delle prestazioni, possono essere utilmente affiancate per descrivere i percorsi di cura per il malato e i suoi familiari, componendo una proposta editoriale per la realizzazione della carta aziendale dei servizi per il decadimento cognitivo.

Sono descritti in letteratura modelli di presa in carico del paziente con deterioramento cognitivo che vedono coinvolti i MMG in azioni coordinate con le strutture specialistiche di secondo livello. I MMG sono per la loro competenza professionale le figure di riferimento per le persone affette da deterioramento cognitivo e i loro familiari. Il paziente riferisce, infatti, i primi sintomi di un possibile decadimento cognitivo al MMG che è l'interfaccia tra utente e rete dei servizi; il MMG deve essere messo nella condizione di prendersi carico del paziente fin da subito all'interno di un percorso appropriato.

Il progetto interessa il percorso assistenziale che può essere diviso in tre fasi:

- *prima fase* di screening di pazienti con sintomatologia compatibile con decadimento cognitivo;
- *seconda fase* di valutazione dei pazienti con sospetta demenza presso i CDCD ed eventuale avvio del trattamento con neuromodulatori;
- *terza fase* di follow-up del malato, con rivalutazione periodica, per confermare la terapia con neuromodulatori, rilevare eventuali nuovi sintomi (somatici, comportamentali) ed elaborare strategie per il loro controllo.

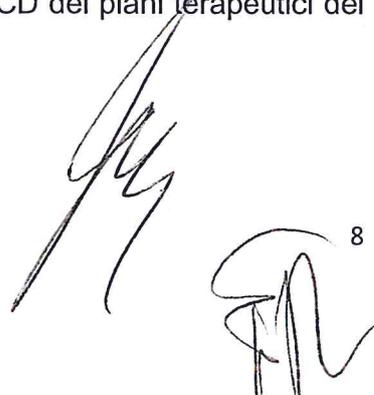
1. Descrizione

Il progetto prevede il coinvolgimento dei MMG nella prima e terza fase, vale a dire screening dei pazienti con possibile deterioramento cognitivo e follow-up dei pazienti in trattamento con neuro-modulatori.

Da queste azioni sono attesi i seguenti vantaggi:

- ~~valutazione tempestiva del paziente con sintomi compatibili con sospetto decadimento cognitivo ed esecuzione appropriata e rapida della diagnostica di laboratorio e strumentale di primo livello;~~
- riduzione dei tempi di attesa per l'accesso ai servizi di diagnosi e cura di secondo livello deputati all'inquadramento clinico e all'avvio del trattamento. Ciò sarà possibile per la razionalizzazione della modalità di accesso e la riduzione degli accessi impropri;
- semplificazione e appropriatezza del rinnovo da parte dei CDCD dei piani terapeutici dei pazienti in trattamento con neuro-modulatori.

2. Obiettivi



8

Obiettivo principale della sperimentazione è valutare se una riorganizzazione della filiera assistenziale del paziente con deterioramento cognitivo, fondata sulla condivisione delle modalità assistenziali da parte di tutti gli attori coinvolti, garantisca una migliore qualità dell'assistenza, ricomponga la frammentazione attuale dei servizi e individui figure di riferimento i per i malati e i suoi famigliari.

Il progetto prevede l'integrazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) con il Centri Decadimento Cognitivo e delle Demenze (CDCD) al fine di garantire accessibilità al servizio, equità e appropriatezza clinica e assistenziale.

2.1 Obiettivi specifici

- a) Raccogliere ed elaborare dati riguardo la casistica
- b) Pervenire ad una diagnosi precoce di decadimento cognitivo
- c) Svolgere una funzione di indirizzo clinico
- d) Fornire gli interventi necessari alla diagnostica di secondo livello

3. Attori del percorso assistenziale

Sono attori principali del PDTA:

- le Strutture per le demenze (CDCD)
- i MMG;
- le équipes UVM coinvolti con ruoli specifici nella fase pre-diagnostica, diagnostica, di cura ed assistenza del paziente con decadimento cognitivo e della sua famiglia;
- le Strutture residenziali e semi-residenziali per anziani (RSA – Residenze Sanitarie Assistenziali e CDI – Centri Diurni Integrati) e per disabili (RSD – Residenze Sanitarie per Disabili e CDD - Centri Diurni per Disabili);
- gli Enti accreditati per l'erogazione dell'ADI - Assistenza Domiciliare Integrata.

4. Destinatari del percorso assistenziale

Sono destinatari i pazienti affetti dai diversi tipi di decadimento cognitivo/demenza nelle varie fasi della malattia (dalla fase iniziale di sospetto diagnostico fino alla fase terminale) e le loro famiglie.

5. Fasi progettuali

5.1 Individuazione del destinatario del percorso.

- a) Identificazione dei soggetti tramite il Registro Epidemiologico della Fragilità (che utilizza modello predittivo epidemiologico multivariato capace di stimare il grado di fragilità tramite la raccolta e analisi dei dati presenti nei database sanitari – SDO – Farmaci);
- b) Confronto con gli archivi dei pazienti già in carico dai geriatri in quanto affetti da disturbi cognitivi, con i soggetti in Assistenza Domiciliare Integrata e anziani ricoverati nelle RSA (in tutti i Distretti);
- c) Consenso dei Medici di Medicina Generale ed integrazione con le loro considerazioni cliniche e segnalazione di nuovi casi.

5.2 Valutazione clinica e presa in carico

Obiettivo: individuare precocemente i soggetti anziani (età >65 anni) affetti da decadimento cognitivo e formulare l'ipotesi diagnostica.

Attori principali: MMG;

Compiti:

- a) Valutazione dei soggetti affetti da sospetto decadimento cognitivo individuati dall'indagine epidemiologica
- b) Individuazione di nuovi casi non tracciati dall'indagine epidemiologica
- c) invio al CDCD.

Attività: Richiesta del consenso del paziente e successivo contatto per la presa in carico; Somministrazione del Questionario di prima valutazione clinica (libera scelta del MMG) (Allegato n. 6)

5.3 Presa in carico da parte del Centro per i Disturbi Cognitivi e la Demenza (CDCD)

Nel CDCD opera un' equipe multidisciplinare e multiprofessionale specificatamente riservata alle persone affette da disturbi cognitivo comportamentali e della memoria, con compromissione progressiva delle autonomie, caratteristici della malattia di Alzheimer e delle forme più comuni di demenza.

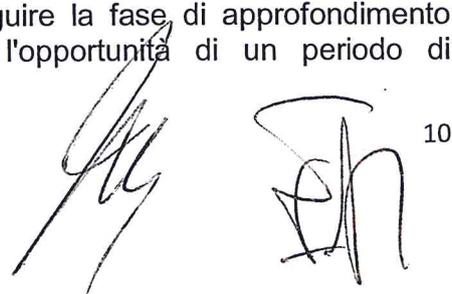
Il CDCD ha il compito di diagnosticare la malattia di Alzheimer, il Mild Cognitive Impairment ('MCI) e le altre forme di demenza, cercando di proporre un idoneo percorso assistenziale.

La prima visita presso il CDCD prevede un professionista geriatra e dell'infermiere professionale e/o dell'assistente sociale con possibilità di consulenza (neurologica, psichiatrica) attraverso:

- a) Colloquio clinico che prevede la raccolta dell'anamnesi personale, familiare, patologica prossima e remota. - valutazione dell'autonomia nella vita quotidiana: somministrazione di scale (ADL, IADL) per la valutazione di autonomia nelle attività quotidiane e nelle attività strumentali della vita quotidiana, di maggiore complessità e che condizionano comunque l'autonomia personale: usare il telefono, usare i mezzi pubblici, gestire il denaro, uso responsabile dei farmaci, preparazione dei pasti, governo della casa, ecc.
- b) Valutazione neuropsicologica tramite scale specifiche di rilevazione del deterioramento cognitivo (MMSE, ADAS-Cog, MODA, MoCA) che indagano le abilità mnesiche a breve e lungo termine, le abilità di attenzione e concentrazione, orientamento, prassie, linguaggio e funzioni esecutive, più eventuali approfondimenti per aree di funzionalità
- c) Prima valutazione psichiatrica attraverso la somministrazione di scale specifiche per la sintomatologia psichica e comportamentale (Neuropsychiatric Inventory, NPI) che indagano le sindromi comportamentali frequentemente osservabili nei diversi sottotipi di demenza (deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, depressione/disforia, ansia, euforia/esaltazione, apatia/indifferenza, disinibizione, irritabilità/labilità, attività motoria aberrante, disturbi del comportamento notturno, disturbi del comportamento alimentare).

La prima valutazione diagnostica presso il CDCD consente all'equipe di professionisti di valutare se il paziente necessita o meno di ulteriori approfondimenti diagnostici, in particolare con l'ausilio di specifici esami strumentali.

Nel caso in cui non si ravveda la necessità di proseguire la fase di approfondimento diagnostico, può essere condivisa con il paziente l'opportunità di un periodo di



10

osservazione, al fine di monitorare ulteriori sviluppi sintomatologici, con conseguente follow up ad una data prestabilita.

Approfondimento specifico meritano i Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), sintomi psicologico-comportamentali che si presentano nel corso della Demenza di tipo Alzheimer e che sono caratterizzati da un'ampia eterogeneità e variabilità nel corso del tempo.

Mentre alcuni disturbi, quali ad esempio agitazione, deliri ed allucinazioni, prevalgono solitamente in una fase più avanzata di malattia, altri, quali depressione, ansia e disturbi di personalità, possono addirittura precederne l'esordio, e comunque, sono più frequenti nel primo stadio della malattia.

Possono quindi essere considerati manifestazioni primarie della malattia, ma sono anche ampiamente influenzati da fattori ambientali, relazionali, personologici (personalità premorbosa), esperienziali, somatici, farmacologici.

I BPSD sono causa di sofferenza e disagio per i malati e per i caregiver; costituiscono la causa più frequente di ricovero in istituzione, incidendo negativamente sulla qualità di vita del paziente e del caregiver e anticipando la totale disabilità. Infine, a parità di decadimento cognitivo, i BPSD aumentano i costi di gestione del paziente, non solo dal punto di vista economico, ma anche emotivo e psicologico.

Oltre all'approccio diagnostico tipico, nell'ambito della diagnosi precoce dei BPSD appare fondamentale l'individuazione di quei fattori in grado di generare, aggravare o migliorare gli aspetti comportamentali, tramite assessment di:

- 1) condizioni generali di salute
- 2) eventuale presenza di patologia depressiva
- 3) anamnesi farmacologica per la valutazione di eventuali effetti collaterali
- 4) biografia individuale, incluse le credenze religiose e spirituali e l'identità culturale
- 5) fattori psicosociali
- 6) fattori ambientali
- 7) possibile dolore o disagio legato alla condizione della persona.

L'indagine di tali aree permette, inoltre, di cogliere la persona nella sua interezza (approccio centrato sulla persona) ed aiuta a leggere la sofferenza e il disagio che stanno dietro al disturbo del comportamento.

Tale analisi funzionale e comportamentale viene attuata da professionisti con capacità specifiche che fanno parte di strutture/servizi dinamici che consentono la connessione tra ospedale e territorio, ai fini di una continuità terapeutica per lo sviluppo e la gestione di piani terapeutici personalizzati.

Successivamente si rende necessaria la presa in considerazione di un intervento terapeutico di tipo non farmacologico, come raccomandato dalle linee guida internazionali (Azerman, 2012; NICE, 2006).

Gli approcci da considerare possono avere come target le emozioni, il comportamento, la sensorialità e la cognitivtà.

Parallelamente al trattamento del paziente con demenza, occorre prevedere un intervento rivolto ai familiari/caregiver, che tenga conto dei bisogni specifici della singola persona. Infine, nessuna terapia per i BPSD può prescindere da un intervento sullo staff degli operatori sanitari e degli assistenti.

Una recente revisione della letteratura (Spector et al., 2013) divide i principali tipi di interventi sullo staff in:

- d) approcci centrati sul comportamento
- e) approcci centrati sulla comunicazione
- f) approcci centrati sulla persona
- g) approcci centrati sulle emozioni

La demenza è stata considerata per molto tempo una normale conseguenza dell'invecchiamento e come tale null'altro che l'accentuazione di un normale ed ineluttabile processo fisiologico.

Questo pregiudizio purtroppo ha portato spesso ad una errata interpretazione dei sintomi iniziali della malattia e come conseguenza ad un ritardo della diagnosi e del trattamento. In realtà le modificazioni delle funzioni cognitive concomitanti all'invecchiamento, quali ad esempio un rallentamento nei processi di apprendimento o le modificazioni nella velocità di esecuzione delle prove di performance, sono stabili e non hanno un impatto funzionale poiché il soggetto anziano normale riesce a compensare in modo efficace queste alterazioni.

E' quindi opportuno tener presente che i "disturbi di memoria" per quanto lievi ed associati all'età avanzata debbono essere considerati sin dalla comparsa con la stessa dignità di ogni altro sintomo di patologia organica in quanto l'efficacia di ogni intervento terapeutico volto al controllo della malattia è condizionata dalla tempestività con cui si agisce.

In caso di inefficacia degli approcci terapeutici non farmacologici, in particolare se il paziente appare angosciato o a rischio di nuocere a se stesso o agli altri, occorre valutare l'introduzione di una terapia farmacologica che contempli l'utilizzo di: - antidepressivi, preferibilmente SSRI, nel caso in cui un paziente presenti una sintomatologia depressiva; - benzodiazepine (utilizzo a breve termine) per la presenza di agitazione acuta o causata dalla presenza di Ansia; - antipsicotici per sintomatologia legata ad agitazione/aggressività e sintomi psicotici.

L'utilizzo di antipsicotici viene raccomandato da tutte le linee guida e riguardo l'efficacia di Risperidone, Olanzapina e Aloperidolo in caso di agitazione/aggressività e sintomi psicotici è stato riscontrato un sufficiente livello di accordo tra le diverse linee guida (Azermai, 2012).

La maggioranza delle linee guida raccomanda l'utilizzo di antipsicotici di seconda generazione (atipici) e comunque un'attenta analisi rischio/beneficio quale base per la scelta tra antipsicotici di prima (tipici) e seconda generazione.

L'utilizzo degli antipsicotici andrebbe possibilmente evitato in quei pazienti ad alto rischio cerebrovascolare.

Il trattamento con antipsicotici dovrebbe inoltre partire da dosaggi bassi, essere limitato nel tempo ed essere soggetto a continue revisioni (Azermai, 2012; NICE, 2006).

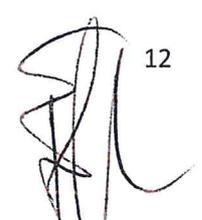
Diversi studi evidenziano un effetto degli inibitori dell'acetilcolinesterasi (A-ChI) in generale, e della memantina in particolare, sui BPSD, anche in aggiunta ad altri farmaci in caso di severità della sintomatologia (Azermai, 2012; Popp, 2011).

Una recente revisione della letteratura riguardante l'utilizzo degli stabilizzatori dell'umore per la cura dei sintomi psico-comportamentali, mette in evidenza che la carbamazepina è il farmaco che dà la migliore prova di efficacia sui BPSD in generale (Yeh, 2012).

Compiti dei professionisti coinvolti:

- Diagnosi → Personale Medico;
- Terapia → Personale Medico;
- Assistenza → Personale Infermieristico;

Compiti del Geriatra:



12

a) Valutazione del disturbo cognitivo e comportamentale

Il Geriatra del CDCD:

1. riceve il malato con i familiari e la documentazione clinica (relazione, risultati dello screening e degli esami), completa l'anamnesi, esegue una valutazione obiettiva somatica e neurologica ed una prima valutazione secondo le regole dell'assessment multidimensionale (MMSE, IADL, BADL, NPI - quest'ultima formale anche se non esistono disturbi del comportamento, cioè 0/144);
2. somministra il MMSE (Mini Mental State Examination):
 - a) punteggio ≥ 26 : ulteriori accertamenti e follow-up clinico saranno proposti dal MMG. Nel caso però coesistano età $<$ di 75 anni, alterazioni significative del linguaggio e/o del comportamento e/o in almeno un dominio di IADL e ADL, in assenza di comorbilità medio-severa, il paziente rientra nel punto successivo b.
 - b) Punteggio < 26 : conferma del quadro di deterioramento cognitivo.
3. In caso di conferma del quadro di deterioramento cognitivo il MMG avvia la diagnosi differenziale con la prescrizione e la valutazione dei seguenti esami:
 - ✓ emocromo, VES o PCR, assetto lipidico, funzionalità epatica, e renale; sodiemia e potassiemia; glicemia; dosaggio Vit B12 e folati, TSH; elettroforesi sieroproteica; omocisteina; creatininemia,
 - ✓ esame urine,
 - ✓ esami strumentali:
 - ECG per tutti i pazienti;
 - TAC cerebrale diretta per i soggetti >75 anni;
 - RNM encefalica per i soggetti con età <75 anni.
 - ✓ Ulteriori esami da valutare (es: sierologia per lue o HIV, HBA1C nelle persone diabetiche, Vit. D, assetto marziale, ecc.).
4. Se le informazioni cliniche e strumentali-laboratoristiche raccolte evidenziano un deterioramento cognitivo non secondario ad altre patologie trattabili (es. ematoma subdurale), provvede a:
 - a) iniziare un percorso di informazione (cauta in questa fase) della persona e dei familiari;
 - b) inviare la persona - accompagnata da tutta la documentazione clinica raccolta e da una relazione anamnestica (con riferimento a comorbilità, terapie in atto e intolleranze a farmaci) ad altri specialisti del CDCD secondo le seguenti indicazioni:

MMSE ≥ 26	Pazienti di età < 75 anni, in presenza di disturbi del linguaggio e/o comportamentali e/o almeno un dominio di IADL e ADL in assenza di comorbilità medio-severa	<i>Neurologo Psicologo</i>
	Età <75 anni	
MMSE tra 11 e 26	Età >75 anni (70 anni se in presenza di decadimento in fase già conclamata e/o in presenza di patologie associate di grado medio-severo)	<i>Non sono richieste ulteriori valutazioni specialistiche</i>
MMSE ≤ 10	Età >75 Nel caso di compromissione delle IADL e ADL e presenza di disturbi comportamentali in	

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

5. Al termine degli accertamenti (anche già in prima visita, quando non vi sono dubbi), effettua una diagnosi, imposta una terapia farmacologica, cognitiva e/o comportamentale - se indicate - e stabilisce i tempi dei follow-up per la verifica della compliance e dei risultati terapeutici e per l'adeguamento del piano terapeutico (secondo nota 85 CUF/AIFA: a 1 mese per la valutazione degli effetti collaterali; a 3 mesi per la rivalutazione dell'efficacia e successivamente ogni sei mesi);
6. Prescrive - su "ricetta rossa" - le visite successive e fissa i relativi appuntamenti (personalmente o inviando i familiari al CUP);
7. Redige relazione per il MMG con consiglio di effettuare almeno una visita di controllo da parte del MMG nell'intervallo tra le visite specialistiche semestrali.
 - b) "Counselling" al care giver
 - c) Valutazione dello stress del care giver
 - d) Definizione del piano clinico-assistenziale
 - e) Formazione del personale di assistenza e del care giver sulle modalità gestionali del piano clinico-assistenziale
 - f) Mantenere la continuità assistenziale per tutti i pazienti tra ambulatorio geriatrico ed il sistema dei servizi territoriali
 - g) Agevolare tutti gli utenti nelle procedure diagnostiche

Ruolo del Neurologo:

- a) Valutazione di eventuali diagnosi differenziali affinate (Parkinson..)
- b) Controllo dei pazienti che assumono già terapie farmacologiche specifiche (antiepilettici, antidepressivi, ecc..)
- c) Supporto diagnostico - terapeutico in casi specifici in accordo con il geriatra

Ruolo del Fisiatra:

- a) Definizione dei percorsi riabilitativi
- b) Valutazione di esito ed efficacia dell'intervento riabilitativo (outcome)

Ruolo dello Psicologo:

- a) Somministrazione di test neuropsicologici
- b) Sostegno psicologico ai care givers ed alle famiglie

Ruolo dello Psichiatra:

- a) Consulenza specialistica in presenza di severi disturbi del comportamento e psicosi

Compiti dell'Infermiere:

L'infermiere, previa condivisione con il MMG del paziente è chiamato a:

- a) Valutare la condizione di fragilità attraverso un'intervista, dopo l'acquisizione del consenso del paziente;
- b) Proporre loro un percorso di presa in carico infermieristica: essere un riferimento nominativo per il paziente in caso di necessità e offrire un supporto alla risoluzione dei problemi assistenziali;
- c) Promuovere l'aderenza alla terapia, individuando i problemi di non adesione, elaborando strategie di mantenimento e/o miglioramento della propria condizione cronica;




- d) Sostenere il self-care cioè quelle pratiche terapeutiche di autocura, anche attraverso il coinvolgimento delle reti formali e informali;
- e) Verificare e promuovere l'adozione di corretti stili di vita: prevenzione e gestione di complicanze fisiche sia con colloquio diretto con il paziente che con addestramento dei familiari (consigli in tema di sicurezza in casa, incontinenza urinaria, stipsi ostinata, alimentazione, ritmo „ sonno-veglia, mobilitazione, ecc.);
- f) Integrare la propria attività oltre che con il MMG del paziente, con gli altri servizi Distrettuali, l'Ospedale e i Servizi sociali che entreranno in contatto col paziente.

L'infermiere della fragilità effettuerà, al paziente preso in carico, controlli periodici programmati, almeno una telefonata al mese per verificare lo stato di compenso, visite assistenziali ambulatoriali/domiciliari su appuntamento per il controllo dei parametri clinici e dell'equilibrio assistenziale.

Ruolo del Terapista occupazionale:

- a) Mantenere le capacità residue attraverso proposizione di attività che stimolino la memoria, la percezione, l'attenzione per il recupero della "massima autonomia possibile"

Compiti dell'Assistente Sociale:

- a) Valutazione della situazione famigliare, sociale ed economica del paziente
- b) Partecipazione alla formulazione del Progetto di Assistenza Individuale

5.4 Follow-up obbligatorio del malato

Obiettivo: garantire precisi riferimenti al malato e alla sua famiglia; monitorare la malattia e il trattamento; intervenire prontamente e in modo integrato nella gestione dei problemi clinici intercorrenti;

Attori principali: MMG; CDCD (Geriatra, Infermiere e/o Assistente sociale); Care giver

Compiti:

- a. Il MMG è il primo riferimento per il malato e la sua famiglia, garantisce la conti-nuità assistenziale e interviene nella gestione dei problemi clinici e assistenziali intercorrenti con la collaborazione del CDCD.

Il MMG garantisce:

1. la valutazione e la segnalazione degli eventuali effetti collaterali della terapia neuro modulatrice e/o sedativa,
2. la collaborazione con il CDCD per l'aggiornamento del piano terapeutico:
 - a. il CDCD esegue MMSE a 2, 6 e 12 mesi ed ECG a 2 mesi dall'inizio della terapia con neuro modulatori, compila un questionario informativo con una breve relazione-ricordo anamnestico specificando la terapia aggiornata e invia il materiale al MMG;
 - b. il CDCD, valutata la documentazione inviata dal MMG, rilascia il piano di cura aggiornato.

Strumenti: MMG e CDCD fanno riferimento alle tappe del PDTA come sopra sintetizzate. In occasione di ogni valutazione:



- il MMG aggiorna la situazione inviando al medico CDCD una breve relazione - raccordo anamnestico;
- il geriatra del CDCD rilascia una relazione per il MMG che riporta gli accertamenti eseguiti e il piano di cura aggiornato.

5.5 Integrazione degli interventi e principali interfacce tra CDCD e MMG

Le principali condizioni che rendono necessario un contatto diretto (telefonico e/o per e-mail), oltre la relazione cartacea, fra Geriatra e MMG sono le seguenti:

- condizioni di urgenza/emergenza clinica legate alla terapia (soprattutto se nuovo avvio o recente modifica di terapia cognitiva e/o sedativa) ed eventuale necessità di modifica del piano terapeutico;
- comparsa di effetti indesiderati da farmaci;
- comparsa o peggioramento di disturbi del comportamento;
- comparsa di nuove, significative comorbilità con le connesse possibili interazioni tra terapie farmacologiche;
- modificazioni della situazione sociale e familiare;
- qualsiasi altra condizione che richieda una consulenza e/o concordanza di atteggiamento fra i curanti (in particolare, terapia sedativa).

Le modalità di contatto diretto, finalizzato a favorire una gestione congiunta delle varie problematiche che possono insorgere, sono lasciate all'iniziativa di tutti gli attori.

Si consigliano, comunque, l'utilizzo del contatto telefonico diretto e/o della comunicazione e-mail, i cui riferimenti vanno sempre riportati nelle rispettive comunicazioni.

5.6 Certificazione per la valutazione dei pazienti affetti da Demenza ai fini dell'accertamento della invalidità civile

La valutazione dei pazienti affetti da demenza, per le loro caratteristiche, che li differenziano dal paziente non autosufficiente "più tradizionale", è risultata spesso disomogenea.

A ciò ha anche contribuito in passato una modalità di presentazione del paziente da parte dello specialista, con diagnosi non documentata.

Ai fini di una qualificata presentazione dei pazienti affetti da demenza alle Commissioni, è ipotizzabile la sperimentazione dell'utilizzo di strumenti di valutazione uniformi e condivisi, elaborati in accordo tra le strutture CDCD, i Responsabili delle Commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile e l'INPS. Ciò facilita il lavoro delle Commissioni e garantisce ai richiedenti risposte omogenee per tutto il territorio.

Pertanto si auspica l'utilizzo di un modello di certificazione (Allegato 4) da parte dei medici delle strutture per le demenze.

Si precisa che detta certificazione è gratuita solo se redatta - su richiesta dell'interessato - nell'ambito di intervento specialistico a significato diagnostico-terapeutico.

Viceversa, se rivolta esclusivamente ad ottenere la certificazione specialistica ai fini della certificazione per l'invalidità, la richiesta non va formulata su ricetta SSR e il costo della certificazione è a carico dell'assistito.

L'allegato 5 riporta una serie di riferimenti normativi e di "errori di percorso" da evitare.

6. I SERVIZI DELLA RETE TERRITORIALE E LE NECESSITÀ DI INTEGRAZIONE

Nel percorso assistenziale del paziente con decadimento cognitivo/demenza i due momenti che assumono particolare rilievo, specialmente nel rapporto con i familiari, sono:




- la comunicazione della diagnosi, fase importante che sancisce l'inizio di un lungo percorso terapeutico-assistenziale;
- la valutazione e l'individuazione di capacità ed effettiva disponibilità familiare al prendersi carico del malato.

In una prima fase la gestione domiciliare spesso è solo della famiglia, che necessita di supporto nella ricerca di badante ed indicazioni di comportamento.

Deve essere garantita una costante rivalutazione della disponibilità e capacità assistenziale, anche precedentemente all'eventuale attivazione di servizi della rete.

Quando e come attivare i servizi socio-sanitari della rete territoriale

Nei numerosi casi di demenza per i quali non può risultare esaustiva la sola gestione del paziente a cura di Struttura per demenze e MMG, ma si rende necessario il coinvolgimento di altre figure professionali per una valutazione multidimensionale e l'attivazione di servizi della rete territoriale, le Strutture per le demenze inviano la segnalazione al MMG e/o al Servizio Sociale di riferimento territoriale.

Alcune delle condizioni che richiedono l'avvio di tale processo sono:

- il paziente è solo o non dispone più di validi riferimenti familiari/caregiver;
- l'ambiente domestico necessita di adeguamento alle esigenze del malato;
- i familiari/caregiver presentano un livello non sufficiente di conoscenza della malattia e/o degli strumenti di sua gestione e/o di capacità di utilizzo degli stessi;
- i familiari/caregiver sono in difficoltà o non in grado di gestire i problemi comportamentali del malato;
- il quadro del paziente subisce un aggravamento clinico e/o sociale che richiede la ricerca di nuove soluzioni;
- l'assistito con demenza è in fase terminale.

In questi casi la Struttura per le demenze, oltre ad inviare la relazione di dimissione/restituzione al MMG, trasmette copia della stessa quale segnalazione ai Servizi Sociali territoriali e, nel caso di degente, attiva la dimissione protetta (come da percorso previsto nel documento "PG dimissioni protette").

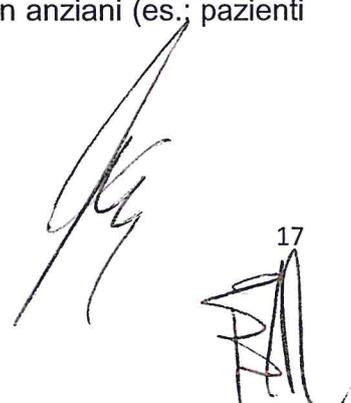
Sulla base delle informazioni fornite dalla Struttura per le demenze e dei dati di valutazione multidimensionale raccolti a seguito di osservazione e valutazione dei bisogni, analogamente a quanto succede per ogni situazione complessa, i Servizi Sociali, con il MMG, definisce la proposta di intervento integrato, attiva i servizi/l'assistenza necessaria e garantisce il monitoraggio dei risultati.

Elenco dei Servizi territoriali

Di seguito vengono brevemente elencati ed illustrati i Servizi attivabili per il paziente affetto da demenza, evidenziando la specificità d'approccio e dei bisogni.

- a) Assistenza domiciliare integrata nelle sue varie forme
 - b) Servizi diurni
 - c) Servizi residenziali
- RAA (Residenze Assistenziali per Anziani)
 - RSA (Residenza Sanitaria per Anziani)
 - RSA Demenze per anziani con demenza
 - RADA (Residenze Assistenziali per Disabili Adulti) per pazienti non anziani (es.: pazienti con demenza malattia rara in età giovane-adulta);
 - Rete riabilitativa (posti letto in strutture di riabilitazione).
- Iniziative a supporto del caregiver

Ruolo delle strutture per le demenze nelle cure domiciliari



Handwritten signature and initials, possibly representing the author or reviewer of the document.

Attori del processo innovativo da introdurre nell'ambito della gestione domiciliare del paziente affetto da demenza sono anche le Strutture per le demenze (in particolare i CDCD).

Da essi deve essere assicurato il supporto agli operatori dell'assistenza domiciliare attraverso:

- iniziative formative per renderli in grado di garantire consulenza qualificata ai familiari presso il domicilio;
- consulenza, anche telefonica, quali specialisti di riferimento per operatori dell'ADI.

Monitoraggio esiti sperimentazione cure domiciliari – gestione disturbi comportamentali

Le finalità del nuovo approccio domiciliare sono duplice:

- garantire sostegno al caregiver attraverso indicazioni per una gestione adeguata del paziente, riducendo atteggiamenti inadeguati e lo stress correlato;
- garantire al paziente un ambiente domestico più favorevole ed adeguato alla malattia, riducendo tensione, ansia e l'intensità dei disturbi psico-comportamentali.

Si propone che l'infermiere domiciliare somministri al caregiver il CBI (Caregiver Burden Inventory) ai tempi 0 (inizio dell'intervento domiciliare), 3 mesi e 6 mesi (indicativamente corrispondente alla fine del trattamento, con pianificazione di follow-up successivi almeno annuali, per rilevare l'eventuale variazione nello stress correlato alla gestione del malato.

I Comuni garantiscono, a loro volta, una serie di Servizi orientati a sostenere il mantenimento del paziente nel proprio ambiente di vita. Fra di essi:

- SAD (OTA/OSS, servizio pasti a domicilio, servizio lavanderia);
- servizio di trasporto;
- servizio di Telesoccorso;
- Buono Sociale (finalizzato anche alla legalizzazione delle badanti).

Per rendere più specifico anche l'intervento domiciliare comunale è da prevedere l'utilizzo nel SAD di OTA/OSS appositamente formati, in stretto raccordo con gli operatori ASL e con il coinvolgimento delle Strutture per le demenze o di servizi della rete con competenza in materia.

L'utilizzo appropriato dei Centri Diurni sia per anziani sia per disabili, affetti da demenza richiede:

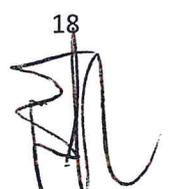
- la ridefinizione della tipologia dei pazienti con decadimento cognitivo/demenza che possono essere accolti in strutture diurne in base alle condizioni cliniche e al quadro complessivo, definito attraverso il PAI e periodicamente monitorato;
- la rilevazione dei sistemi di protezione in uso nei CDI, per valutare la capacità di gestione da parte della struttura di pazienti con decadimento cognitivo/demenza e disturbi psico-comportamentali;
- la definizione di obiettivi di intervento rispetto a paziente e famiglia;
- le modalità ed i criteri di utilizzo dei ricoveri notturni in regime di protezione.

Le RSA Demenze (le RADA per pazienti con demenza < a 65 anni) sono le strutture per eccellenza a cui si ricorre sia quando il sostegno familiare è assente, sia quando la malattia rende ingestibile il paziente a domicilio.

Il numero assai elevato di persone con decadimento cognitivo ed affette da demenza ospiti di RSA e la complessità e specificità di approccio che questi ospiti richiedono, motivano l'esigenza di confronto ed analisi dei modelli organizzativi in atto e degli esiti positivi raggiunti.

Al fine di rendere appropriati l'ingresso in struttura e le modalità di gestione dei Servizi residenziali (RSA – RADA), viene richiesto:



18


- il censimento e la valorizzazione di esperienze pilota di impiego di terapie non farmacologiche e di modalità organizzative gestionali in RSA, al fine di definire modelli di riferimento;
- la verifica dei sistemi di contenzione e dell'utilizzo di terapie farmacologiche;
- il possibile utilizzo di ricoveri di sollievo ad alta protezione, da definire nel PAI, sia pianificati sia per situazioni di emergenza;
- le iniziative innovative (es.: disponibilità di consulenza telefonica, corsi per familiari, ecc.).

L'attività non istituzionale

Per rendere la rete più completa ed in grado di rispondere ai numerosi bisogni familiari, sono da prevedere iniziative aggiuntive alla rete istituzionale, fra le quali:

- la formazione di volontari (banca del tempo) in aiuto ai caregiver per sollievo temporaneo (es.: sostituzione per alcune ore);
- il rafforzamento dei rapporti con le Associazioni di Volontariato (es.: 'Associazione Alzheimer) al fine di meglio integrare bisogni segnalati dai familiari e risposte istituzionali.

7. INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

Il ricovero ospedaliero rappresenta occasione di significativa criticità per i pazienti con decadimento cognitivo e disturbi psico-comportamentali, sia quando già con diagnosi di demenza, poiché scatena il disorientamento nel malato ed il conseguente acuirsi dei disturbi psico-comportamentali, sia in fase non sospetta di malattia, poiché l'evento acuto (es.: frattura, intervento chirurgico ecc.) può divenire causa scatenante dell'esordio della malattia o per l'emergere di manifestazioni deliranti transitorie.

Le U.O. ospedaliere

maggiormente coinvolte sono quelle chirurgiche, internistica e geriatrica.

Si propone di applicare il documento ammissioni/dimissioni protette sottoscritto recentemente (2015) fra Distretti e Dipartimento Medico, anche alla gestione dei pazienti con decadimento cognitivo, nelle seguenti modalità:

- a) ricovero ospedaliero di paziente con diagnosi pregressa di demenza: il MMG fornisce al reparto di ricovero documentazione ed informazioni utili ai fini della gestione del malato;
- b) gestione pazienti con primi sintomi/sospetti a seguito di ricovero ospedaliero: l'U.O. ospedaliera attiva il CDCD di riferimento che effettua una prima valutazione di inquadramento con screening prediagnostico e decide l'iter successivo.

7.1 Modalità di diffusione ed attuazione del PDTA

Sono da prevedere iniziative informative e formative rivolte a tutte le Strutture per le demenze, ai MMG ed ai Servizi Sociali comunali finalizzate a condividere contenuti, obiettivi e modalità di diffusione del PDTA, per sostenere la sua effettiva e corretta attuazione.

In una seconda fase sono da pianificare iniziative informative e formative per operatori delle cure domiciliari e per quelli della rete territoriale.

8. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

La valutazione dell'efficacia delle azioni previste avverrà con i seguenti indicatori di processo e di esito:

- ✓ % di soggetti inviati dal MMG al CDCD;
- ✓ % dei soggetti che accedono al CDCD con valutazione di 1° livello correttamente eseguita dal MMG. Valore atteso 100%;



- ✓ attendibilità della valutazione cognitiva di screening effettuata dal MMG: coerenza con la valutazione neuropsicologica eseguita successivamente dallo psicologo del CDCD espressa in %;
- ✓ % dei pazienti con conferma del sospetto diagnostico;
- ✓ tempo intercorso tra prima valutazione e completamento diagnostica di 1° livello;
- ✓ tempo intercorso tra prima valutazione e valutazione neuropsicologica;
- ✓ tempo intercorso tra prima valutazione e accesso al CDCD;
- ✓ gradimento dell'utente tramite questionario sulla qualità percepita;
- ✓ % di pazienti con almeno una visita neurologica o geriatrica nell'ultimo anno (P);
- ✓ % di pazienti con almeno un esame memoria multi-test (P);
- ✓ % di pazienti con esami ematochimici di minima (glicemia, creatinina, transaminasi ed elettroliti) nell'ultimo anno (P);
- ✓ % di pazienti con almeno un ECG nell'ultimo anno (P);
- ✓ % di pazienti in terapia anche con neurolettici atipici (quetiapina, olanzapina, risperidone) o tipici (aloperidolo, promazapina) (P);
- ✓ % di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza domiciliare (S/P/O);
- ✓ % di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza residenziale (S/P/O);
- ✓ % di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza residenziale con specifica per demenza (S/P/O);
- ✓ % di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza semi-residenziale (S/P/O);
- ✓ % di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza semi-residenziale con specifica per demenza (S/P/O);
- ✓ % di pazienti che hanno effettuato una valutazione neuropsicologica nei sei mesi precedenti l'inizio della terapia (P);
- ✓ % di pazienti che hanno effettuato una TAC o RMN encefalo nei sei mesi precedenti l'inizio della terapia (P).
- ✓ questionari di soddisfazione dell'utenza rilevata per 1 settimana 1 o 2 volte l'anno.

9. ALLEGATI

Allegato n. 1 : Tavole dei problemi

Allegato n. 2: Attività distrettuali

Allegato n. 3: Cronoprogramma

Allegato n. 4: Certificazione per la valutazione dei pazienti affetti da demenza

Allegato n. 5: Parametri di valutazione

Allegato n. 6: Questionario per il MMG

Allegato n. 7: Cronoprogramma progettuale



21



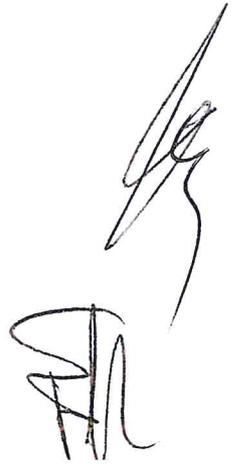
Allegato n. 1: Tavola dei problemi

Problemi	Quesiti espressi	Obiettivi di salute	Destinatari
<p>A) Informativi</p> <p>1. Incomprensione dei sintomi cognitivi</p> <p>2. Incognita sull'evoluzione della malattia</p> <p>3. Quale verità consegnare al malato e ai suoi familiari</p> <p>4. Mancanza d'informazioni sul sistema dei servizi</p>	<p>Cosa sta succedendo? Che senso hanno quelle manifestazioni?</p> <p>In quanto tempo si svilupperà la malattia? Che cosa comporterà per il malato e per i familiari?</p> <p>Si può guarire?</p> <p>Quale verità?</p> <p>Perché comunicarla?</p> <p>Quando comunicarla?</p> <p>A chi comunicarla?</p> <p>Chi dovrebbe comunicarla? Come comunicarla?</p> <p>Chi si occupa di questi malati? Dove si trovano questi servizi?</p> <p>A chi posso chiedere spiegazioni? Che aiuti offrono? Come sono raggiungibili?</p>	<p>Contenimento dell'ansia derivante dalla storia naturale del malato</p> <p>Maggior comprensione della storia naturale del malato</p> <p>Consentire consapevolmente di prendere decisioni sulla vita del malato e dei familiari</p> <p>Permettere un sostegno e una integrazione delle risorse familiari nell'assistenza continuativa del malato</p>	<p>Malato e familiari</p> <p>Malato e familiari</p> <p>Malato e familiari</p> <p>Familiari</p>
<p>B) Psicologici e relazionali</p> <p>1. Motivazione dei familiari alla continuità delle cure</p> <p>2. Perdita dell'identità e dell'immagine del malato</p> <p>3. Nuova identità del familiare</p>	<p>Dove posso trovare un aiuto personale? Con chi posso condividere la mia fatica e la mia sofferenza personali?</p> <p>Quali possibilità di relazione sono ancora possibili? Su quali contenuti? Con chi?</p> <p>Che ruolo mi dovrò assumere ora? Come posso mettere "distanza" tra</p>	<p>Sostenere la motivazione alla continuità delle cure/Preservare dal rischio di esaurimento dei familiari</p> <p>Ripristinare livelli possibili di relazione e di affetto tra malato e familiari</p> <p>Sostenere la ristrutturazione dei ruoli familiari e dei processi decisionali</p>	<p>Familiari</p> <p>Familiari</p> <p>Familiari</p>

	<p>me e il malato senza mancare all'affetto e agli impegni verso il malato?</p> <p>Come sostituire il ruolo familiare del malato? Come aiutare la famiglia ad una nuova gestione dei processi decisionali?</p>		
<p>4. Aspetti di ricostruzione dei ruoli familiari</p> <p>C) Gestionali</p> <p>1. Condizioni di pericolo</p> <p>2. Difficoltà nella cura continuativa del malato</p> <p>3. Difficoltà di accadimento extrafamiliare del malato</p> <p>4. Perdita delle capacità cognitive del malato</p> <p>5. Aspetti di costo per la cura del malato</p> <p>6. Difficoltà a trovare un punto di riferimento certo e continuativo per le questioni di tipo sociale, assistenziale e di sostegno economico</p>	<p>Come gestire gas, acqua, luce, ...? Come può muoversi il malato con sicurezza in casa?</p> <p>Cosa devo fare per curare il mio congiunto? Dove imparo ciò che è necessario? Chi me lo può insegnare?</p> <p>Dove e a chi posso lasciare il malato?</p> <p>Chi può "insegnare" al malato alcune abilità?</p> <p>Quali contributi posso avere? Da chi? A che condizioni?</p> <p>Chi tiene informati me e la mia famiglia sul tipo di aiuti che possiamo ricevere? Chi si attiva affinché possiamo ricevere gli aiuti di cui abbiamo bisogno / diritto / esigenza?</p> <p>Come posso continuare il mio lavoro con un familiare gravemente disabile? Posso propormi progetti</p>	<p>Garantire la sicurezza domestica del malato e dei suoi familiari</p> <p>Rendere adeguata la capacità di cura continuativa del malato da parte dei familiari</p> <p>Garantire una custodia e una cura adeguate fuori dal contesto familiare</p> <p>Mantenere e recuperare alcune capacità cognitive</p> <p>Garantire la sostenibilità economica della cura</p> <p>Sostenere la famiglia nel carico di cura, lenire l'ansia, assicurare i sostegni opportuni e l'esigibilità dei diritti, anche attivando le reti di solidarietà sociale</p> <p>Restituire tempo utilizzabile al familiare per la propria vita</p>	<p>Familiari</p> <p>Familiari</p> <p>Familiari</p> <p>Malato, Familiare</p> <p>Familiari</p> <p>Malato, familiari</p>
<p>D) Di tutela sociale e giuridica</p> <p>1. Margini di autonomia ridotta per i familiari</p>			<p>Familiari</p>




<p>2. Cambiamenti nel profilo giuridico del malato</p>	<p>per il futuro? E con chi? Quali spazi di tempo posso ricavare per me e in che modo?</p> <p>Cosa può decidere il malato? Chi eventualmente può decidere per il malato? Per quali aspetti?</p>	<p>Esplicitare i livelli di tutela giuridica del malato</p>	<p>Malato e familiari</p>
<p>E) Sanitari</p> <p>1. Incontinenza, igiene personale, problemi digestivi e respiratori, ecc.</p> <p>2. Incompetenza tecnica dei familiari nell'assistenza continuativa al malato</p>	<p>Come fare per garantire un buon livello di salute fisica al malato?</p> <p>Quali compiti può compiere il familiare e quali richiedono un contributo tecnico?</p>	<p>Mantenere per il malato un buon livello di autonomia fisica</p> <p>Rendere capaci i familiari di assistenza continua competente al malato</p>	<p>Malato, familiari</p> <p>Familiari</p>



Allegato n. 2: Attività distrettuali

Problemi	Attività	Attribuzione	Dove
A1.	Sospetto diagnostico	MMG	
A1.; A2.;A3.	Conferma diagnostica	Geriatra, Neurologo, Psicologo	CDC
A1.; A2.;A3.	Rivalutazione diagnostica periodica	Geriatra, Neurologo, Psicologo	CDC
A1.; A2.;A3.	Pianificazione terapeutica e psicoterapica	MMG, Geriatra, Neurologo; Psicologo	CDC
A4.	Informazione sui servizi	MMG, Ass. Sociale	CDC
B1.;	Sostegno motivazionale alle cure	Psicologo	CDC, Associazioni di Volontariato
B1.;D1.	Gestione di gruppi di mutuo aiuto	Psicologo, Volontario formato	CDC, Associazioni di Volontariato
B2.; B3.; B4.; D1.	Valutazione, mantenimento e ricostituzione degli equilibri familiari	Psicologo, Assistente Sociale	Distretto, Servizi Sociali Comunali
C1.	Ristrutturazione degli ambienti domiciliari	Fisioterapista, Infermiere, Terapista occupazionale	CDC, Distretto
C1.	Prevenzione dei rischi domestici	Fisioterapista, Infermiere	CDC, Distretto
C2.; E2.	Addestramento alla continuità	MMG, Geriatra; Infermiere,	CDC, Distretto, Servizi Sociali




	delle cure al domicilio	Ass. Sociale	Comunali
C4.	Riabilitazione cognitiva	Logopedista, Psicologo, Terapista occupazionale	CDC, Distretto
C5.	Istruttoria per contributi economici	Assistente Sociale; UVMD	Servizi Sociali Comunali
C6.; D2.	Tutela giuridica – amministratore di sostegno	Ass.Sociale, Consulente legale, Volontario formato	CDC, Servizi Sociali Comunali, Associazione di Volontariato




Allegato n. 3 - CRONOGRAMMA DEL PERCORSO TIPO

ATTIVITA'	F1	F2	F3	T0	1 mese	3 mesi	Ogni 6 mesi
MMG – Sospetto diagnostico: applicazione questionario performance (eventuale ripetizione a 1 mese + eventuale MMSE)	X						
MMG – Prescrizione esami (ematochimici + ECG + TC encefalo senza m.d.c.)		X					
MMG – Valutazione esami, prescrizione "Visita multidisciplinare" e invio a CDCD con documentazione			X				
CDCD – Entro 1 mese dalla prenotazione, visita multidisciplinare per definizione diagnostica, impostazione dell'eventuale trattamento farmacologico o non farmacologico, fornitura diretta farmaci per Alzheimer per i primi 4 mesi. Eventuale invio a CD per esami complessi.				X			
CDCD – Valutazione effetti collaterali del trattamento farmacologico					X		
CDCD – Valutazione efficacia ed effetti collaterali del trattamento farmacologico; invio relazione al MMG; definizione ed invio Piano terapeutico farmacologico						X	
MMG – Monitoraggio con visita almeno a 3 mesi da quella specialistica (effetti collaterali; gestione eventuali problemi clinici intercorrenti); eventuale prescrizione farmaci sulla base del Piano terapeutico specialistico; invio raccordo anamnestico a CDCD							X
CDCD – Rivalutazione efficacia ed effetti collaterali del trattamento; relazione al MMG con accertamenti e piano di cura aggiornato; eventuale prescrizione-fornitura diretta di farmaci per Alzheimer							X
MMG – Prescrizione farmaci e monitoraggio (effetti collaterali; gestione dei problemi clinici intercorrenti); eventuale prescrizione di farmaci per Alzheimer							X

F1= Fase del sospetto diagnostico

F2= Fase della prescrizione dei controlli ematochimici preliminari

F3= Fase della valutazione dell'esito esami ed eventuale invio all'ASTD

T0= Primo inquadramento diagnostico specialistico

Allegato n. 4: Certificazione per la valutazione dei pazienti affetti da demenza

Gent.mo collega,
in data odierna si è sottoposto a visita il/la sig.
nato a il, residente a

Il paziente:

a) è attualmente seguito da questa Struttura in regime:

- o Domiciliare
- o Ambulatoriale
- o Ricovero diurno
- o Ricovero

b) accede per prima visita (non è in carico a questa Struttura).

Breve descrizione dei motivi recenti per cui il paziente è giunto all'osservazione

.....
.....
.....

In anamnesi risulta:

.....
.....
.....

Alla luce della documentazione clinica e della valutazione odierna, si certifica che è affetto/a dalle seguenti condizioni patologiche:

Diagnosi (1) COD. ICD9-CM Anno di diagnosi

.....
.....
.....

Profilo funzionale: (2)

BADL: ___/6 Funzioni perse: data ___/___/___
 ___/6 Funzioni perse: data ___/___/___

IADL: ___/8 ___/5 Funzioni perse: Data ___/___/___
 ___/8 ___/5 Funzioni perse: Data ___/___/___

Tinetti scale: Equilibrio: /16 Andatura: /12 Totale:/28 data ___/___/___
 Equilibrio: ... /16 Andatura: /12 Totale:/28 data ___/___/___

Sul piano cognitivo il/la paziente presenta: (3)

.....
.....
.....

AI MMSE: ___/30 data ___/___/___; ___/30 data ___/___/___; ___/30 data ___/___/___
AI GDS: ___/30 data ___/___/___; ___/30 data ___/___/___; ___/30 data ___/___/___

Sul piano comportamentale sono presenti: (4)

.....
.....
.....

In fede (5)



(Timbro, firma e recapiti del Responsabile CDCD)

LEGENDA

- (1) Elencare tutte le principali patologie presenti
- (2) Allegare i test disponibili; specificare le funzioni perse
- (3) Breve descrizione del profilo cognitivo. Se possibile fornire 2/3 MMSE somministrati a distanza di alcuni mesi l'uno dall'altro; somministrare il GDS nei casi in cui si sospetti la presenza di uno stato depressivo in grado di peggiorare il MMSE
- (4) Specificare, se presenti, i principali disturbi comportamentali
- (5) Esempio di riferimenti del Responsabile di UVA: Nome & cognome medico certificante
Qualifica
Struttura di appartenenza
Recapito telefonico
Recapito e.mail



Allegato n. 5: Parametri di valutazione

Il parametro di riferimento valutativo, trattandosi di pazienti generalmente ultra65enni, è stabilito dal Decreto Legislativo 23/11/1988, n. 509 e dalla Legge 11/2/1980 n. 18: *“esiti permanenti delle infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente accertate da apposite indagini cliniche, strumentali e di laboratorio quando siano causa di:*

- *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età*
- *impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore*
- *impossibilità a compiere gli atti quotidiani della vita.* “

A questi parametri si aggiunge quanto previsto dalla Legge 104 del 5/2/1992:

“presenza di minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione. “

Le richieste mirano ad ottenere benefici prevalentemente, ma non esclusivamente, economici.

Alcuni luoghi comuni “fuorvianti

Benché il concetto di “grado di autonomia” sia universale, appare piuttosto relativo, ad esempio, in riferimento all'età e al “setting” familiare-sociale.

E' possibile stabilire dei cut-off delle scale valutative al di sotto/sopra dei quali riconoscere la situazione di non autonomia. Sebbene si possa trovare una concordanza di massima, gli automatismi sono sempre insidiosi sia per il clinico sia per il medico-legale.

Il clinico deve fornire, nei limiti delle proprie capacità, una precisa diagnosi ed una valutazione funzionale, anziché esprimersi sulla valutazione medico-legale dell'autonomia.

Alcuni errori metodologici

1. diagnosi in assenza di riscontri documentali o strumentali
2. valutazioni funzionali sul “riferito”
3. valutazioni funzionali su singola osservazione; vengono così sottovalutate le naturali fluttuazioni della patologia e gli interventi terapeutici (farmacologica e/o socio-riabilitativi)
4. delega della valutazione allo specialista e compito meramente “notarile” di trascrizione diagnostica alla Commissione.

Valore e limite delle scale funzionali:

- a) permettono di fornire i parametri per valutare il grado della compromissione delle funzioni proprie dell'età, della capacità di deambulare e degli atti quotidiani della vita;
- b) spesso, soprattutto se male applicate, si basano su parametri riferiti (continenza, autonomia motoria, questionari auto compilati, ecc.) o soggettivi (con possibilità quindi di simulazione, ad es. Deficit di memoria).

Finalità della certificazione

1. fornire un inquadramento diagnostico “certo”
2. fornire gli elementi per la valutazione “funzionale” e “prognostica”

Alcune riflessioni metodologiche

1. certificare significa asserire come certo (diagnosi);
2. le valutazioni funzionali, dovendo stimare frequenza, durata e gravità di un deficit (vedere ICF) necessitano di valutazioni spesso in tempi diversi. Nel caso di forme cronico-degenerative inoltre, la stessa patologia e/o la terapia possono comportare fluttuazioni della funzionalità con parziali recuperi;
3. una diagnostica precisa permette di correlare correttamente (anche a fini prognostici, i.e. necessità di revisione) la causa dei deficit funzionali.

Allegato n. 6: QUESTIONARIO A CURA DEL MMG

N.	PERFORMANCE	ESITO	
1	Ha difficoltà a ricordare conversazioni, eventi e appuntamenti?	SI	NO
2	Ha difficoltà a ricordare il giorno della settimana o la data attuale?	SI	NO
3	Ripone frequentemente gli oggetti in luoghi inappropriati?	SI	NO
4	È più ripetitivo nel parlare?	SI	NO
5	Ha difficoltà nel seguire un pensiero complesso o nell'eseguire compiti che richiedono numerose azioni?	SI	NO
6	È incapace di rispondere a problemi banali insorti a casa o sul lavoro?	SI	NO
7	Si mostra stranamente poco riguardoso delle regole sociali di comportamento?	SI	NO
8	Ha difficoltà nell'orientamento durante la guida dell'automobile?	SI	NO
9	Tende a perdersi anche in luoghi familiari?	SI	NO
10	È passivo, non reagisce adeguatamente alle differenti situazioni e si mostra indifferente e distaccato?	SI	NO
11	Interpreta in modo sbagliato stimoli uditivi e visivi?	SI	NO
12	È più irritabile e sospettoso del solito?	SI	NO
13	Ha difficoltà sempre maggiori a trovare parole che esprimono ciò che vuole comunicare ("sulla punta della lingua") e a seguire le conversazioni?	SI	NO

In caso di lieve anomalia (1 solo item positivo, che presenta però un impatto con l'attività quotidiana), il questionario può essere nuovamente somministrato dal MMG a breve distanza di tempo (3 mesi) per meglio valutare l'evoluzione delle performance del paziente.

E' facoltà del MMG somministrare al paziente anche il MMSE – Mini Mental State Examination, in particolare quando lo screening tramite questionario evidenzia criticità.



Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E.)

<u>Test somministrabile</u>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
1.	In che anno siamo?		0 1
2.	In che stagione siamo?	0 1	
3.	In che mese siamo?		0 1
4.	Mi dica la data di oggi?	0 1	
5.	Che giorno della settimana è oggi?		0 1
6.	Mi dica in che nazione siamo?	0 1	
7.	In quale regione italiana siamo?		0 1
8.	In quale città ci troviamo?	0 1	
9.	A che piano siamo?		0 1
10.	Far ripetere: "pane, casa, gatto" (La prima ripetizione dà adito al punteggio. Ripetere finché il soggetto esegue correttamente, max 6 volte)		0 1 2 3
11.	Far contare a ritroso da 100 togliendo 7 per cinque volte: 0-93 0-86 0-79 0-72 0-65 Se non completa questa prova, allora far sillabare all'indietro la parola: MONDO: 0-O 0-D 0-N 0-O 0-M		0 1 2 3 4 5
12.	Chiedere la ripetizione dei tre soggetti precedenti		0 1 2 3
13.	Mostrare un orologio ed una matita chiedendo di dirmi il nome		0 1
14.	Ripeta questa frase: "Non c'è ne se ne ma"		0 1

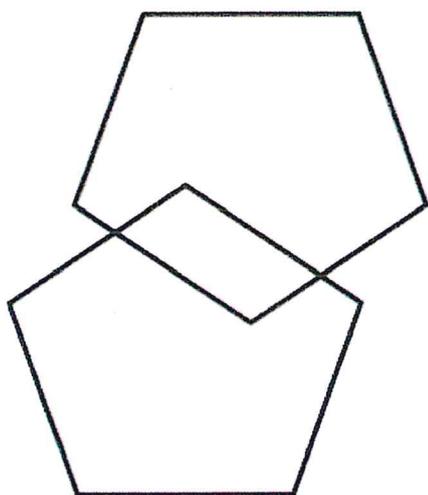
15. Prenda questo foglio con la mano destra, lo pieghi a metà con entrambe le mani, e lo butti per terra ① ① ② ③

16. Legga ed esegua quanto scritto su questo foglio ① ①

Chiudi gli occhi

17. Scriva una frase (deve ottenere soggetto e verbo) ① ①

18. Copi questo disegno (pentagoni intrecciati) ① ①



** Coefficienti di aggiustamento del MMSE per classi di età ed educazione nella popolazione italiana.

Intervallo di età	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
<i>Anni di scolarizzazione</i>					
0-4 anni	+0,4	+0,7	+1,0	+1,5	+2,2
5-7 anni	-1,1	-0,7	-0,3	+0,4	+1,4
8-12 anni	-2,0	-1,6	-1,0	-0,3	+0,8
13-17 anni	-2,8	-2,3	-1,7	-0,9	+0,3

Il coefficiente va aggiunto (o sottratto) al punteggio grezzo del MMSE per ottenere il punteggio aggiustato.

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI)

➤ **CARICO OGGETTIVO**

1. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane 0 1 2 3 4
2. Il mio familiare è dipendente da me 0 1 2 3 4
3. Devo vigilarlo costantemente 0 1 2 3 4
4. Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici) 0 1 2 3 4
5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza 0 1 2 3 4

➤ **CARICO EVOLUTIVO**

1. Sento che mi sto perdendo 0 1 2 3 4
2. Desidererei poter fuggire da questa situazione 0 1 2 3 4
3. La mia vita sociale ne ha risentito 0 1 2 3 4
4. Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente 0 1 2 3 4
5. Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita 0 1 2 3 4

➤ **CARICO FISICO**

1. Non riesco a dormire a sufficienza 0 1 2 3 4
2. La mia salute ne ha risentito 0 1 2 3 4
3. Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute 0 1 2 3 4
4. Sono fisicamente stanca 0 1 2 3 4

➤ **CARICO SOCIALE**

1. Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di solito 0 1 2 3 4
2. I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari 0 1 2 3 4
3. Ho avuto problemi con il coniuge 0 1 2 3 4
4. Sul lavoro non rendo come di consueto 0 1 2 3 4
5. Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno 0 1 2 3 4

➤ **CARICO EMOTIVO**

1. Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare 0 1 2 3 4
2. Mi vergogno di lui/lei 0 1 2 3 4
3. Provo del risentimento nei suoi confronti 0 1 2 3 4
4. Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa 0 1 2 3 4
5. Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi 0 1 2 3 4

Legenda: 0= Per nulla 1= Un poco 2= Moderatamente 3= Parecchio 4= Molto



Allegato n. 7: Cronoprogramma progettuale

Settimane	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Fasi																		
Costruzioni delle liste																		
Definizione del Progetto CDCD																		
Definizione dei ruoli e dei compiti infermieristici																		
Definizione dei ruoli e dei compiti degli specialisti																		
Condivisione progettuale con i MMG																		
Scelta dei casi per l'inserimento																		
Screening e prima valutazione della persona anziana																		
Approvazione del progetto da parte della Direzione																		
Avvio attività																		



Ambulatorio Infermieristico della Fragilità a Casoli: Esiti

Nel mese di Giugno 2015, per la prima volta nella Asl Lanciano Vasto Chieti, sono state avviate le attività previste dall'Ambulatorio infermieristico della Fragilità. Tale attività è stata attentamente monitorata al fine di effettuare una valutazione dei risultati, correggere eventuali "errori di sistema" ed migliorare il servizio in modo da soddisfare le effettive ed essenziali necessità degli assistiti.



La selezione dei pazienti da contattare è stata effettuata in base al Registro Epidemiologico della Fragilità che ha individuato più di 800 soggetti fragili nell'area, sottoposti al vaglio dei Medici di Medicina Generale tra i loro assistiti. Con la condivisione ed approvazione di 15 Medici di Medicina Generale sono stati esaminati 380 soggetti fragili ed individuati 58 candidati da prendere in carico. L'attività rilevata è stata svolta nei mesi di Giugno, Luglio e Agosto: è stata selezionata una infermiera dalla fragilità che ha contattato telefonicamente 58 pazienti (di cui 3 deceduti e 6 non hanno aderito) e ne sono stati presi in carico 32, di cui 17 visitati in ambulatorio e 16 a domicilio. I restanti 13 sono da prendere in carico. L'età media degli assistiti esaminati è stata di 73,5 anni.



Frequenza Interventi Infermieristici effettuati

Azione	Frequenza	Percentuale
Compilazione scale	33	10,30%
Raccolta documentazione	91	28,50%
Rinforzo igiene di vita	31	9,70%
Supporto self care	29	9,10%
Telefonata	62	19,40%
Valutazione aderenza terapia	34	10,70%
Visita a Domicilio	23	7,20%
Visita in ambulatorio	16	5,00%
Totale	319	100,00%

Frequenza Soggetti esaminati per Genere

Sesso	Frequenza	Percentuale
F	33	56,90%
M	25	43,10%
Totale	58	100,00%



Distribuzione per Comune

Comune	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa
Altino	2	3,40%	3,40%
Casoli	18	31,00%	34,50%
Fara San Martino	6	10,30%	44,80%
Gessopalena	6	10,30%	55,20%
Lama dei Peligni	1	1,70%	58,60%
Roccascalegna	7	12,10%	75,90%
Sant'Eusanio del Sangro	13	22,40%	98,30%
Totale	58	100,00%	100,00%

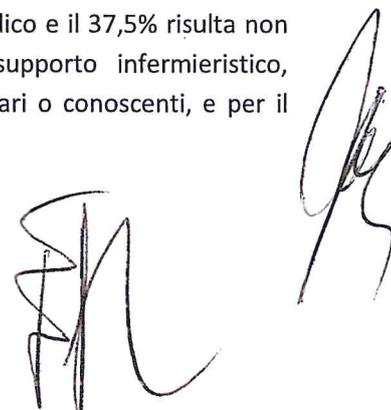
Numero Controlli Programmati in un semestre

Controlli ambulatoriali nel semestre	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa
1	12	37,50%	37,50%
2	15	46,90%	84,40%
3	5	15,60%	100,00%
Totale	32	100,00%	100,00%

Numero telefonate programmate nel semestre

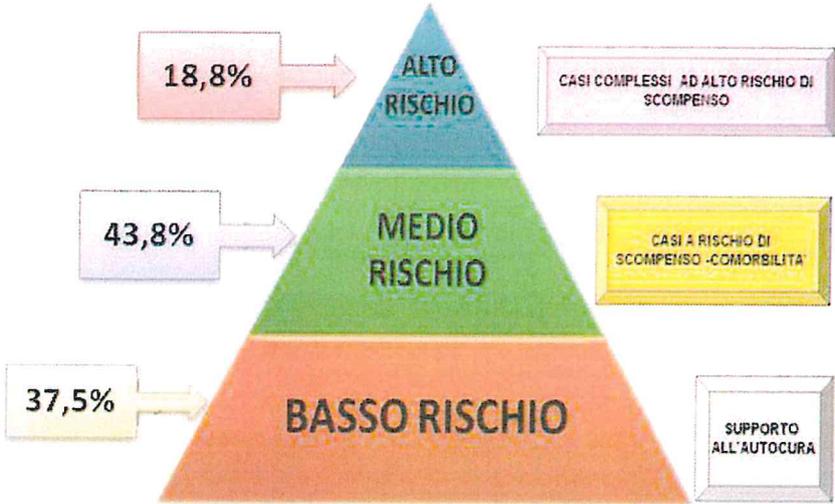
Telefonate nel semestre	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa
1	2	6,30%	6,30%
2	7	21,90%	28,10%
3	15	46,90%	75,00%
6	8	25,00%	100,00%
Totale	32	100,00%	100,00%

In seguito all'intervista e alle compilazione delle schede, è stato possibile classificare i pazienti secondo il grado di fragilità assistenziale, distinguendo tra bassa, media, alta e molto alta fragilità assistenziale. Sono stati registrati 12 casi tra alta (7) e molto alta (5) fragilità assistenziale in pazienti affetti da patologie croniche (BPCO, Scompenso e Diabete). In generale i problemi clinici attivi ricorrenti (segnalati anche dai medici di medicina generale in base alla lista) rilevati sono stati: l'ipertensione (18), il diabete (15) BPCO (15), depressione ansia (15), scompenso (13), mobilità (9), artralgie (8) altre cardiopatie (8), neoplasie (7), tao (8), demenza, Parkinson e Alzheimer (3). Dai dati rilevati sono emerse diverse evidenze: il 31,3% dei pazienti presi in carico non aderisce alla terapia farmacologica prescritta dal medico e il 37,5% risulta non adottare gli stili di vita consigliati. Risulta evidente l'importanza di un supporto infermieristico, considerando che circa il 28,2% dei pazienti vive solo, con il sostegno di familiari o conoscenti, e per il 71,9% risultano non essere autonomi.



La figura indica il grado di rischio di fragilità secondo la Scala di valutazione dell'Indice di BRASS (*Blaylock Risk Assessment Screening*). Le valutazioni che la scheda consente si riferiscono a: condizioni di vita e supporto sociale, livelli di autonomia o dipendenza nelle attività di vita quotidiana, deficit fisici, sensoriali e comportamentali, problemi clinici, farmaci assunti e numero di ricoveri pregressi.

Punteggio BRASS – Grado di Fragilità



Qualità delle prestazioni e percorsi clinico-organizzativi nella gestione dei pazienti diabetici

Il progetto si colloca all'interno di un programma più ampio, presentato dalla Asl 2 Lanciano Vasto Chieti nel **Piano Strategico** 2015-2017, che mira all'introduzione di un nuovo ed innovativo approccio assistenziale patient-focused. Il potenziamento dell'assistenza territoriale e l'erogazione di servizi sanitari aggiuntivi rappresentano la soluzione assistenziale più opportuna in risposta all'aumento della cronicità: l'obiettivo è quello di intercettare il bisogno (prevedibile e programmabile) e prendere in carico proattivamente il paziente, proponendogli le prestazioni assistenziali di cui necessita. A tal proposito si rende necessaria una revisione della logica di "domanda di cura" propria dell'attività ospedaliera, verso un sistema più orientato ed idoneo a soddisfare le esigenze dei pazienti affetti da malattie croniche.

Per quanto riguarda il **Diabete Mellito**, malattia di grande rilievo sociale, diversi studi hanno dimostrato che è possibile ridurre le complicanze attraverso un programma d'interventi che comprenda la diagnosi precoce, il trattamento tempestivo e lo stretto controllo del compenso metabolico e dei parametri di rischio cardiovascolare associati¹. E' indispensabile, in tal senso, che i servizi di cure primarie e secondarie agiscano in maniera integrata: dalla condivisione di informazioni alla valutazione e gestione dei percorsi di trattamento. Diventa quindi necessario rivisitare criticamente i percorsi assistenziali e sperimentare nuove formule organizzative che mettano in luce e valorizzino i contributi delle varie componenti e dei vari attori lungo il continuum di cura del paziente.

Il progetto prevede l'applicazione di un modello **HUB and SPOKE**. Gli HUB saranno rappresentati da Team Specialistici di riferimento (Vasto, Lanciano e Chieti), che accoglieranno casi di maggiore complessità (DM1, DM2 instabili e Diabete Gestazionale), e i satelliti, gli SPOKE, a cui si applica il nuovo modello assistenziale integrato, si dedicheranno ai pazienti con diabete di tipo 2 con adeguata stabilizzazione della malattia-trattamento. Lo spoke tratta unicamente pazienti inseriti in un programma di monitoraggio della malattia che coinvolge:

- il MMG per le necessità prescrittive e di controllo clinico;
- l' infermiere del disease management che si occupa della effettiva adesione ai trattamenti e alle raccomandazioni del medico;
- lo specialista, chiamato a programma e coinvolto per episodi di riacutizzazione;

Gli **SPOKE** sono inseriti nelle UCCP, un modello di gestione del paziente con patologie croniche, che aiuta e sostiene la persona nel percorso assistenziale, attraverso la presa in carico del bisogno da parte di gruppi multi professionali: medico di medicina generale, infermiere della fragilità e specialisti territoriali/ospedalieri. Per la Gestione Integrata del cittadino con diabete è fondamentale un lavoro interdisciplinare in funzione dello stato di malattia, in un programma condiviso d'assistenza nei confronti dei pazienti con patologie croniche in cui lo scambio di informazioni, che va oltre la normale routine, avviene da entrambe le parti con il consenso informato del paziente.

¹ IGEA

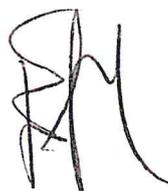


L'infermiere della fragilità sperimenterà un nuovo modello di presa in carico pro-attiva, attraverso modalità assistenziali del diabete caratterizzate da una maggiore responsabilizzazione del paziente, di integrazione dei percorsi sanitari e di maggiore attenzione all'individuazione e rimozione ai fattori che ostacolano l'aderenza ai trattamenti e raccomandazione medici. Per raggiungere le finalità del progetto risulta, infatti, indispensabile il supporto all'autogestione: un paziente consapevole e dotato di conoscenze tecniche sufficienti può affrontare la cronicità con maggiore serenità. Questo approccio consente la continuità di rapporto con il paziente e un supporto all'attività del MMG che completa e migliora la sua attività di governo clinico dei pazienti cronici. Tra le forme innovative sarà introdotta una tecnologia di comunicazione e monitoraggio denominata **telemedicina specialistica**: soluzioni di monitoraggio remoto a domicilio di alcuni parametri clinici e di sorveglianza precoce degli eventuali eventi acuti, che consentiranno di alleggerire il carico delle strutture ospedaliere garantendo una qualità di assistenza migliore per i pazienti cronici fragili. Il seguente progetto può avvalersi di una dotazione di kit di telemedicina denominato "Doctor Plus" per la fornitura di una serie di servizi integrati di monitoraggio ed assistenza da remoto del paziente diabetico.

Questo approccio consente una diversa distribuzione del carico lavorativo dei MMG e degli specialisti diabetologi, che possono così aumentare il tempo dedicato alla gestione dei casi più complessi e concentrarsi sui problemi diagnostici e terapeutici. Gli infermieri della fragilità, all'interno delle UCCP, sentito il medico di medicina generale e i diabetologi, individuano, prendono in carico, si connettono con episodi di assistenza ospedaliera e assistono in remoto (Telemedicina specialistica), i pazienti diabetici desunti dal **Registro Epidemiologico della Fragilità Assistenziale (REFA)**.

Le fasi essenziali di un percorso di **presa in carico integrata**, la cui attivazione viene promossa dagli infermieri di fragilità a livello ambulatoriale, sono rappresentate dalla

1. definizione della popolazione-bersaglio (target) o delle subpopolazioni (sub-target) di pazienti per la presa in carico integrata, ovvero un gestione proattiva del paziente diabetico da parte di un operatore sanitario identificato nominalmente, definito da un "nome e cognome", mirato a fidelizzare il paziente;
2. attenzione all'adesione consapevole del paziente al trattamento e alle raccomandazioni del medico e aderenza al piano di cura personalizzato (condiscusso con il MMG e lo specialista) e raccolta di specifiche informazioni per poter effettuare il monitoraggio tramite indicatori di processo e di esito; sulla condivisione con il paziente e sulla sua responsabilizzazione (auto rilevazione e la registrazione dei parametri fondamentali e dei segnali di allarme);
3. stratificazione del rischio, classificazione dei pazienti in sub-target a seconda del grado di evoluzione della patologia e della complessità assistenziale e conseguente pianificazione di un follow-up personalizzato condiviso tra i professionisti;
4. condivisione con il paziente di un patto di cura, che includa le scadenze delle visite specialistiche e dei controlli diagnostici, le eventuali scadenze del follow up infermieristico, le modalità del programma di automonitoraggio, il piano educativo del paziente e degli eventuali familiari coinvolti nella cura;
5. aggiornamento e monitoraggio del piano di presa in carico integrata, da parte degli infermieri di fragilità, coordinati con i vari attori assistenziali coinvolti, con scambio periodico di informazioni e di decisioni. La presa in carico, indipendentemente dal setting nel quale può essere svolto (Ambulatorio infermieristico, studio del MMG, centro specialistico), deve avere le caratteristiche della presa in carico attiva e deve periodicamente essere rivalutato: in tale processo di monitoraggio e di



sorveglianza attiva, il **paziente** riveste un ruolo fondamentale, essendo l'attore primario del proprio piano di cura.

6. Attivare le dimissioni facilitate per tutti i pazienti cronici dimessi dall'ospedale, anche in condizioni di piena autosufficienza, al fine di "agganciare" tali pazienti alla rete territoriale tramite un'organizzazione adeguata, con aree dedicate, ambulatori di infermieri distrettuali (definiti Infermieri di Fragilità), con attenzioni e attività riservate ai pazienti più complessi e fragili (follow-up attivo e day service ambulatoriale territoriale);
7. Ridurre le liste di attesa, integrare dati ed informazioni utili alla programmazione sanitaria, contribuire a ridurre le ospedalizzazioni improprie, gli accessi al pronto soccorso ed eliminando sprechi tramite miglior utilizzo delle risorse e semplificazione nei flussi;

Il progetto prevede che l'organizzazione degli attori assistenziali per la gestione integrata di gruppi e di singoli pazienti sia condotta dalla figura dell'Infermiere di Fragilità: la stratificazione dei rischi permette, infatti, di inquadrare la stadiazione (il grado di avanzamento e di compenso) della patologia cronica e di delineare il percorso di cura più appropriato per il singolo paziente:

- Per il **sub-target a bassa complessità**, nel quale mediamente si colloca fino al 70-80% dei pazienti, la figura di riferimento medica è il MMG, il quale coordinerà la presa in carico in stretta collaborazione con l'infermiere, altri operatori del team multiprofessionale. Gli strumenti fondamentali per questo tipo di pazienti consistono nella presa in carico integrata e attiva, che include la comunicazione della diagnosi e la promozione di competenze-abilità per la vita e per la salute e la realizzazione di una serie di "attività informativo-educative", individuali e/o di gruppo; L'infermiere può in ogni momento rinviare il paziente dal proprio MMG o dal diabetologo qualora lo ritenga opportuno. Al di fuori degli incontri programmati, i pazienti possono mettersi in contatto con il proprio MMG che sono in costante contatto con l'infermiere utilizzando i percorsi di telemedicina come canali di consulenza o di rientro nel sistema di controllo. Utilizzando questo approccio, in assenza di problemi acuti o complicanze, gli incontri con il diabetologo possono essere a cadenza biennale. Il MMG rimane il riferimento per la prescrizione ed il controllo del quadro clinico;
- Il sub-target a **media complessità**, vedrà un maggiore impegno delle funzioni specialistiche distrettuali (anche per questo target l'uso dell'ospedale è improprio, eccetto che per eventuali problemi acuti non prevedibili). Anche per questi pazienti, il coordinamento della presa in carico attiva è a cura dell'infermiere, il MMG rimane comunque il riferimento stabile del paziente. La presa in carico integrata di pazienti dovrebbe prevedere mediamente una frequenza di controlli specialistici maggiore rispetto al sub-target precedente. Anche in questi casi va strutturato, e/o rinforzato, il "patto di cura" e deve avere inizio un processo educativo più mirato al mantenimento del compenso. Il pacchetto educativo contiene alcuni elementi comuni per tutti i pazienti (automonitoraggio della glicemia, gestione delle emergenze, stili di vita, educazione alimentare e cura del piede, monitoraggio periodico delle complicanze), mentre altre tecniche facoltative sono rivolte a esigenze specifiche di gruppi di pazienti (per esempio, strumenti per autocontrollo pressorio);



- Per quanto riguarda il sub-target a più **alta complessità** Anche in questo caso l'MMG resta il riferimento fondamentale del paziente e del suo piano di cura e la gestione prevede un follow-up con controlli specialistici più frequenti sempre favoriti dall'infermiere care- case-manager. Considerato lo stato tendenziale di scompenso della patologia, l'educazione del paziente e dei familiari deve non solo intensificarsi ma deve adattarsi a fornire competenze di autogestione della patologia di più elevato livello. Negli incontri periodici scadenziati in base alla gravità della patologia con il personale infermieristico vengono valutati l'autocontrollo e, quando pronti, gli esami effettuati.

La ASL identifica per l'applicazione del progetto i seguenti distretti:

1. **Sangro-Aventino, Alto Vastese e Guardiagrele**, sede di spoke distribuite nelle sedi erogative distrettuali con orari e attività corrispondenti al numero dei diabetici presenti sul territorio;
2. **Vasto, Lanciano e Chieti**, sedi di HUB con presenza di centri diabetologici ambulatoriali specialistici e di spoke satelliti, in base al numero di pazienti a bassa e media complessità da arruolare;
3. **Ortona e Francavilla**, sedi di spoke satelliti dove si sperimenterà in maggior misura la telemedicina specialistica;

L'approccio gestionale relativo a questi pazienti prevede la formulazione esplicita e formalizzata di un piano di trattamento diagnostico, terapeutico ed assistenziale (PDTA) individuale (per ciascun paziente preso in carico) formulato insieme da MMG e infermieri, che porti a conseguire degli specifici obiettivi misurabili ad intervalli stabiliti (in media 3-6 mesi).

I FASE

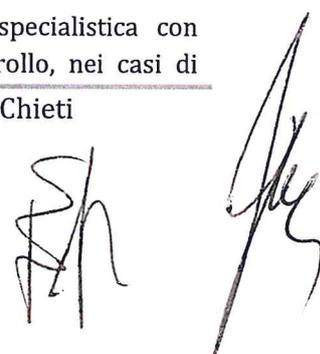
1. Definizione dei criteri di inclusione dei pazienti nel percorso (pazienti neo diagnosticati e pazienti con DM2 già noto con HbA1c < 7,0% , età < 65 anni, non complicati);
2. Illustrazione al paziente dei vantaggi della gestione integrata e successiva dichiarazione di consenso in caso di adesione;

II FASE

1. L'infermiere concorda con il MMG la presa in carico dei pazienti "target" con il coinvolgimento programmato dello specialista per il controllo clinico e la stadiazione (suddivide, cioè, i pazienti in sub-target in rapporto al grado di complessità assistenziale).
2. In particolare, i pazienti a bassa complessità saranno gestiti con un follow-up assistenziale dall'infermiere in accordo con il MMG (che si occupa della prescrizione e del controllo clinico), i pazienti a media complessità avranno un follow-up a maggiore intensità infermieristica con maggiore coinvolgimento dello specialista. Lo specialista prende in carico il paziente ad alta complessità DM1 DM2 instabili e diabete gestazionale (inviando, poi, una completa comunicazione al MMG).

III FASE

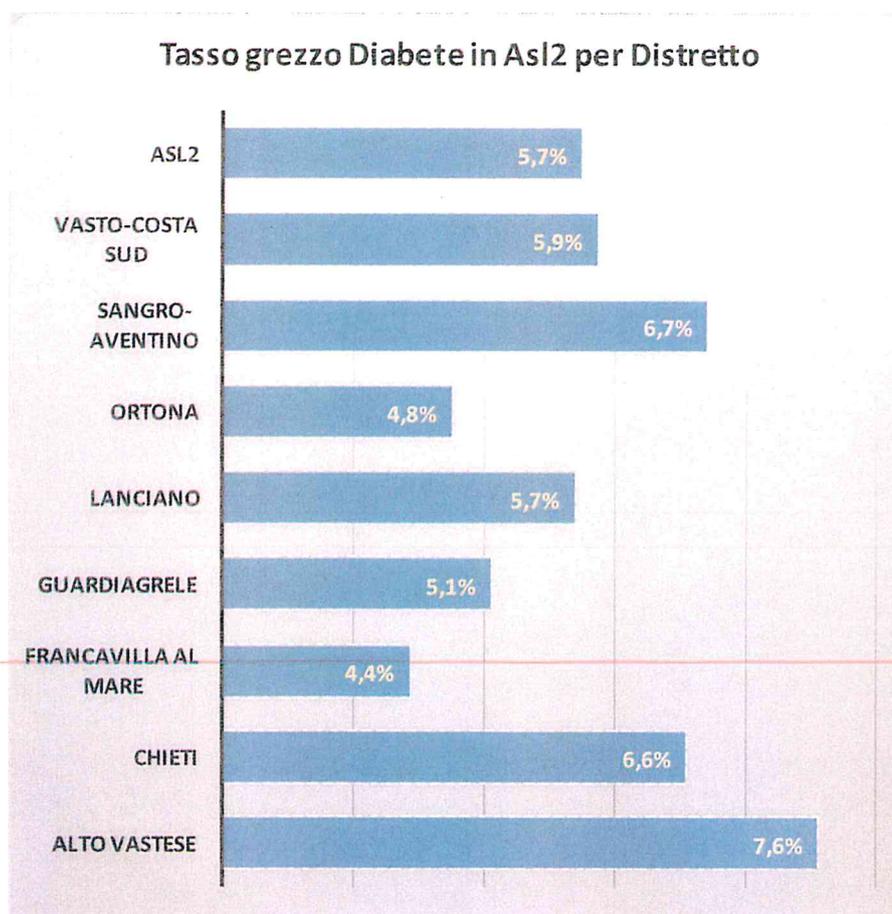
1. Follow-up attivo, monitoraggio e valutazione dei risultati della GI attraverso indicatori di processo e di esito intermedio.
2. Recall telefonico in caso di mancata adesione, attivazione di telemedicina specialistica con domiciliatura della glucometria nei soggetti in grado di condurre un autocontrollo, nei casi di



impianto di microinfusori e nei casi di compresenza di rischi ipertensivi e dislipidemici; Attivazione della centrale infermieristica di telemedicina gestito da personale infermieristico distrettuale dotato di una piattaforma che permette l'accesso in remoto dei MMG e degli specialisti dei pazienti da loro seguiti;

3. Educazione strutturata dei pazienti (singolarmente o a gruppi) e dei caregiver. Attività sistematiche di educazione, che devono essere svolte dal personale infermieristico adeguatamente formato che opererà in accordo con il piano di cura personalizzato concordato.

Il progetto si propone di attivare progressivamente i servizi in parola nel primo anno di 100 KIT Doctor Plus® per DIABETE nelle Aree Interne e nel distretto di Francavilla e attivazione degli HUB. Il nuovo modello gestionale si completerà nell'arco di due anni. La ASL individuerà i diversi soggetti in grado di fornire la piena implementazione dei requisiti sopra definiti verificando in prima istanza la disponibilità dei propri infermieri, medici (MMG/Specialisti territoriali) ad esercitare il ruolo di referenti dell'implementazione del progetto.



Di seguito l'indice della Guida al servizio di tele-monitoraggio introdotto nel progetto, il protocollo degli alert e degli avvisi di telemedicina e estratti del protocollo PDTA in via di approvazione dal Gruppo di Lavoro Regionale sul Diabete dell'ASR Abruzzo.



*Servizio di tele-monitoraggio domiciliare per la gestione integrata
di Pazienti affetti da patologie croniche*



GUIDA AL SERVIZIO

Asl 2 Abruzzo – Lanciano Vasto Chieti

*Per Pazienti affetti da
Diabete*

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned below the footer line.

Indice

7

1. INTRODUZIONE

2.OBIETTIVI E CONTENUTI DEL SERVIZIO

2.1. Premessa

2.2. Obiettivi e contenuti del servizio

3.CRITERI DI INCLUSIONE AL SERVIZIO

4.ATTIVAZIONE DEGLI UTENTI

4.1. Attivazione degli Infermieri della Fragilità

4.2. Attivazione del Medico

4.3. Attivazione del Paziente

4.4. Attivazione dell'Assistente Paziente

5.IDENTIFICAZIONE DEGLI UTENTI

5.1 Riconoscimento degli Infermieri della Fragilità

5.2 Riconoscimento del Medico

5.3 Riconoscimento del Paziente

5.4 Riconoscimento dell'Assistente Paziente

6.IMPOSTAZIONE DEL PROFILO DI SERVIZIO

6.1. Impostazione degli Alert predefiniti

6.2. Impostazione di servizi di Alert aggiuntivi

6.3. Impostazione Questionari (Survey)

7. GESTIONE DEGLI ALERT

7.1. Gestione degli Avvisi

7.2. Gestione dei Promemoria

7.3. Gestione degli Alert aggiuntivi

7.4. Gestione congiunta HCM e IF

8. GESTIONE DEI CONTATTI INBOUND

8.1. Contatti da Medico

8.2. Contatti da Paziente

8.3. Contatti da Punto di Raccolta

9.GESTIONE DEI CONTATTI OUTBOUND

9.1. Contatti verso il Medico

9.2. Contatti verso il Paziente

10. Survey

10.1. Questionario sulla Qualità di Vita

10.2. Questionario sulla Qualità del Servizio

11. GESTIONE DEL KIT DI SERVIZIO

11.1. Assistenza tecnica sul kit di servizio

11.2. Redistribuzione del tesserino identificativo in caso di smarrimento

12. AGGIORNAMENTO DEL PROFILO UTENTE

12.1. Aggiornamento del profilo anagrafico

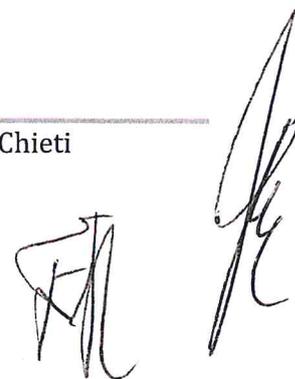
12.2. Aggiornamento delle associazioni di Profilo

13. DISATTIVAZIONE DEGLI UTENTI

13.1. Disattivazione del Paziente

13.2. Disattivazione del Medico

13.3. Disattivazione dell'Assistente Paziente



Impostazioni predefinite dei servizi di Avviso

Livello di attenzione	Parametro	Impostazioni predefinite	Referente principale
Alto (Rosso)	Glicemia	<ul style="list-style-type: none"> • 2 misurazioni consecutive >300 mg/dl a digiuno o > 400 mg/dl post pranzale (entro 2 ore dal pasto) • Singola misurazione <50mg/dl • 3 misurazioni in 14 giorni >250 mg/dl • 2 misurazioni non consecutive in 14 giorni tra 50 e 70 mg/dl 	• Specialista**
	Pressione	<ul style="list-style-type: none"> • Singola misurazione pressione sistolica >180mmHg • Singola misurazione pressione diastolica >100mmHg 	• MMG**
Medio (Giallo)	Glicemia	<ul style="list-style-type: none"> • Singola misurazione >300 mg/dl a digiuno o > 400 mg/dl post pranzale (entro 2 ore dal pasto) • Singola misurazione compresa tra 50mg/dl e 70mg/dl 	• MMG
	Pressione	<ul style="list-style-type: none"> • 2 misurazioni consecutive (a distanza di 3 ore) pressione diastolica >95mmHg 	• MMG
Basso (Bianco)	Glicemia	<ul style="list-style-type: none"> • meno di 2 misurazioni di glicemia in 7 giorni 	• HCM
	Pressione	<ul style="list-style-type: none"> • 1 misurazione di pressione sistolica mancata in 7 giorni • 1 misurazione di pressione diastolica mancata in 7 gg 	
	Peso	<ul style="list-style-type: none"> • Meno di una misura in 7 giorni 	

** Se non prevista la figura dello Specialista il referente principale rimane l'MMG

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Livello di attenzione	Parametro	Impostazioni predefinite	Destinatari predefiniti
Medio (Giallo)	Esami periodici	<ul style="list-style-type: none"> Promemoria per effettuazione ECG ogni 12 mesi Promemoria per effettuazione esami fondo occhi una volta all'anno (2 volte l'anno per chi non ha la retinopatia) Emoglobina Glicata due volte l'anno in tutti i diabetici, 4 volte l'anno in pz. con compenso precario Controllo Piede 1 volta all'anno 	<ul style="list-style-type: none"> HCM Paziente Assistente Paziente
	Visita periodica	<ul style="list-style-type: none"> Promemoria per effettuazione visita periodica (ogni anno dallo specialista e ogni 3 mesi dal MMG) 	<ul style="list-style-type: none"> HCM Paziente Assistente Paziente
Basso (Bianco)	Esami periodici	<ul style="list-style-type: none"> Promemoria esami colesterolo, HDL LDL Trigliceridi Microalbuminuria creatina clearance esame urine ogni anno in preparazione della visita specialistica periodica 	<ul style="list-style-type: none"> HCM Paziente Assistente Paziente

I livelli di attenzione delle impostazioni predefinite sono modificabili dal medico per ogni singolo paziente e

Procedure per il follow up del Diabete di tipo 2

ATTIVITA'	CHI	COME/AZIONE	DESCRIZIONE	FREQUENZA	INDICATORI	NOTE
FOLLOW UP DIABETE TIPO 2	MMG	Prescrive	HbA1c, glicemia ed eventuali altri esami in base al giudizio clinico e/o di quanto concordato con lo specialista diabetologo	Alla diagnosi; poi ogni 5 mesi	2 12	la frequenza sarà più ravvicinata quando si imposta o modifica la terapia e verrà decisa in base al quadro clinico e al compenso metabolico
		Effettua una visita medica generale	Anamnesi per individuare disturbi urinari, visivi, cardiovascolari e neurologici (disfunzione erettile, crampi muscolari, parestesie, alterazioni cutanee, etc) ECG, polsi periferici, soffi vascolari, frequenza cardiaca, riflessi tendinei, esame sensibilità tattile, esame cute e piedi	Alla diagnosi; poi ogni anno	10 11 13	la frequenza e/o l'intensità dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico
		Prescrive	Esame completo delle urine Microalbuminuria, Clearance Creatinina, Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi, ECG (funzionalità epatica se necessario)	Alla diagnosi; poi ogni anno	6 7 8 14	la frequenza può aumentare in base al quadro clinico e al compenso metabolico
		Prescrive	Fundus oculi	Alla diagnosi; poi ogni 2 anni	9	la frequenza può aumentare in base al quadro clinico e/o alle indicazioni dell'oculista
	INFERMIERE	Richiama il paziente, rileva e registra i dati in cartella; verifica l'adesione terapeutica; rileva PAO e, se necessario, anche peso/altezza, circonferenza vita; attività fisica; alcool	si accerta che il paziente confermi l'appuntamento; annota la data del prossimo appuntamento in base alle indicazioni del MMG	Ad ogni controllo	5	
DIETISTA	Rileva e registra la misurazione della circonferenza vita ed il peso corporeo (se non già presenti); Accerta l'adesione alle prescrizioni dietetiche			In base all'andamento del BMI e del compenso metabolico		






REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
LANCIANO-VASTO-CHIETI

Strategia nazionale per le Aree Interne - U. O. Integrazione Ospedale - Territorio

Titolo del progetto: Presa in Carico Ostetrica per il Percorso Nascita delle Aree Interne

Referente aziendale: Dott. Ssa Cinzia Di Matteo

PREMESSE – La gravidanza e la maternità rappresentano un grande evento collettivo ed ogni comunità, attraverso tutte le sue istituzioni sociali e sanitarie, ha il compito di proteggere il benessere della donna e del bambino, garantendo sicurezza ed equità degli interventi assistenziali. Se da un lato l'ambito della nascita vede la donna esprimersi nella dimensione più alta della potenza e della competenza, quella creativa, dall'altro è possibile che nell'arco della gravidanza, con l'interruzione della routine quotidiana, emergano le fragilità delle future mamme.

In questo particolare e delicato periodo, infatti, le donne affrontano un notevole cambiamento nella loro quotidianità, come ad esempio lo stile di vita, il lavoro e l'alimentazione: risulta dunque fondamentale che venga offerta loro l'opportunità di reperire, in modo facile e sicuro, tutte le informazioni di cui necessitano.

AMBITO E TIPOLOGIA DI INTERVENTO - Il percorso nascita ha lo scopo di programmare un'assistenza mirata alla donna in gravidanza, in grado di offrirle il sostegno e il supporto di cui necessita: nel periodo prenatale, infatti, emerge un bisogno di salute complesso che richiede un approccio di "presa in carico" proattiva delle future mamme. Il potenziamento delle attività del percorso nascita rappresenta un input per uniformare il percorso assistenziale e per facilitare la fruizione dei servizi da parte delle gestanti: a tal proposito risulta essenziale garantire l'accesso anche alle donne residenti nei comuni significativamente distanti dai centri d'offerta, le Aree Interne. Queste zone, lontane e mal collegate con gli ospedali, spesso carenti di servizi territoriali, sono oggetto di una Strategia Nazionale finalizzata a programmare e finanziare diversi interventi innovativi. Per quanto riguarda l'ambito salute è in corso una riorganizzazione dell'offerta sanitaria nell'Area Basso Sangro Trigno e tale progetto s'inquadra perfettamente nella Strategia di sviluppo.

Tutti i servizi proposti nel presente progetto saranno attivati da un Ostetrica, figura professionale di riferimento della donna in gravidanza, e verranno articolati in modo da sostenere e orientare le future mamme, fornendo loro un adeguato supporto.

Sarà istituito un numero telefonico per il percorso nascita, denominato "**Supporto Ostetrico Telefonico**" (**S.O.T.**), che le gestanti potranno contattare per ottenere informazioni, suggerimenti ed indicazioni sui servizi pre parto, parto e post parto, di cui potranno usufruire gratuitamente sul territorio e nei punti nascita della Asl 02. E' un supporto informativo, un consulto telefonico, che ha l'obiettivo di orientare le donne durante tutto il Percorso.

Altra tipologia di sostegno sarà offerta con la previsione di uno "**Sportello Ostetrico Consultoriale**" nei distretti Di Lama dei Peligni, Villa Santa Maria, Torricella Peligna e Castiglione Messer Marino. Con questo servizio il personale ostetrico sarà a disposizione delle donne in gravidanza, con l'obiettivo di fornire indicazioni e chiarimenti in relazione all'informativa sul congedo di maternità e all'informativa sul D.lgs. n. 151 del 26 Marzo 2011. L'attività dello sportello sarà "programmata" e gli appuntamenti potranno essere prenotati tramite il S.O.T.

Al fine di portare le gestanti a conoscenza dell'attivazione dei nuovi servizi, saranno messe a disposizione nei locali pubblici dei Comuni, negli ambulatori dei MMG, nelle farmacie aperte al pubblico e delle sedi erogative distrettuali dell' Area Interna Basso Sangro Trigno le **brochure informative** sui servizi sopraelencati per la presa in carico delle donne in gravidanza. L'informativa sul servizio sarà inoltre spedita tramite il servizio postale a tutte le donne in età fertile (18-45) residenti nelle Aree Interne.

Il S.O.T. e lo Sportello Ostetrico costituiscono servizi territoriali che si aggiungono e si integrano con quelli ospedalieri e territoriali già esistenti: Corso di accompagnamento alla nascita (preparazione al parto,



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. N.5/08)

Via Martiri Lancianesi, 17/19 66100 CHIETI

allattamento al seno, post-partum, cura del neonato e massaggio neonatale) e Assistenza al parto nei punti nascita ospedalieri.

OBIETTIVI PRIMARI – Sono stati individuati i seguenti obiettivi:

1. Fornire un sostegno informativo e offrire chiarimenti alle donne nell'arco della gravidanza per valorizzare e sviluppare le conoscenze e competenze (con particolare riferimento all'informativa sul congedo di maternità e all'informativa sul D.lgs. n. 151 del 26 Marzo 2011);
2. Orientare le donne ad usufruire in modo corretto dei servizi territoriali offerti nel periodo che precede la gravidanza;
3. Migliorare l'accessibilità ai servizi, anche per le donne residenti nei comuni significativamente distanti dai centri d'offerta dei servizi essenziali (Area Interna Basso Sangro Trigno);
4. Utilizzo appropriato dei punti nascita;

OBIETTIVI SECONDARI

1. Promuovere la continuità e l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri;
2. Sostenere l'equità nella fruizione di informazioni;
3. Diminuire gli accessi impropri presso il Pronto Soccorso e gli ospedali;
4. Maggiore tutela delle donne in gravidanza e della natalità.

<i>PROGRAMMA DELLE AZIONI</i> <i>E</i> <i>TEMPI DI ATTUAZIONE</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Brochure informative sui servizi attivati dalla Asl 02 per la presa in carico delle donne in gravidanza;2. Attivazione di un supporto ostetrico telefonico (S.O.T.) di indirizzo alle gestanti sui servizi disponibili per le donne in gravidanza, sul territorio e nei punti nascita della Asl 02.3. Attivazione dello Sportello Ostetrico da parte del personale ostetrico per informativa sul congedo di maternità e informativa sul D.lgs. n. 151 del 26 Marzo 2011 nei Distretti di Villa Santa Maria, Lama Dei Peligni, Torricella Peligna e Castiglione Messer Marino;
<i>INDICATORI</i>	Numero chiamate settimanali Numero accessi al consultorio inviato da SOT Soddisfazione delle donne dopo il percorso nascita Soddisfazione degli operatori
<i>UTILIZZO DELLE RISORSE</i>	Il progetto prevede l'inserimento di una unità ostetrica all'interno del DSB di Lanciano.
<i>VALUTAZIONE DI ESITO</i>	Dopo sei mesi dall'avvio del servizio verifica della sua prosecuzione in base ai risultati raggiunti dai volumi di attività misurati dagli indicatori

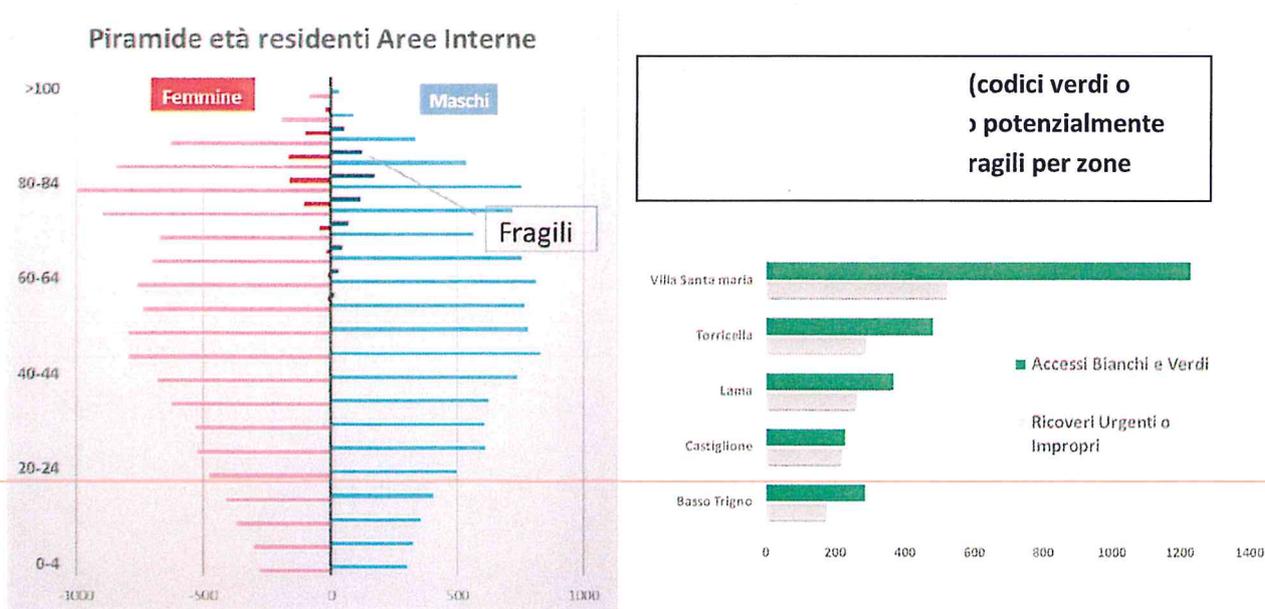
2

PROGRAMMA ATTUATIVO DEL LABORATORIO DI PRESA IN CARICO DELLA FRAGILITA' NELLA AREA INTERNA BASSO SANGRO-TRIGNO

Negli ultimi anni la rete di assistenza integrata è diventata una parte centrale della riorganizzazione del servizio sanitario grazie alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione. Le iniziative introdotte dal nuovo patto della Salute (art.6) prevedono che le Regioni disciplinino principi e strumenti per l'integrazione dei servizi per le attività sanitarie e socio-sanitarie, in particolare per i segmenti di popolazione non autosufficienti e disabili, e forniscano indicazioni alle ASL e gli altri enti del sistema sanitario regionale per l'erogazione congiunta degli interventi. Nell'ambito dell'area interna del Basso Sangro-Trigno verrà realizzato un "Laboratorio per la presa in carico della fragilità" a carattere sperimentale e prototipo per la Regione Abruzzo, finalizzato ad accelerare l'integrazione dei servizi sanitari tra di loro e i servizi di assistenza sociale, compiendo progressi nel coordinamento e la cura per le persone anziane e fragili.

La salute della popolazione è influenzata da una vasta gamma di fattori: per migliorarla non è sufficiente occuparsi solo della dimensione salute e dei servizi di assistenza sanitaria: essa richiede sforzi coordinati per conoscere l'intero ambiente sociale e di salute della popolazione. Ciò significa pensare ad una assistenza integrata, e questo cambiamento richiederà l'azione e il coinvolgimento di una serie di livelli, dal governo regionale agli operatori degli enti assistenziali, dalle comunità locali agli individui.

Il seguente documento definisce tempi e modalità di implementazione dei servizi (interventi innovativi) previsti dalla riorganizzazione dell'assistenza territoriale annunciata nel progetto salute della "Strategia Aree Interne" e definita nel Piano Strategico 2015-2017 della ASL Lanciano Vasto Chieti.



In figura la rappresentazione dell'ammontare della popolazione per classi di età nei trentatré Comuni dell'Area Interna Basso Sangro-Trigno. Si osservi la numerosità delle donne in età avanzata e la popolazione fragile collocata quasi interamente nelle fasce alte. A destra il numero degli accessi con Codice bianco o verde e dei ricoveri urgenti o impropri per le aggregazioni di Comuni afferenti a UCCP (si veda oltre), che potrebbero ridurre tali eventi (identificati quindi come indicatori di risultato) attraverso il potenziamento della presa in carico individuale delle persone fragili offrendo risposta adeguata e di prossimità ai loro bisogni di salute.

Modelli di Assistenza Integrata

L'invecchiamento della popolazione e l'onere mutevole della malattia (in particolare l'aumento della prevalenza di condizioni a lungo termine) richiedono il coordinamento delle cure all'interno del Servizio Sanitario Regionale (SSR) e tra assistenza sanitaria e sociale. L'assistenza integrata risulta molto importante nel caso di persone con condizioni multiple a lungo termine (multi morbosità). Per evitare il rischio di frammentazione della cura è necessario che i professionisti dei diversi servizi sanitari e sociali lavorino insieme per rispondere ai bisogni della gente, trattando la persona nel suo complesso piuttosto che la singola condizione. Tale integrazione si realizza attraverso un unico dossier di dati sanitari condiviso tra i curanti e il paziente (si veda la telemedicina e il Registro dei fragili).

L'esperienza delle organizzazioni e dei sistemi che hanno raggiunto alti livelli di integrazione illustra i vantaggi di questo modo di lavorare¹. Un esempio ben noto è Torbay in Inghilterra, in cui la salute e servizi di assistenza sociale hanno lavorato insieme nella comunità per più di un decennio, offrendo particolari benefici per le persone anziane². Molte altre zone dell'Inghilterra hanno seguito l'esempio di Torbay con la creazione di team integrati nella comunità che aiutano le persone a rimanere indipendenti nelle loro case più a lungo e ridurre l'uso di alcuni servizi ospedalieri.

Esperienze simili sono state riportate da iniziative in altre parti del mondo, tra cui il Canada, gli Stati Uniti, Europa e Nuova Zelanda³. Alcune organizzazioni e sistemi di questi paesi hanno cercato di andare oltre l'integrazione delle cure per i pazienti: gli esempi includono ormai consolidate sistemi integrati del Kaiser Permanente negli Stati Uniti.

Elementi del modello del laboratorio di presa in carico della fragilità

L'accesso ai servizi sanitari e di assistenza tradizionali svolge un ruolo importante per la salute di una popolazione, ciò nonostante le evidenze scientifiche suggeriscono che risultano fondamentali anche l'aderenza alla terapia, l'adozione di corretti stili di vita, la riduzione dell'influenza dell'ambiente sociale, e un'ampia gamma di determinanti della salute: condizioni in cui le persone nascono, vivono e lavorano, le esperienze internazionali suggeriscono che bisogna concentrarsi sul miglioramento della salute di gruppi specifici di persone piuttosto che sulla totalità della popolazione che vive all'interno di una zona definita. Inoltre bisogna concentrare le attività sul miglioramento della salute della popolazione 'una persona alla volta' – considerando il singolo paziente come l'unità primaria di intervento, piuttosto che lavorare su popolazioni più ampie⁴. Ciò non significa che bisogna trascurare la connessione con la salute globale della popolazione, come avviene con gli interventi medici per i problemi di salute acuti dei pazienti, né trascurando i determinanti di salute e la distribuzione dei risultati di salute in tutta la popolazione⁵. Ciò implica che le iniziative di sviluppo debbono dare maggiore attenzione alla prevenzione delle malattie e riscoprire il ruolo politico-pubblico a tutela della salute, identificando i gruppi di popolazione la cui salute

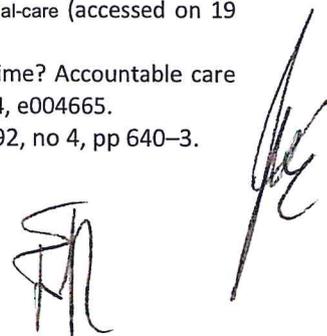
¹Curry N, Ham C (2010). *Clinical and service integration: the route to improved outcomes*. London: The King's Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/clinical-and-service-integration (accessed on 19 January 2015).

²Thistlethwaite P (2011). *Integrating health and social care in Torbay: improving care for Mrs Smith*. London: The King's Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/integrating-health-and-social-care-torbay (accessed on 19 January 2015).

³Timmins N, Ham C (2013). *The quest for integrated health and social care: a case study in Canterbury, New Zealand*. London: The King's Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/quest-integrated-health-and-social-care (accessed on 19 January 2015).

⁴Noble DJ, Greenhalgh T, Casalino LP (2014). 'Improving population health one person at a time? Accountable care organisations: perceptions of population health – a qualitative interview study'. *BMJ Open*, vol 4, e004665.

⁵Sharfstein J (2014). 'The strange journey of population health'. *The Milbank Quarterly*, vol 92, no 4, pp 640–3.

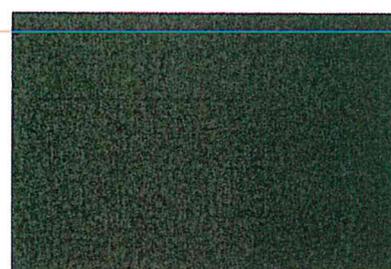
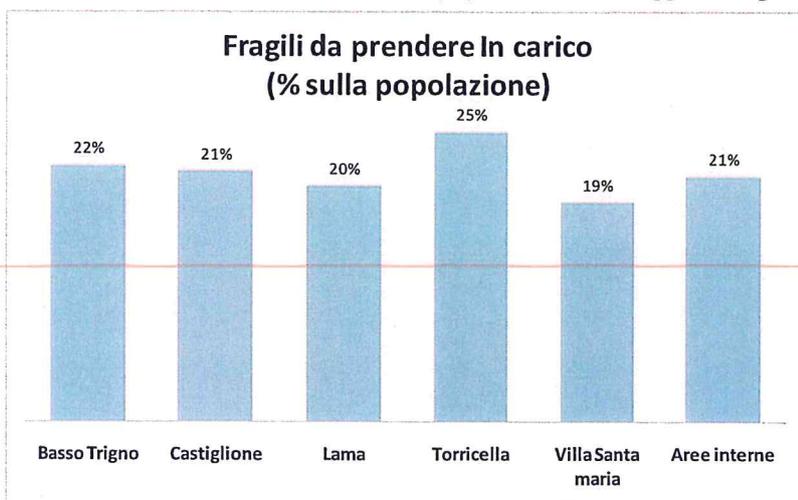


può essere gestita o migliorata. In tal senso la strategia di miglioramento dell'assistenza socio-sanitaria dell'Area Interna prototipo Basso Sangro-Trigno è orientata ad individuare e concentrare gli interventi di carattere preventivo, proattivo e individuale sul gruppo di popolazione fragile (circa 5.000 persone con alta e media fragilità), individuata con un modello epidemiologico predittivo, di cui si riportano le principali caratteristiche nella tabella seguente.

Aree Interne	Basso Sangro Trigno				Totale
	Indicatori	Fragilità			
	Alta Fragilità	Media Fragilità	Bassa Fragilità		
Residenti	1.351	3.830	18.763		23.944
% Femmine	51%	58%	51%		52%
Età >= 65	92%	84%	24%		37%
% deceduti	20%	13%	6%		8%
% con una patologia cronica	39%	13%	1%		5%
% con due o più patologie croniche	27%	5%	0%		2%

Aree Interne	Basso Sangro Trigno				Totale
	Fragilità				
Servizi assistenza consumati per 100 soggetti					
Accessi PS	150%	46%	20%		32%
Ricoveri Totali	271%	70%	12%		36%
Ricoveri Urgenti	139%	29%	4%		16%
Ricoveri Impropri	47%	17%	3%		8%
Km medi da ospedale	130,2	33,2	5,2		16,7
Assistenza Domiciliare	102%	38%	2%		14%
Specialistica amb. p.c.	57,3	39,7	11,8		18,8
Dosi giornaliere farmaci p.c.	1.385	1.153	238		449

La figura mostra la percentuale sulla popolazione dei soggetti fragili da prendere in carico distinta per zone geografica (raggruppamento di comuni identificati da un UCCP). L'ammontare della popolazione corrispondente a ciascuna sede è illustrata nella tabella successiva.



Strutture e presidi territoriali

La riprogettazione della Rete delle Cure Primarie prevede a regime la presenza sul territorio di n.1 Presidio Territoriale Assistenziale (PTA) a Villa Santa Maria (sede distrettuale da attrezzare e unica sede nel

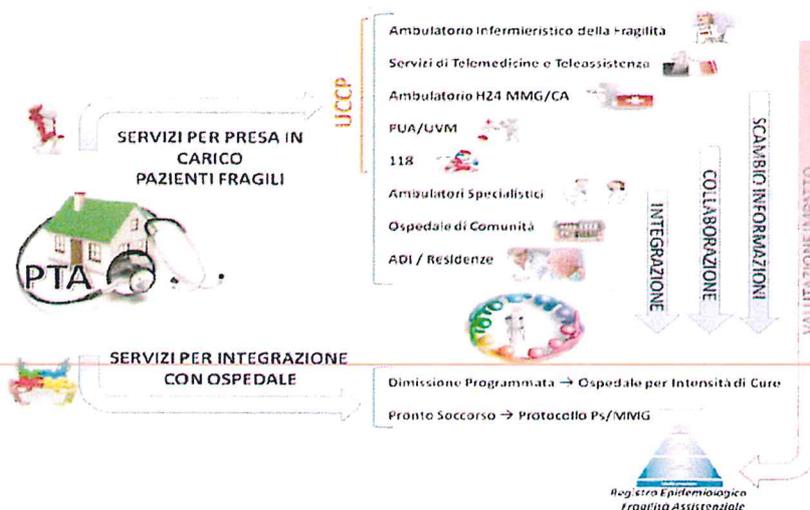
territorio dell'Area Interna) e due PTA nei comuni di Gissi e Casoli (già in essere, a supporto della popolazione dell'Area Interna). Inoltre sono previste 4 Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) nelle sedi erogative già esistenti sul territorio del Basso Sangro-Trigno:

- Castiglione Messer Marino (7 MMG + 4 MCA);
- Lama dei Peligni (6 MMG + 4 MCA);
- Torricella Peligna (3 MMG + 4 MCA);
- Villa Santa Maria (6 MMG + 4 MCA);

con l'obiettivo di assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali dei livelli essenziali di assistenza (medicina generale tramite le AFT, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto e servizi sociali, come di seguito specificate). La popolazione che afferisce a ciascuna UCCP delle Aree Interne è riportata nella tabella di lato.

I servizi presenti nel PTA di Villa Santa Maria, Casoli e Gissi dovranno essere:

- UCCP
 - Servizio di emergenza-urgenza (118);
 - Ambulatorio infermieristico della fragilità;
 - Punto Unico di Accesso (PUA) ad accesso diretto integrato con l'assistenza sociale dei Comuni;
 - Ambulatorio H 24 MMG/MCA;
- Consultorio (screening) e punto prelievi ad accesso programmato;
- Specialistica ambulatoriale ad accesso programmato (per i pazienti fragili);
- Ospedale di Comunità;
- Residenza per anziani;
- Sede del servizio di assistenza domiciliare;
- Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).



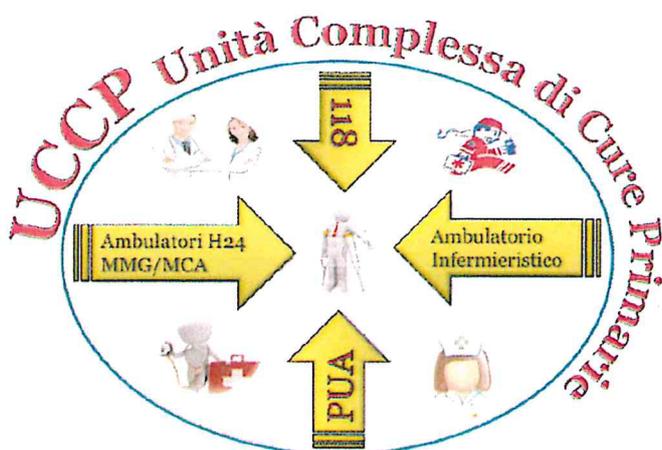
Le attività di questi servizi dovranno essere coordinate e integrate fra di loro e con i servizi di accesso e dimissione dall'ospedale attraverso l'utilizzo di un registro di popolazione della fragilità che permetterà lo scambio di informazioni e la valutazione dell'impatto delle varie attività sulla popolazione delle Aree Interne.

La **Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)** è una forma organizzativa complessa, multi-professionale e strutturata come un sistema integrato di servizi che prende in carico la comunità di riferimento (in continuità con le Aggregazioni Funzionali Territoriali e i MMG) garantendo: l'accoglienza, la collaborazione

e l'integrazione tra professionisti e operatori socio-sanitari, la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità, un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, la partecipazione responsabile dei MMG e PLS nel governo della domanda, nell'organizzazione dei servizi e nella sostenibilità economica."⁶

Come detto in precedenza nell'UCCP è presente il servizio di emergenza-urgenza (118), l'Ambulatorio infermieristico della fragilità, il Punto Unico di Accesso (PUA) e l'Ambulatorio H 24 dei MMG/MCA. La sede sarà quindi aperta 24 ore al giorno e 7 giorni alla settimana e hanno un coordinatore che le rappresenta, si coordinano con il distretto di appartenenza e garantiscono la presa in carico proattiva dei pazienti con problematiche sanitarie differibili. Le caratteristiche minime strutturali della sede dell'UCCP, nel rispetto delle indicazioni di autorizzazione e accreditamento vigenti sono le seguenti:

- uno studio medico da dedicare alle attività connesse agli ambulatori di patologia e per codici bianchi/continuità assistenziale/H 24;
- un ambulatorio infermieristico della fragilità;
- una sala d'attesa dimensionata in ragione della consistenza degli assistiti che afferiscono all'UCCP;
- un locale destinato all'attività di accoglienza/accettazione;
- due aree da adibire a ripostiglio/archivio;
- 2 bagni (uno per disabili destinato all'utenza uno destinato al personale);



Oltre ai Medici di Medicina Generale e i medici di Continuità assistenziale le figure professionali presenti nella UCCP saranno: personale infermieristico, amministrativo di segreteria, sociale e/o di assistenza sociosanitaria. L'entità delle attività professionali viene definito in base all'ampiezza della sotto popolazione da prendere in carico per ciascuna UCCP.

⁶Previste nell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 29 luglio 2009, che ridisegna lo scenario della Medicina Generale istituendo la creazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e UCCP, sancita poi dal riordino dell'assistenza territoriale e della Medicina Generale, previsto dall'art. 1 del Decreto Balduzzi (Legge 189/2012) e ribadito con forza dal Patto per la Salute 2014-2016 Governo-Regioni del 10 luglio 2014

Pazienti da prendere in carico

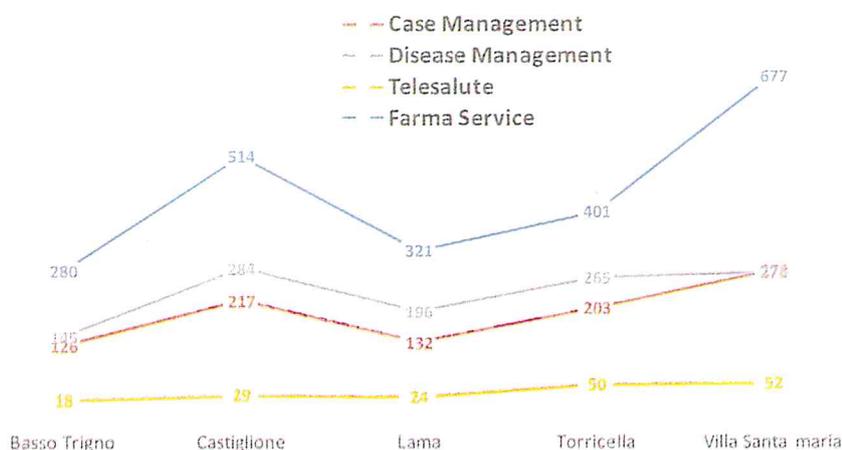
Di seguito una ipotesi della numerosità della popolazione con patologie croniche e alta o media fragilità residente nell'Area Basso Sangro-Trigno.

Il presente progetto prevede una modalità di presa in carico assistenziale basata sulla programmazione dei controlli clinici e delle verifiche assistenziali periodiche (intendendo l'assistenza come l'attuazione corretta dei trattamenti e delle raccomandazioni mediche). Il programma prevede la presa in carico proattiva di 4486 soggetti nell'arco di tre anni, di cui 956 in Case Management (21,3%), 1165 (25,9%) in Disease

UCCP	Case Management	Disease Management	Telesalute	Farma Service	Totale In carico	% sulla popolazione
Basso Trigno	126	145	18	280	569	22%
Castiglione	217	284	29	514	1044	21%
Lama	132	196	24	321	673	20%
Torricella	203	265	50	401	919	25%
Villa Santa maria	278	275	52	677	1282	19%
Aree interne	956	1165	172	2193	4486	21%

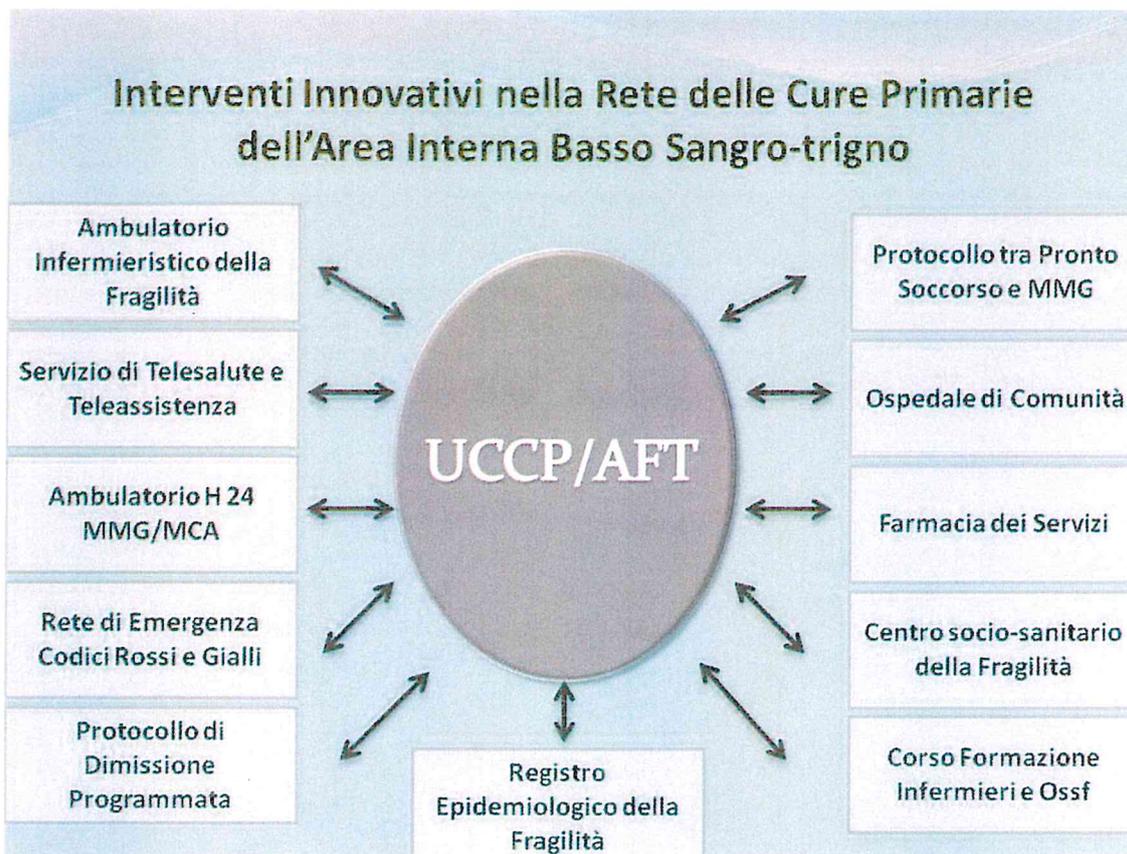
Management, 172 (3,8%) in tele-salute e 2193 (48,8%) con la Farmacia dei Servizi.

FRAGILI DA PRENDERE IN CARICO (N. ASSOLUTO PER TIPO)



La riorganizzazione della Rete delle Cure Primarie è finalizzata non solo alla promozione dell'integrazione delle risorse e delle competenze dei Distretti ma anche ad una migliore gestione delle attività assistenziali grazie alla valorizzazione del ruolo del Medici di Medicina Generale nei vari percorsi di cura (dalla prevenzione, alla gestione clinica del paziente cronico attraverso l'organizzazione delle UCCP), all'implementare l'utilizzo della tele-medicina e della tele-assistenza (per il follow-up dei pazienti e per facilitare il collegamento tra servizi territoriali e ospedalieri) e al potenziamento dell'attività domiciliare in concerto con i responsabili assistenziali infermieristici e dei servizi sociali, nell'ottica di una vera presa in carico interdisciplinare e proattiva. La presa in carico assistenziale viene eseguita essenzialmente dalla figura infermieristica che ha il compito di integrarsi con le altre figure professionali e pervade tutte le innovazioni e la

riorganizzazione dei servizi territoriali, che di seguito vengono declinati nelle loro linee fondamentali.



AMBULATORIO INFERMIERISTICO

Operativo in fase iniziale nella sede principale per 6 ore al giorno per 5 giorni a settimana (a regime H12 su sette), svolge le sue attività in favore di tutta la popolazione dell'ambito territoriale di riferimento. Utilizzerà personale infermieristico del Distretto integrato con il personale in service del servizio di Telesalute. Il compito principale dell'ambulatorio è di valutare attivamente lo stato di fragilità assistenziale della popolazione affetta da malattie croniche (le cause della mancata aderenza ai trattamenti) e rimuoverne i fattori ostacolanti. A tal fine vengono individuati i seguenti standard:

- Ogni 1200 pazienti fragili in Disease Management per patologie quali: BPCO, Diabete, Scopenso Cardiaco lo standard è di due infermieri.
- Ogni 1000 pazienti fragili con pluri-patologia in Case Management lo standard stimato è di 10 infermieri
- Due infermieri per la Telesalute e Teleassistenza a supporto della gestione pro attiva assistenziale dei 2200 pazienti suddetti.

La previsione per il triennio 2016-2018 è che su 21.271 abitanti delle Aree Interne, il 21% (4486) sono identificati come pazienti fragili. In base al differente grado di fragilità sarà assicurata una particolare modalità di presa in carico infermieristica:

1. Alta fragilità (956 pazienti): Case Management
2. Media Fragilità (1165 pazienti): Disease Management
3. Bassa Fragilità (2193 pazienti): Farmacia dei servizi
4. Pazienti di alta e media fragilità in ADI affetti da Diabete (172 pazienti): Telemedicina

➤ **Case manager**

Per i 1028 pazienti con alta fragilità saranno previsti 10 infermieri (36 ore settimanali per infermiere corrispondenti a 1 milione e mezzo di ore annue, costo complessivo €300.000).

La loro attività sarà orientata alla presa in carico proattiva, previa condivisione con il MMG del paziente, quale responsabile della gestione clinica, è chiamato a:

- a) Contattare i pazienti e valutare la condizione di fragilità attraverso un'intervista, dopo l'acquisizione del consenso del paziente;
- b) Proporre loro un percorso di presa in carico infermieristica: essere un riferimento nominativo per il paziente in caso di necessità e offrire un supporto alla risoluzione dei problemi assistenziali;
- c) Promuovere l'aderenza alla terapia, individuando i problemi di non adesione, elaborando strategie di mantenimento e/o miglioramento della propria condizione cronica;
- d) Sostenere il self-care cioè quelle pratiche terapeutiche di autocura, anche attraverso il coinvolgimento delle reti formali e informali;
- e) Verificare e promuovere l'adozione di corretti stili di vita;
- f) Integrare la propria attività oltre che con il MMG del paziente, con gli altri servizi Distrettuali, gli specialisti, l'ADI, l'Ospedale e i Servizi sociali che entreranno in contatto col paziente.

A livello Operativo l'Ambulatorio Infermieristico delle Fragilità, effettuerà:

- a) Controlli periodici, secondo un calendario prestabilito che si integrano con quello specifico per patologia;
- b) Almeno una telefonata al mese per verificare lo stato di compenso;
- c) Visite assistenziali ambulatoriali/domiciliari su appuntamento per il controllo dei parametri clinici e dell'equilibrio assistenziale;
- d) La corretta applicazione del Protocollo Aziendale dell'Ambulatorio Infermieristico delle Fragilità.

➤ **Disease manager**

1165 pazienti ad alta e media fragilità che saranno presi in carico dal punto di vista assistenziale per la corretta gestione della propria patologia cronica che sostanzialmente prevede controlli periodici secondo protocolli specifici di malattia e l'integrazione della varie figure professionali che vanno coinvolte per la corretta esecuzione dei trattamenti e delle raccomandazioni prescritte tenendo conto delle difficoltà del paziente (aderenza e autogestione). Le ore dedicate in modalità

	DIABETE	BPCO	SCOMPENSO CARDIACO	TOTALE (*)
Pazienti BST in Disease Management	286	230	250	1165
Ore infermieri	153	218	67	2.041

(*) il totale dei pazienti in disease management comprende anche altre patologie, es. Ipertensione, TAO ecc..

programmata a questi pazienti dagli infermieri sono dipendenti dai singoli PDTA delle patologie croniche e saranno dedicate sia alla gestione infermieristica periodica prestazionale, sia alle funzioni di supporto all'aderenza alle prescrizioni terapeutiche e al self care, sia al coordinamento della corretta esecuzione delle prestazioni professionali prescritte (visite, esami).

Le ore necessarie a prendere in carico 1165 pazienti dal punto di vista assistenziale del Disease Management è stata stimata in 2041 ore (corrispondenti a 1,35 unità infermieristiche equivalenti) corrispondente ad una spesa annua di €40.000.

Punto Unico di Accesso (PUA)

Il Punto Unico di Accesso (PUA) definito dal DCA 107 del 20/12/2013, è una modalità organizzativa prioritariamente rivolta alle persone con disagi e fragilità dovuti a problemi di salute e difficoltà sociali. Questo servizio è finalizzato a facilitare l'accesso e l'integrazione socio-sanitaria garantendo la semplificazione e la sburocrazia della fruizione di servizi di supporto ai bisogni socio-sanitari (presa in carico). L'integrazione territoriale dei servizi sanitari e dei servizi sociali è incoraggiata dalla creazione di reti regionali di servizi sanitari e sociali (RTS) per garantire servizi locali e la continuità.



Il PUA offre il proprio servizio sia ad accesso diretto integrato con gli orari di apertura degli sportelli sociali dei Comuni, sia con il numero telefonico 116117 dedicato all'accoglienza delle richieste e all'orientamento dell'utenza verso i servizi appropriati al caso. Le situazioni

maggiormente complesse saranno indirizzate alle Unità di valutazione multidimensionale distrettuali per la valutazione/risoluzione dei problemi. Il PUA rappresenta un punto di integrazione privilegiato tra sanitario e sociale con l'obiettivo di condividere il patrimonio informativo dell'assistenza sociale dei comuni con quello sanitario. Il costo della centrale operativa 116117 corrisponde a €50.000 annui.

AMBULATORIO MMG MCA H24

In ciascuna UCCP sarà attivo un ambulatorio di MMG - Continuità Assistenziale H24 per le emergenze a bassa intensità e le prestazioni urgenti a basso contenuto di complessità, compresa l'urgenza dei pazienti fragili e i codici bianchi. I medici di CA saranno attivi negli orari lasciati scoperti dai medici di medicina generale e potranno inizialmente esercitare anche nelle ore diurne. L'AFT che insiste nelle UCCP prevedrà la presenza di 22 medici che eserciteranno 5 ore la settimana in più rispetto all'orario di esercizio per un totale di 110 ore. Delle 672 ore settimanali, necessarie per la copertura dell'H 24 nelle 4 sedi UCCP, 110 saranno coperte dai MMG e 562 coperte dagli MCA, in cui sono comprese le ore dedicate alle attività di

governo clinico. Nella tabella seguente sono indicati i MMG aggregati in ciascuna UCCP con il numero di assistiti di riferimento per le Aree Interne. L'ambulatorio medico H24 sarà punto di riferimento clinico per tutti i pazienti fragili, per gli infermieri della fragilità, il PUA e i Pronto soccorso sia in caso di consulenza, prescrizioni, indicazioni e governo clinico dei percorsi diagnostico-terapeutici ai pazienti fragili. Tale attività rimane distinta da quella per l'assistenza primaria alle proprie scelte che si svolgerà nei propri ambulatori.

UCCP	Cognome	Nome	Comune	Assistiti
Castiglione	DE IULIIS	MARIA	Castiglione Messer Marino	814
	DESIDERIO	ROSALINDA	Torrebruna	834
	MASTRANGELO	MASSIMO	Castiglione Messer Marino	793
	RUCCI	MARIO	Roccaspinalveti	1135
	SCOLAVINO	PAOLO	Schiavi di Abruzzo	1466
	SIGISMONDI	MARIELLA	Castelguidone	673
	SPALLETTA	FERDINANDO	San Giovanni Lipioni	397
Castiglione Totale				6112
Lama	DE VITIS	FABIO	Lettopalena	1028
	DI TOMMASO	GIOVANNI	Fara San Martino	1379
	MUSCENTE	ANTONIO	Palena	1327
	PLEBISCITA	ADRIANO	Taranta Peligna	1212
	PUGLIESE	DOMENICO	Civitella Messer Raimondo	1138
	ROSATO	ALESSANDRO	Taranta Peligna	300
Lama Totale				6384
Torricella	DE PAMPHILIS	LUIGI	Torricella Peligna	1057
	TALONE	CAMILLO	Roccascalegna	1353
	TOZZI	ANTONELLO	Gessopalena	840
Torricella Totale				3250
Villa Santa maria	DE ANGELIS	SEBASTIANO	Bomba	898
	DI PANGRAZIO	LUIGINO	Pizzoferrato	1249
	DI SCIULLO	M.POMPEO	Pizzoferrato	1143
	FALASCA	FAUSTINO	Colledimezzo	723
	GIORDANO	ANTONIO	Villa Santa Maria	1053
	MASSARO	FLORIANA	Borrello	550
Villa Santa maria Totale				5616
Totale popolazione				21362

Il cittadino qualora ritenga di aver bisogno di risposta immediata e intervento tempestivo contatta il 118 o 116117. Tali numeri telefonici garantiscono il trattamento tempestivo o con il trasporto del paziente al PS (per condizioni tempo-dipendenti) o con interventi dell'equipe territoriale per condizioni a bassa complessità (ambulatorio H24 MMG/CA). Spesso la probabilità maggiore di inapproprietezza dell'accesso al PS viene imputata ai codici bianchi e ad una quota parte dei codici verdi. In base ad una definizione dei percorsi assistenziali concordata con il DEA, dovrebbero essere trattati nell'ambulatorio MMG/CA H24. Qualora si presenti all'osservazione del PS dopo un primo inquadramento saranno oggetto di invio a visita specialistica (con percorso facilitato fast-track) o di rinvio all' Ambulatorio MMG/CA H24 previo contatto telefonico e trasferimento di cura. Il compenso per le 5 ore aggiuntive dei MMG sono previste dal DCA n.57 del 15/06/2015 (Governo clinico dell'assistenza primaria 2015-2016 Studi Aperti) per un ammontare di € 23.500 a cui si aggiungono € 76.500 per acquisto strumentazione di ambulatorio per un totale di € 100.000.

SERVIZIO DI EMERGENZA-URGENZA (118)

Il Servizio di emergenza-urgenza (118) per le risposte immediate e il trasporto tempestivo presso il PS/DEA, attive H24 nell' Area Interna Basso Sangro Trigno è stato potenziato con 7 postazioni aggiuntive a partire

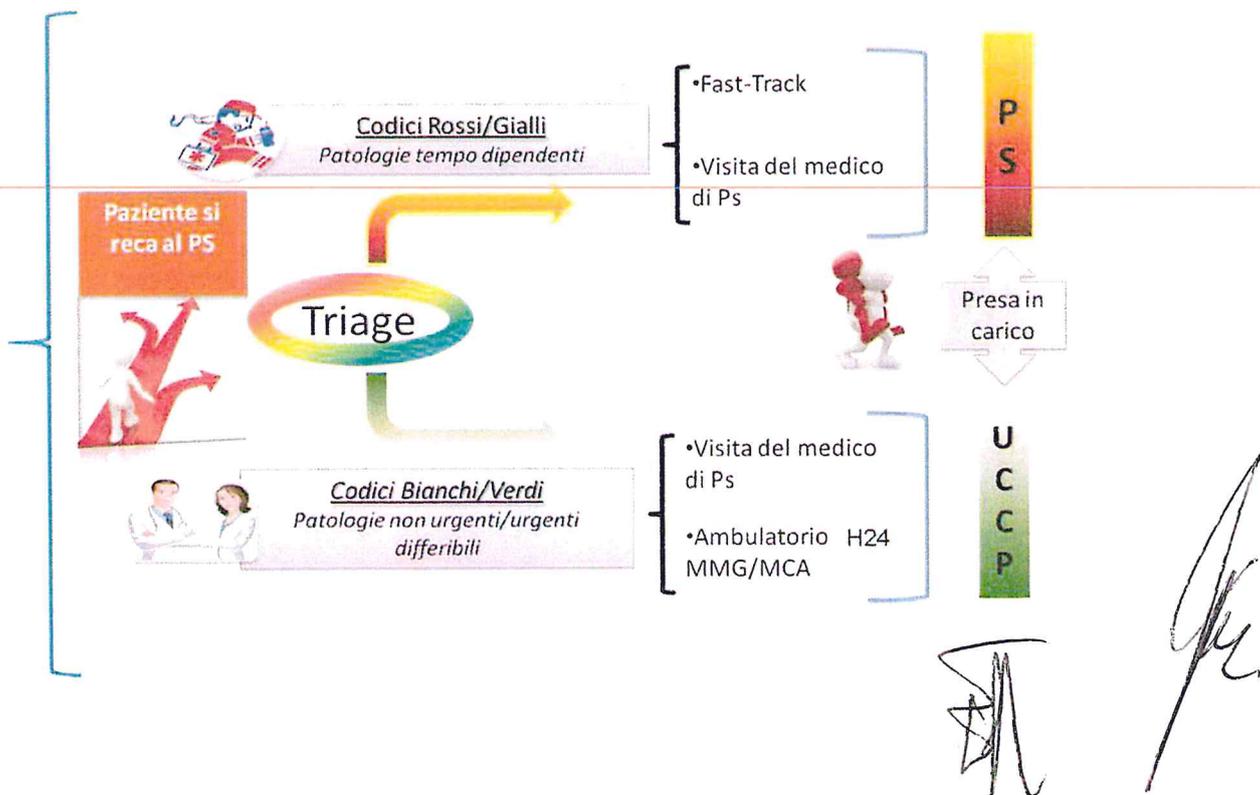
dal 1° ottobre ubicate nei Comuni di: Lama dei Peligni, Torricella Peligna, Villa Santa Maria, Celenza sul Trigno, Carunchio, Torrebruna e Castiglione Messer Marino. Per i primi tre mesi gli equipaggi pronti all'intervento saranno composti da Autista ed infermiere, e -appena completato un corso di formazione- a rotazione saranno attive come ambulanze medicalizzate.

Nell'Accordo Stato-Regioni n. 36 del 07/02/2013 recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" si conviene alla lettera d) di "garantire, per il paziente a bassa complessità assistenziale, la continuità di cura attraverso percorsi agevolati che prevedano eventualmente la prenotazione per esami ed ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi, adottando apposite procedure per l'invio alla rete delle Cure Primarie, attivando ogni possibile collegamento tra gli specialisti del Pronto Soccorso e la rete degli specialisti territoriali governata dal Distretto".

Il cittadino qualora ritenga di aver bisogno di risposta immediata e intervento tempestivo contatta il 118 o 116117. Tali numeri telefonici garantiscono il trattamento tempestivo o con il trasporto del paziente al PS (condizioni tempo-dipendenti) o con interventi dell'equipe territoriale per condizioni a bassa complessità (UCCP ambulatorio H24 MMG/CA).

"L'attività del triage non esprime la complessità clinica del paziente, ciò rafforza l'importanza di una forte integrazione tra il settore dell'emergenza urgenza e il settore dell'assistenza primaria, la quale deve prendersi carico dei soggetti affetti da patologie croniche per rispondere alle emergenze a bassa complessità".

Un sistema organizzativo in grado di ridurre gli accessi impropri al PS dei codici bianchi è rappresentato dal cosiddetto rinvio del paziente a bassa complessità al proprio medico curante, previa acquisizione del consenso del paziente che si è recato al PS che può scegliere tra l'invito a recarsi all'UCCP (dove non pagherà il ticket) o aspettare il proprio turno in PS come codice bianco con conseguente pagamento del ticket. I medici di medicina generale rivestono dunque un ruolo fondamentale in questo percorso: se da un lato, dovrebbero ridurre l'accesso dei codici bianchi (tra i propri pazienti) prendendo in carico le patologie croniche (che spesso effettuano accessi impropri per scompensi che potrebbero essere evitati) dall'altro potrebbero erogare loro stessi, per alcune patologie target, interventi di assistenza tempestivi, in modo che i propri pazienti non ricorrano erroneamente all'ospedale.



Secondo il protocollo all'arrivo del cittadino al Pronto Soccorso l'infermiere gli assegna un Codice colore: per condizioni tempo-dipendenti (codici rossi e gialli) è previsto il percorso fast-track o la visita del medico di pronto soccorso; mentre per condizioni a bassa complessità saranno previsti interventi dell'equipe territoriale: l'infermiere inviterà il paziente ad un trasferimento di cure presso l'ambulatorio H24 MMG/MCA (previo contatto telefonico con MMG/MCA).

- Sono stati effettuati diversi incontri tra i direttori delle U.O. di Emergenza e Urgenza per la definizione del protocollo;
- A breve sarà stilata una lista di sintomi-disturbi-motivi di presentazione corrispondenti a questi codici, che dovrebbero essere trattati nell'ambulatorio MMG/CA H24, e una definizione dei percorsi assistenziali concordata con il DEA;

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'offerta dell'Assistenza Specialistica ambulatoriale è riorganizzata con lo sviluppo di azioni tese a un uso appropriato della specialistica e con un modello orientato alla gestione proattiva della patologia cronica nell'ambito degli UCCP. E' necessario un cambio di paradigma basato su un'offerta di Assistenza Specialistica, coerente con i percorsi diagnostico terapeutici predefiniti dalle indicazioni programmatiche regionali, condivisi tra MMG e specialisti, da erogare nell'ambito delle UCCP e a domicilio quando necessario.

L'offerta dell'attività specialistica si sviluppa in coerenza con le seguenti modalità e criteri:

- L'attività di follow-up e controllo su pazienti presi in carico clinicamente per la gestione della patologia cronica è effettuata solo in modo programmato.
- Attività di telemedicina specialistica per pazienti in carico per la gestione della patologia cronica (ad esempio: elettrocardiogramma con lettura in remoto del tracciato; spirometrie con lettura in remoto dei valori; glucometri e microinfusori per il diabete).
- Le visite specialistiche si effettuano nella sede dei PTA e delle UCCP in base al programma definito dai MMG e la cui aderenza è sorvegliata dagli infermieri.
- L'assistenza specialistica a domicilio e nelle strutture sociosanitarie è garantita per le seguenti discipline: geriatria, dermatologia, rianimazione (per soggetti con gravissima disabilità e tecnodipendenti), oncologia/cure palliative, fisiatria inclusa la valutazione dei presidi protesici.
- Inoltre, a domicilio è prevista la progressiva effettuazione di ECG, all'interno del servizio ADI, con lettura in remoto.
- Mantenimento del "percorso di garanzia" per l'accesso alle prestazioni specialistiche prenotabili a CUP limitatamente ai PTA.
- Creazione di Linee Guida per MMG e Medici Specialisti per l'accesso agli accertamenti specialistici a maggior consumo.
- Saranno attivati Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) programmati per i pazienti con le patologie croniche citate per facilitare e snellire le liste di attesa (tutte le prestazioni per la cronicità sono programmabili con largo anticipo). Il day service è attivabile nei PTA in cui il MMG ha inviato il paziente per una prima valutazione ed è finalizzato a concentrare le visite e gli accertamenti, per un più rapido inquadramento diagnostico.

Per la gestione delle visite specialistiche urgenti e prioritarie è prevista l'attivazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare (MMG, Specialisti) per la realizzazione di percorsi di accesso differenziati per le prestazioni

sia urgenti (entro 24 – 48 ore) sia prioritarie (entro 7 giorni) con accesso diretto ai servizi ospedalieri. Saranno attivati percorsi ad accesso diretto relativi alle seguenti branche specialistiche: Cardiologia, Oculistica, Neurologia, Endocrinologia, Nefrologia e Gastroenterologia.

Un'attenzione specifica è posta alla popolazione fragile, anziana e non autosufficiente. Per garantire la miglior qualità di vita possibile, prevenire lo sviluppo di disabilità e dipendenza o il loro aggravamento e per mantenere l'anziano quanto più possibile al proprio domicilio la funzione specialistica geriatrica si orienta a un approccio proattivo. Il Medico di Medicina Generale è il responsabile del percorso assistenziale del paziente anziano, fragile e non autosufficiente sul territorio, e il Geriatra assume la funzione di consulenza sia nel percorso territoriale sia durante l'eventuale degenza ospedaliera. Nelle 4 UCCP dell'Area Interna Basso Sangro Trigno l'assistenza specialistica sarà erogata in modalità programmata: le visite e le prestazioni saranno erogate ai pazienti con malattie croniche in base alle scadenze programmate del follow-up clinico definito dai Medici di Medicina Generale (ad esempio la visita diabetologica o oculistica annua del paziente diabetico, spirometria annua del paziente con BPCO, la visita cardiologica e l'eco-cardio-doppler annuo per lo scompenso cardiaco). In particolare il geriatra:

- Affianca gli altri operatori territoriali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale, del Punto
- Unico di Accesso, nelle dimissioni difficili e nei percorsi assistenziali di maggiore criticità per impostare il Progetto assistenziale individuale.
- Assicura la propria funzione specialistica su richiesta del medico curante a domicilio o dal medico di diagnosi e cura nelle strutture per anziani.
- Supporta il medico di medicina generale per le rivalutazioni cliniche di anziani fragili pluri-patologici e pluri-prescritti e con disturbi cognitivi.

Le prestazioni specialistiche, esami e indagini strumentali di laboratorio, radiologia e cardiologiche saranno presenti in forma di erogazione a richiesta del MMG (prenotabili a CUP) a Villa Santa Maria, Casoli e Gissi, sedi di PTA.

Di seguito il numero di prestazioni effettuate dai punti di erogazione territoriali dell'Area Interna Basso Sangro Trigno nell'anno 2014.

Discipline	D.S.B.	D.S.B. LAMA DEI PELIGNI	D.S.B.	D.S.B. VILLA SANTA MARIA	Totale complessivo
	CASTIGLIONE M.M.		TORRICELLA PELIGNA		
CARDIOLOGIA	591	112	218	447	1368
CENTRO PRELIEVI	1309				1309
CHIRURGIA	404	480	480	644	2008
DERMATOLOGIA	177	1	2	428	608
DIABETOLOGIA	317	206	196	488	1207
ENDOCRINOLOGIA				884	884
FISIOTERAPIA	1420	903		3364	5687
GERIATRIA	45	88			133
GINECOLOGIA				536	536
LABORATORIO ANALISI		3830	2258		6088
LOGOPEDIA	160				160
MEDICINA INTERNA	155				155
NEUROLOGIA	296		261	304	861

OCULISTICA 701 960 1661

Discipline	D.S.B. CASTIGLIONE M.M.	D.S.B. LAMA DEI PELIGNI	D.S.B. TORRICELLA PELIGNA	D.S.B. VILLA SANTA MARIA	Totale complessivo
ORTOPEDIA	142	117	160	323	742
OTORINO	534			818	1352
PSICHIATRIA				218	218
RADIOLOGIA				3519	3519
UROLOGIA	1			515	516
Totale complessivo	6252	5737	3575	13448	29012

Con il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati in forma integrata con la Medicina generale, anche per gli ambiti dell'assistenza domiciliare e residenziale è possibile ricondurre, nell'arco dei tre anni, questo stesso numero di prestazioni specialistiche, da prestazioni su richiesta del cittadino (via CUP) ad attività programmate e gestite dal MMG mediamente per il 73% (dal 40% al 90% a seconda delle specialità). Tali attività sono garantite con la presenza od eventualmente la reperibilità nell'arco delle 12 ore diurne di medici specialisti ambulatoriali, anche a provenienza ospedaliera e possono essere soggette ad un incremento del 20% a parità di risorse, con la razionalizzazione organizzativa.

La tabella illustra, ad esempio, le ore dedicate in modalità programmata di alcuni di questi pazienti in base alla propria patologia cronica, sia degli infermieri che delle ore di specialistica

	DIABETE	BPCO	SCOMPENSO CARDIACO	TOTALE (*)
Pazienti BST in Disease Management	286	230	250	1165
Ore Cardiologia	48	26	52	569
Ore Pneumologia	-	80	14	471
Ore Diabetologia	24	-	-	96
Ore Oculistica	35	-	-	144
Ore Neurologia	48	-	-	196
Ore infermieri	153	218	67	2.041
Ore Fisioterapisti	-	26	41	322
Ore MMG	48	83	28	745

(*) il totale dei pazienti in disease management comprende anche altre patologie, es. l'ipertensione, TAO ecc..

FARMACIA DEI SERVIZI

Le evidenze mostrano che tra un terzo e la metà dei farmaci che vengono prescritti per le condizioni a lungo termine e malattie croniche non sono utilizzati come consigliato. Ciò rappresenta una perdita di salute per i pazienti e una perdita economica per le Aziende Sanitarie.

La mancata aderenza non deve essere considerata un problema del paziente: piuttosto va intesa come il risultato di un mancato accordo sulla prescrizione tra il paziente in primo luogo e il supporto fornito una volta che il farmaco è stato erogato. La mancata adesione si divide in due categorie che si sovrappongono: **intenzionale** (il paziente decide di non seguire le raccomandazioni del trattamento) e **involontaria** (il paziente vuole seguire le raccomandazioni per il trattamento, ma ha problemi pratici).

Al fine di aumentare il coinvolgimento del paziente nel processo decisionale si richiede che i farmacisti riconoscano il punto di vista dei pazienti circa la condizione clinica e il suo trattamento, e che il paziente abbia un ruolo nel prendere decisioni sui trattamenti insieme al medico o al farmacista. Per aumentare il coinvolgimento del paziente bisogna quindi:

- illustrare chiaramente la condizione clinica, i pro e i contro del trattamento;
- chiarire ciò che il paziente spera che il trattamento produca;
- ascoltare il paziente e parlare con lui, facendo attenzione a eventuali segnali non verbali, piuttosto che fare ipotesi circa le preferenze del paziente sul trattamento;
- aiutare i pazienti a prendere decisioni sulla base di benefici e i rischi piuttosto che idee sbagliate;
- accettare che:
 - i pazienti possano avere opinioni diverse dagli operatori sanitari sui rischi, i benefici e gli effetti collaterali;
 - i pazienti hanno il diritto di decidere di non prendere un medicinale a condizione che ne abbiano la capacità e siano state date loro le informazioni per prendere una decisione informata;
- incoraggiare e sostenere i pazienti, le famiglie e gli assistenti a mantenere un elenco aggiornato dei farmaci prescritti e da banco, delle allergie e delle reazioni avverse.

Pertanto, è necessario effettuare un confronto tra i medicinali assunti dal paziente e quelli indicati per la cura nella particolare circostanza in funzione di una decisione prescrittiva sicura e appropriata agli obiettivi terapeutici. La presente azione è disciplinata dalla Raccomandazione n. 17 del Ministero della Salute⁷ che fornisce indicazioni sul processo di Riconciliazione della terapia farmacologica nei pazienti con poli-prescrizione farmaceutica.

Le farmacie rurali dell'Area Interna Basso Sangro Trigno sosterranno l'aderenza alla terapia, limitando errori e danni di una cattiva gestione dei farmaci attraverso la somministrazione di un questionario on-line per ciascun paziente preso in carico tra quelli eleggibili e identificati che si rivolgono presso la loro farmacia. Il questionario richiede 15 min. e viene somministrato 3 volte l'anno. I pazienti eleggibili che saranno inizialmente inseriti nel percorso sono 2025 per un compenso per singolo paziente di €50/anno, il costo previsto sarà di €100.000 per anno.

TELEMEDICINA

Le nuove tecnologie e programmi di tele-salute e teleassistenza saranno attivati a supporto dell'Ambulatorio Infermieristico per potenziare il costo-beneficio della adozione di utili per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche, tra le quali lo scompenso cardiaco, le bronco pneumopatie croniche, il diabete. Sarà presente una centrale infermieristica (call center infermieristico) H 12 6/7 ed un portale assistenziale, accessibile via web con credenziali certificate da parte degli utenti autorizzati. Il paziente potrà avere a disposizione un Home KIT così composto: centralina di comunicazione

⁷ Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Ufficio III- Ministero della Salute dicembre 2014



per la raccolta via bluetooth delle misurazioni provenienti dagli strumenti in dotazione al paziente e lo scambio di dati con il portale clinico. L'HUB potrà comunicare con il portale clinico tramite una SIM dati interna (fornita) o tramite normale linea analogica domestica. Il portale clinico permetterà alla centrale di raccogliere tutte le misurazioni inviate dai dispositivi medicali, eseguire un Triage e generare alert in presenza di misurazioni anomale rispetto ai *range* definiti, ricevere e generare messaggi per permettere la condivisione delle misure da parte degli attori coinvolti e la comunicazione integrata con il paziente. Inoltre sarà possibile descrivere per ogni paziente il percorso di diagnosi, cura e assistenza sia controllando le attività svolte tramite il sistema di *alert* e promemoria sia integrando i parametri clinici con gli episodi assistenziali e di cura nel tempo (REFA).

I pazienti inseriti nel percorso saranno 172 nel primo anno con un costo di €40 a paziente/mese (costo totale €83.000 per anno).

ALTRO PERSONALE

In aggiunta per ciascuna UCCP, anche in relazione alle esigenze locali e in base alla disponibilità di risorse professionali, saranno presenti:

- Una unità di personale amministrativo di segreteria per l'attività istituzionale e le attività comuni di tutti i professionisti presenti nell'UCCP;
- alcuni servizi di medicina specialistica, strumentale e diagnostica di primo livello individuati sui bisogni degli pazienti relativi al bacino d'utenza, in aggiunta servizi di tele medicina e specialisti dedicati (geriatria, medicina interna, cardiologia);
- una unità di personale sociale e/o di assistenza sociosanitaria.

OSPEDALE DI COMUNITA'

A responsabilità del MMG. L'Ospedale di Comunità costituisce un'innovativa modalità assistenziale di tipo intermedio: risponde alla necessità di affrontare nel modo più appropriato ed efficace quei problemi di salute di solito risolvibili a domicilio ma che, in particolari pazienti, in condizioni di particolare fragilità sociale e sanitaria (pazienti molto anziani o soli, affetti da più malattie che si scompensano facilmente, ecc.) richiedono di essere assistiti in un ambiente sanitario protetto. Attualmente sono attivi con 10 posti letto presso il PTA di Gissi e 10 posti letto presso il PTA di Casoli. E' previsto nel triennio l'apertura di altri 10 posti letto a Villa Santa Maria.

FORMAZIONE

L'attuazione di questa progettualità richiede competenze diversificate, che vanno formate e riqualficate in una struttura funzionale multi professionale e multidisciplinare con un percorso formativo a sostegno di questo obiettivo.

È necessario fornire adeguato supporto metodologico e formativo nei seguenti ambiti:

1. Conoscenza degli elementi costitutivi ed epidemiologici del Registro di popolazione della fragilità assistenziale, dei flussi informativi correnti che lo alimentano, della capacità di



sviluppare modelli predittivi individuali, la stratificazione della popolazione assistita in base ai bisogni assistenziali e alla complessità assistenziale.

2. Acquisire le capacità di gestire l'utilizzo di una interfaccia (portale web) per i servizi territoriali (medici di medicina generale, assistenza domiciliare, farmacia, strutture intermedie), con i Comuni e i servizi sociali (punto unico di accesso, unità di valutazione multidimensionale), in attuazione del piano Sociale Regionale 2011-2013.
3. Conoscenza e gestione delle tecnologie di telemedicina e teleassistenza.
4. Conoscenza del sistema di monitoraggio e valutazione dell'efficacia dei modelli innovativi sperimentati, tramite la definizione di indicatori e la valutazione degli esiti clinici ed economici dell'assistenza.
5. Condividere una conoscenza adeguata sui modelli organizzativi aggregativi nelle cure primarie e sui correlati scenari di ordine normativo, economico e funzionale, abilitando i medici e gli infermieri ad intraprendere percorsi consapevoli ed autonomi orientati alla costituzione delle forme associative.
6. Accelerare il processo di costituzione delle forme associative e raggruppamenti funzionali in medicina generale, mettendo in condizione il medico di dedicare la maggior parte del tempo alla sua attività professionale, in una logica organizzativa integrata di cura e assistenza.
7. Determinare in modo chiaro i criteri di relazione ed integrazione fra i componenti dell'UCCP e l'azienda sanitaria di riferimento, in una logica di organicità distrettuale.
8. Attivare una significativa congruenza fra gli interessi di tutti gli operatori e i provider in ambito socio-sanitario, progettando percorsi concertati tesi all'eccellenza nelle cure primarie.
9. Innestare la cultura della medicina d'iniziativa e della presa in carico assistenziale pro-attiva, sviluppando le competenze clinico-organizzative e di gestione assistenziale collegate al consolidamento e condivisione dei PDTA per le diverse aree di patologia cronica e alla fragilità assistenziale, alla identificazione delle mappe di rischio di fragilità per le diverse zone di residenza della popolazione.
10. Potenziare la integrazione dei percorsi clinici e la continuità assistenziale, Integrare le cure primarie con le cure secondarie e favorire una maggiore collaborazione tra il Distretto e l'Ospedale, creando una rete di interoperabilità per la presa in carico, la gestione e il tracciamento di tutte le attività che vedono il paziente come protagonista.
11. Sensibilizzare l'adozione di modelli di appropriatezza clinica e modelli economici per l'ottimizzazione delle attività diagnostiche, delle cure e dell'assistenza.

Il progetto formativo è stato avviato per l'ambito infermieristico con un convegno il giorno 8 ottobre 2015 presso il Patto Territoriale Sangro Aventino a Santa Maria Imbaro. Un evento analogo sarà organizzato per i MMG. Il corso, di durata triennale, sarà avviato nel 2016, rivolto ai MMG e Infermieri, sia in sessioni separate che congiunte, e sarà focalizzato sulla conoscenza della nuova modalità assistenziale. Il corso avrà i seguenti obiettivi specifici:

- Aiutare i singoli professionisti e le associazioni professionali nel passaggio verso le nuove dimensioni operative delle Cure Primarie nelle varie forme associative, oppure consolidare, ottimizzare e portare a norma l'operatività di aggregazioni o raggruppamenti già esistenti.
- Creare e sviluppare l'esercizio di competenze necessarie per gestire le attività tipiche degli ambulatori per patologia e di fragilità, mediante la creazione e la gestione condivisa di Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (PDTA) centrati sui bisogni specifici delle diverse categorie di malati cronici e fragili, mediante:



1. L'implementazione di metodologie di processo centrate sui bisogni clinici e assistenziali specifici delle diverse categorie di malati,
 2. Lo sviluppo di modalità operative mirate che consentono una efficiente ed efficace presa in carico e gestione del malato cronico,
 3. Modelli epidemiologici, funzionali ed economici mirati alla previsione dell'impatto clinico e alla migliore gestione assistenziale delle patologie croniche.
- Mettere in condizione i professionisti di fornire servizi integrati sul territorio per migliorare e razionalizzare le prestazioni riducendo i costi di produzione, ottimizzando il rapporto output/outcome di salute con la possibilità di fornire una rendicontazione economico-statistica dei risultati.

La attuazione dell'intero progetto richiede interventi di formazione continua, "sul campo", collegata alla implementazione e verifica dei nuovi modelli assistenziali. La formazione sarà incentrata su tre elementi:

- basi teoriche e organizzative dei nuovi modelli assistenziali (rivolta a tutti gli operatori);
- sviluppo da parte del personale infermieristico di competenze e responsabilità nell'ambito del nuovo modello organizzativo territoriale, orientate alla integrazione con altre figure professionali, alla presa in carico globale del paziente fragile, alla prevenzione attiva e al supporto del self-care;
- sviluppo di competenze dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta riguardo la medicina di comunità, il ruolo di governo della domanda e di sanità pubblica, come previsto dal Patto della Salute.

Le attività formative saranno realizzate dal personale aziendale preposto, in sinergia con partner esterni che potranno fornire competenze specifiche nell'ambito delle tematiche identificate, oltre a servizi bibliografici, collegamenti con strutture scientifiche internazionali e expertises adeguate.

Il progetto è stato avviato, in fase pilota sul diabete, considerato come paradigma delle malattie croniche non trasmissibili. La fase pilota è stata centrata sull'ambulatorio infermieristico per la presa in carico assistenziale del paziente diabetico, il supporto clinico del MMG e dello specialista diabetologo, centrato sulla proattività assistenziale (sorveglianza della aderenza alla terapia, ai controlli, gestione del follow-up e offerta di pacchetti di esami predefiniti) e sulla implementazione di alcuni dispositivi di telemedicina specialistica e teleassistenza (trasmissione dati glicemici, gestione microinfusori da remoto, teleconsulto).

Il costo del percorso formativo prevede una spesa una tantum di € 125.000.

REGISTRO EPIDEMIOLOGICO FRAGILITÀ ASSISTENZIALE

Piattaforma informativa che avrà la funzione di supportare l'attività di iniziativa della UCCP (chiamata attiva, agenda, monitoraggio), di valutare il servizio (report periodici ed analisi ad hoc), di scambiare e condividere informazioni con PUA/UVM, Sportello sociale dei Comuni, Pronto Soccorso, Reparti ospedalieri medici. Costituirà la base informativa per audit clinici periodici. Il registro epidemiologico della fragilità assistenziale (REFA) contiene un algoritmo predittivo che permette in ciascun momento di calcolare un punteggio di fragilità per ciascun paziente in base all' utilizzo dei servizi e delle terapie degli ultimi anni, tenendo conto delle proprie caratteristiche cliniche, socio-economiche, ambientali e di autosufficienza. L' effettiva realizzazione dell'anagrafe dei "soggetti fragili" prevedrà, tra le prime fasi operative, l'individuazione di criteri che consentano di identificare i soli assistiti presenti nelle diverse banche dati (banca dati assistiti, prestazioni sanitarie relative ai ricoveri, farmaceutica, prestazioni psichiatriche, prestazioni socio-sanitarie, invalidi civili, esenzioni) delle ASL che presentassero caratteristiche di elevato

rischio di fragilità. La banca dati così realizzata non risulterà semplicemente un elenco di nominativi ma consentirà di rappresentare i diversi dati clinico socio-sanitari nei dettagli, per fornire ai singoli Distretti socio-sanitari e ai MMG dell'UCCP, le informazioni relative agli assistiti, fino alle specifiche che hanno portato alla caratterizzazione di "soggetto fragile". Attraverso tale strumento informatico i Distretti hanno a disposizione una mappatura delle diverse tipologie di "fragilità" e della loro diversa distribuzione in relazione alla differente situazione di gravità ed all'assegnazione ai diversi Medici di Base presenti sul territorio. La completezza dei dati contenuti negli elenchi consente pertanto di Distretti e ai MMG dell'UCCP, di attivare una pianificazione locale degli interventi di prevenzione e sorveglianza o di potenziamento delle attività di sostegno socio-sanitario modulati in funzione dell'entità del rischio.

Il costo del Registro Epidemiologico della Fragilità Assistenziale è stimabile per € 15.000 per l'impianto iniziale e € 5.000/anno per la manutenzione.

Conclusioni

Concludendo si riporta una tabella dei costi sostenuti nel 2014, tra quelli documentabili, per i pazienti dell'Area Interna suddivisi per grado di fragilità assistenziale. Risulta evidente una maggiore, seppur in misura diversa, spesa pro-capite complessiva per i soggetti di alta fragilità (25 volte maggiore dei soggetti a bassa fragilità) e media fragilità (7 volte più alta).

Aree Interne	Basso Sangro Trigno			
	Fragilità			Totale
Importo pro-capite	Alta Fragilità	Media Fragilità	Bassa Fragilità	
Farmaci	€ 921,89	€ 643,78	€ 129,50	€ 256,47
Ricoveri Totali	€ 10.494,31	€ 2.251,78	€ 220,18	€ 1.124,85
Ricoveri Impropri	€ 837,56	€ 269,02	€ 37,97	€ 120,04
Specialistica ambulatoriale	€ 827,34	€ 355,44	€ 113,80	€ 192,71
Accessi PS	€ 134,95	€ 38,11	€ 12,20	€ 23,27
Totale Importo pro-capite	€ 12.378,49	€ 3.289,11	€ 475,68	€ 1.597,30

La previsione della riduzione di ospedalizzazione e relativo risparmio per la presa in carico dei soggetti ad alta e di media fragilità (4486), illustrata nella tabella seguente, risulta da:

1. L'azzeramento dei ricoveri inappropriati;
2. La riduzione del 20% dei ricoveri urgenti;
3. L'azzeramento dei codici bianchi;
4. La riduzione del 20% dei codici verdi;
5. L'aumento del 20% dell'attività di specialistica ambulatoriale;
6. Nessuna variazione dell'erogazione dei farmaci.

Si può stimare l'ammontare del risparmio minimo annuo delle innovazioni introdotte, corrispondenti a 3.763.000 euro totali di cui 2.163.000 euro per la presa in carico dei 1.100 soggetti ad alta fragilità (1.166 euro a testa) e 1.600.000 euro per 3.386 pazienti di media fragilità (473 euro a testa).

Il costo emergente per finanziare le attività innovative sopraelencate ammonta a 828.000 euro corrispondenti a 133 euro pro-capite medi.

Tabella previsioni di riduzione dell'ospedalizzazione e risparmio

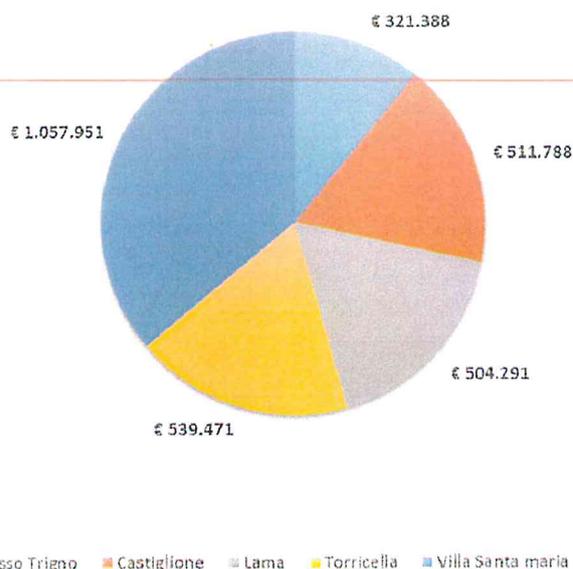
	Alta Fragilità	Media Fragilità	Totale
Soggetti da prendere in carico	1100	3386	4486
% Riduzione Ospedalizzazione	31%	31%	31%
%Riduzione Accessi PS	15%	15%	15%
Costi Salvabili	€ 2.163.000	€ 1.600.000	€ 3.763.000
Costo Salvabile pro-capite	€ 1.166	€ 473	€ 862
Costi Emergenti pro-capite	€ 347	€ 41	€ 133

Il progetto avrà un orizzonte temporale di tre anni e si avvale inizialmente delle risorse messe a disposizione dalla deliberazione della Asl Lanciano Vasto Chieti n. 457 dell'8 Aprile 2014 con la quale si definiscono i Progetti Obiettivo, art. 1 cc. 34 e 34 bis della Legge n.662/1996 finanziamento 2013, relativi all'accordo sancito dalla conferenza Stato – Regioni nella seduta del 20 Febbraio 2014, designati per la linea progettuale LP1-Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza.

Tabella riassuntiva previsione costi emergenti annui

	Asl		Basso Sangro- Trigno		Totale
Case manager	€	200.000	€	100.000	€ 300.000
Disease manager	€	40.000	€	-	€ 40.000
Centrale 116117	€	50.000	€	-	€ 50.000
MMG	€	100.000	€	-	€ 100.000
Farmacia dei servizi	€	-	€	100.000	€ 100.000
Telemedicina	€	62.250	€	20.750	€ 83.000
Formazione	€	62.500	€	62.500	€ 125.000
Registro fragilità	€	20.000	€	-	€ 20.000
Spese varie	€	-	€	10.000	€ 10.000
Totale	€	534.750	€	293.250	€ 828.000

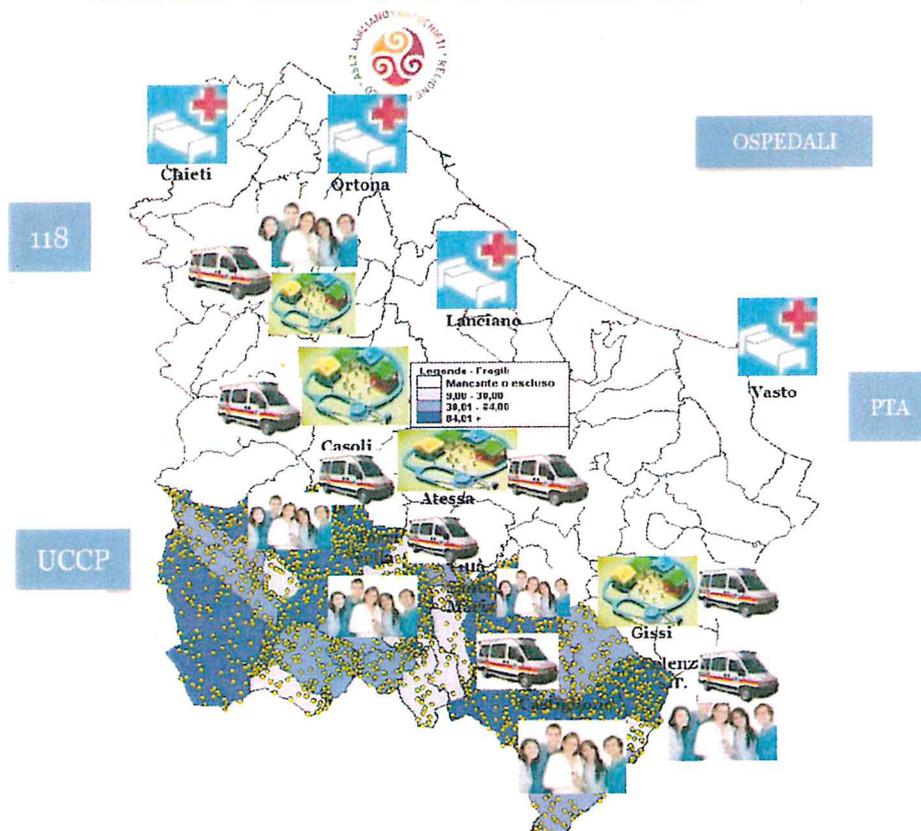
Distribuzione territoriale dei costi salvabili



L'ammontare dell'impegno della Asl Lanciano Vasto Chieti corrisponde a € 534.750 dei costi emergenti previsti a copertura delle innovazioni introdotte per 2/3 del Case management, Disease management, Centrale 116117, MMG, tele-salute, ½ della formazione e il Registro della fragilità. I costi a carico del progetto Aree Interne Area prototipale Basso Sangro – Trigno corrispondono a € 293.250 e riguardano la 1/3 del Case management sociale, la farmacia dei servizi, la teleassistenza, ½ della formazione e le spese varie. Nell'ipotesi che i costi cessanti dovuti alla riduzione dei ricoveri ospedalieri e degli

accessi al pronto soccorso, in seguito alla presa in carico proattiva della popolazione fragile, sia corrispondente a € 3.763.568, se sottraiamo i costi emergenti, pari a € 828.000, il risparmio corrisponderebbe a € 2.935.568 che saranno totalmente reinvestiti nel territorio in misura pari al grafico a torta seguente, che descrive la ripartizione territoriale del possibile risparmio.

Rete Cure Primarie



Una parte delle attività sono già in fase di realizzazione (Ospedale di comunità di Casoli, Postazioni 118, primi pazienti presi in carico attivamente dall'infermiere di fragilità e in telemedicina, Registro epidemiologico).

La mappa illustra la localizzazione geografica delle postazioni 118, dei PTA e delle UCCP come previsto dal programma nell'ambito e attorno al territorio dell'Area Interna Basso Sangro Trigno.

Di seguito sono indicati i tempi di avvio e presunta conclusione della predisposizione e messa in regime dei singoli interventi innovativi proposti nelle Aree Interne:

- Ambulatorio Infermieristico della fragilità (06/2015 – 12/2016) avviato;
- Servizio di tele-salute e teleassistenza (10/2015 – 10/2017) avviato;
- Protocollo dimissione programmata (06/2016 – 06/2018)
- Protocollo tra pronto soccorso e Mmg (05/2016 – 05/2018)
- Emergenza a bassa criticità – H24 Mmg/Mca (01/2016 – 12/2016)
- Rete emergenza (118) (07/2015 – 02/2016) avviato;
- Ospedale di comunità (09/2015 – 09/2018) avviato;
- Farmacia dei servizi (06/2016 – 06/2018)
- Centro Socio-Sanitario della fragilità (09/2015 – 07/2017) avviato;
- Corso di Formazione Infermieri e OSSF (10/2015 – 10/2017) avviato;
- Registro epidemiologico della fragilità (12/2015 – 12/2016)

		AMBULATORIO INF. FRAGILITA'	TELESALUTE TELEASSISTENZA	DIMISSIONE PROGRAMMATA	PROTOCOLLO PS E MMG	AMB. H24 MMG-MCA	RETE EMERGENZA	OSPEDALE DI COMUNITA'	FARMACIA DEI SERVIZI	CENTRO SOCIO SAN. FRAGILITA'	CORSO FORMAZ. INF. E OSSF	REFA
2015	Giu	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
	Lug											
	Ago											
	Sett											
	Ott											
Nov												
Dic	[Redacted]											
Genn												
Febb												
Mar												
Apr												
2016	Mag		[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
	Giu											
	Lug											
	Ago											
	Sett											
Ott												
Nov												
Dic	[Redacted]											
Genn												
Febb												
Mar												
Apr												
2017	Mag	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
	Giu											
	Lug											
	Ago											
	Sett											
Ott												
Nov												
Dic	[Redacted]											
Gen												
Feb												
Mar												
Apr												
2018	Mag	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
	Giu											
	Lug											
	Ago											
	Sett											
Ott												
Nov												
Dic												

Two handwritten signatures in black ink are located at the bottom right of the page. The first signature is more stylized and appears to be 'M...', while the second is a cursive signature.



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. N.5/08)

Via Martiri Lancianesi, 17/19 66100 CHIETI

AZIENDA SANITARIA LOCALE 02 LANCIANO/VASTO/CHIETI

All A - Linea progettuale 1 - Attività di assistenza primaria

Denominazione progetto	Budget assegnato
a) Rete assistenza primaria nei Distretti interni	€ 3.050.736,82

a) Titolo del progetto: Rete assistenza primaria nei Distretti interni

Referente aziendale: Pasquale Falasca, Mariagrazia Capitoli, Emidio Mastrovecchio

PREMESSE – L'evoluzione del quadro epidemiologico verso un significativo incremento della cronicità e della non autosufficienza rende assolutamente necessaria una ridefinizione dei modelli assistenziali sviluppando maggiormente un approccio proattivo che privilegi gli interventi di self-care, disease e case management proposti ai pazienti più fragili.

Gli Accordi Collettivi Nazionali dei MMG confermano il ruolo centrale dell'assistenza primaria quale garanzia della presa in carico e della salute complessiva del cittadino, attraverso compiti e programmi di prevenzione, educazione sanitaria, assistenza per le patologie acute e ai soggetti affetti da particolari patologie croniche, anche mediante la collaborazione con le altre figure professionali e le strutture sanitarie e sociali presenti sul territorio.

La continuità ospedale territorio, e la identificazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA), nell'ottica della gestione integrata del paziente, in particolare del paziente cronico e fragile, richiede l'adozione di una logica di processo assistenziale in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure attraverso il superamento di barriere organizzative, professionali ed operative. Considerato che i modelli organizzativi che si stanno diffondendo per la gestione delle malattie croniche (Chronic Care Model) sono accomunati dal fatto di essere sistemi organizzati, integrati, proattivi che pongono al centro dell'intero sistema, il paziente, la famiglie ed i care-givers informati ed educati a giocare un ruolo attivo nella gestione della patologia.

AMBITO E TIPOLOGIA DI INTERVENTO - Il progetto si propone di predisporre e sperimentare in rete di cure primarie multidisciplinare che vede coinvolti i MMG, la farmacia dei servizi, gli infermieri della fragilità e gli specialisti a programma che ruotano attorno al paziente fragile, identificato da un sistema epidemiologico capace di rilevare, in modo standardizzato, i soggetti che utilizzano maggiormente i servizi a parità di condizioni cliniche, sociali, ambientali e assistenziali.

Il seguente progetto definisce tempi e modalità di implementazione dei servizi (interventi innovativi) previsti dalla riorganizzazione dell'assistenza territoriale annunciata nel progetto salute della "Strategia Aree Interne" e definita nel Piano Strategico 2015-2017 della ASL Lanciano Vasto Chieti. La riprogettazione della Rete delle Cure Primarie prevede la presenza sul territorio dei tre Distretti di Guardiagrele, Sangro-Aventino e Alto Vastese di 4 PTA nei comuni di Guardiagrele, Atessa, Gissi e Casoli e 10 Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP, di cui 6 satelliti) nelle sedi erogative distrettuali di Atessa, Celenza sul Trigno, Casoli, Castiglione Messer Marino, Gissi, Guardiagrele, Lama dei Peligni, Orsogna, Torricella Peligna e Villa Santa Maria, con l'obiettivo di assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali dei livelli essenziali di assistenza (medicina generale tramite le AFT, assistenziale infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto e servizi sociali).



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. N.5/08)

Via Martiri Lancianesi, 17/19 66100 CHIETI

OBIETTIVI – Sono stati individuati i seguenti obiettivi:

1) Predisposizione dei seguenti servizi presenti in ciascun PTA:

- UCCP;
- Servizio di emergenza-urgenza (118);
- Ambulatorio infermieristico della fragilità;
- Punto Unico di Accesso (PUA) ad accesso diretto integrato con l'assistenza sociale dei Comuni;
- Ambulatorio H 24 MMG/MCA;
- Consultorio (screening) e punto prelievi ad accesso programmato;
- Specialistica ambulatoriale ad accesso programmato (per i pazienti fragili);
- Ospedale di Comunità;
- Strutture residenziali (Case residenza per anziani, Residenze psichiatriche, Hospice, Comunità terapeutiche, Case alloggio, Centri diurni);
- Sede del servizio di assistenza domiciliare e dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Grado Fragilità

UCCP	Grado Fragilità			Abitanti totali
	Alta	Media	Bassa	
Atessa	908	2579	18889	22376
Celenza sul Trigno	162	385	1721	2268
Casoli	565	1582	10974	13121
Castiglione	245	931	4348	5524
Gissi	588	1539	8913	11040
Guardiagrele	802	1832	13388	16022
Lama	332	942	5047	6321
Orsogna	770	1907	16460	19137
Torricella	428	988	4159	5575
Villa Santa Maria	420	1221	7022	8663
Totale Tre Distretti	5220	13906	90921	110047

2) Le UCCP, la cui apertura è di 24 ore al giorno e 7 giorni alla settimana, garantiscono la presa in carico dei pazienti per le problematiche sanitarie non differibili per tutto l'arco della giornata, hanno un delegato che le rappresenta, si coordinano con la ASL attraverso il distretto di appartenenza e coprono un bacino di utenza indicato in tabella. L'UCCP prevede: postazione 118, ambulatori di medici di medicina generale con continuità assistenziale H 24, Punto Unico di Accesso (PUA), Ambulatorio infermieristico della fragilità. Le caratteristiche minime strutturali dell'UCCP, nel rispetto delle indicazioni di cui al vigente ACN per la medicina generale, sono le seguenti:

- almeno due studi medici per l'attività ordinaria;
- uno studio medico da dedicare alle attività connesse agli ambulatori di patologia e per codici bianchi/ continuità assistenziale/H 24;
- una sala d'attesa dimensionata in ragione della consistenza degli assistiti che afferiscono all'UCCP;
- un locale destinato all'attività di accoglienza/accettazione;
- due aree da adibire a ripostiglio/archivio;
- 2 bagni (uno per disabili destinato all'utenza uno destinato al personale);



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. N.5/08)

Via Martiri Lancianesi, 17/19 66100 CHIETI

Oltre ai Medici di Medicina Generale le figure professionali coinvolte saranno: personale infermieristico, amministrativo di segreteria, ostetrico, sociale e/o di assistenza sociosanitaria.

3) Ambulatorio infermieristico della fragilità.

Operativo in fase iniziale nelle sedi principali per 6 ore al giorno per 5 giorni a settimana, svolge le sue attività in favore di tutta la popolazione dell'ambito territoriale di riferimento. Utilizzerà personale infermieristico del Distretto. A tal fine vengono individuati i seguenti standard:

- Ogni 1200 pazienti fragili in Disease Management per patologie quali: BPCO, Diabete, Scompenso Cardiaco e Ipertensione lo standard è di due infermieri.
- Ogni 1000 pazienti fragili con pluri patologia in Case Management lo standard stimato è di 10 infermieri
- Dovranno essere presenti due infermieri per la Telesalute e Teleassistenza a supporto della gestione pro attiva assistenziale dei 2200 pazienti suddetti.
- n. 2 personale amministrativo di segreteria per l'attività istituzionale e le attività comuni di tutti i professionisti presenti nell'UCCP;
- Servizi di medicina specialistica, strumentale e diagnostica di primo livello individuati sui bisogni degli pazienti relativi al bacino d'utenza, in aggiunta servizi di tele medicina e specialisti dedicati (geriatria, medicina interna, cardiologia);
- personale sociale e/o di assistenza sociosanitaria.

E' stato stimato che su 110.047 abitanti dei tre Distretti 5.220 sono pazienti ad alta fragilità e 13.906 sono a media fragilità (circa 20.000 abitanti). Questi soggetti identificati come pazienti fragili rappresentano il 17% della popolazione e consumano il 68% delle risorse per i ricoveri ospedalieri, accessi al pronto soccorso, assistenza specialistica e farmaceutica. In base al differente grado di fragilità sarà assicurata una particolare modalità di presa in carico:

- a) Alta fragilità: Case Management
 - b) Media Fragilità: Disease Management
 - c) Bassa Fragilità (solo i pazienti cronici): Farmacia dei servizi
 - d) Pazienti di alta e media fragilità in ADI e dimessi dall'ospedale: Telemedicina (si veda progetto LP5).
- a) Case Management: Per i 5220 pazienti con alta fragilità saranno previsti 30 infermieri (36 ore settimanali per infermiere). L'attività di presa in carico proattiva in case management prevede che l'infermiere, previa condivisione con il MMG del paziente, quale responsabile della gestione clinica, è chiamato a:
- Contattare i pazienti e valutare la condizione di fragilità attraverso un'intervista, dopol'acquisizione del consenso del paziente;
 - Proporre loro un percorso di presa in carico infermieristica: essere un riferimento nominativo per il paziente in caso di necessità e offrire un supporto alla risoluzione dei problemi assistenziali;
 - Promuovere l'aderenza alla terapia, individuando i problemi di non adesione, elaborando strategie di mantenimento e/o miglioramento della propria condizione cronica;
 - Sostenere il self-care cioè quelle pratiche terapeutiche di autocura, anche attraverso il coinvolgimento delle reti formali e informali;
 - Verificare e promuovere l'adozione di corretti stili di vita;
 - Integrare la propria attività oltre che con il MMG del paziente, con gli altri servizi Distrettuali, l'Ospedale e i Servizi sociali che entreranno in contatto col paziente.
- a) Disease Management. L'attività infermieristica è complementare all'attività a supporto dell'ambulatoriale specialistica per le visite diabetologiche, cardiologiche, nefrologiche, geriatiche e neurologiche. Gli infermieri prenderanno in carico autonomamente i pazienti cronici relativamente stabili per seguire la adesione ai trattamenti e alle raccomandazioni mediche, inviando il paziente al MMG per le prescrizioni e agli specialisti, in accordo col



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. N.5/08)

Via Martiri Lancianesi, 17/19 66100 CHIETI

MMG, in caso di bisogno o quando schedato, a livello operativo l'Ambulatorio Infermieristico delle Fragilità del Disease management effettuerà:

- Controlli periodici, secondo un calendario prestabilito che si integrano con quello specifico per patologia;
 - Almeno una telefonata al mese per verificare lo stato di compenso;
 - Visite assistenziali ambulatoriali/domiciliari su appuntamento per il controllo dei parametri clinici e dell'equilibrio assistenziale;
 - La corretta applicazione del Protocollo Aziendale dell'Ambulatorio Infermieristico delle Fragilità
- c) Farmacia Dei Servizi sono le farmacie rurali che sosterranno l'aderenze alla terapia farmacologica, limitando errori e danni di una cattiva gestione dei farmaci, al fine di migliorare la salute, con un compenso per ciascun paziente cronico preso in carico, integrato sperimentalmente insieme al compenso per la prenotazione CUP e la distribuzione per nome e per conto: saranno inizialmente inseriti nel percorso 2000 pazienti nei tre distretti.
- d) Percorso Donna: attività consultoriale (ostetrica) che sarà orientata alla presa in carico proattiva delle donne in età fertile dei tre distretti nell'ambito del percorso nascita (inclusa la continuità per il ricovero ospedaliero per il parto) e il sostegno assistenziale al dopo parto e allattamento. Sarà inoltre offerta una colloquio consultoriale ostetrico a tutte le donne in età post fertile (menopausa) per la individuazione dei fattori di rischio legati alla menopausa, all'indirizzamento per l'approfondimento clinico e diagnostico degli eventuali problemi e screening del pavimento pelvico. Il servizio consultoriale (oltre alle classiche attività di screening oncologico) provvederà anche all'invio al centro pelvico ospedaliero e alla presa in carico riabilitativa post intervento.

4) Ambulatorio MMG MCA H24

Ambulatori di MMG - Continuità Assistenziale H24 per le urgenze a bassa intensità e prestazioni a basso contenuto di complessità. I medici di CA saranno attivi negli orari lasciati scoperti dai medici di medicina generale, potranno inizialmente esercitare anche nelle ore diurne. L'AFT che insiste nella UCCP prevedrà, in un primo tempo, la presenza di 15 medici che eserciteranno 5 ore la settimana in più rispetto all'orario di esercizio per un totale di 75 ore totali. Delle 75 ore 66 saranno dedicate all'H24 dei pazienti fragili e ai codici bianchi, le altre 9 ore saranno dedicate alle attività di governo clinico. Nelle zone disagiate l'AFT sarà costituita da 10 medici che eserciteranno 5 ore la settimana in più rispetto all'orario di esercizio per un totale di 50 ore tutte dedicate all'ambulatorio H24 con appoggio diurno dei medici di Continuità Assistenziale.

Il cittadino qualora ritenga di aver bisogno di risposta immediata e intervento tempestivo contatta il 118 o 116117. Tali numeri telefonici garantiscono il trattamento tempestivo o con il trasporto del paziente al PS (condizioni tempo-dipendenti) o con interventi dell'equipe territoriale per condizioni a bassa complessità (ambulatorio H16 MMG/CA dell'UCCP). Spesso la probabilità maggiore di inappropriata accessibilità al PS viene imputata ai codici bianchi e ad una quota parte dei codici verdi: è stata stilata una lista di sintomi-disturbi-motivi di presentazione corrispondenti a questi codici, che dovrebbero essere trattati nell'ambulatorio MMG/CA H16, e una definizione dei percorsi assistenziali concordata con il DEA. Qualora si presenti all'osservazione del PS dopo un primo inquadramento saranno oggetto di invio a visita specialistica (con percorso facilitato fast-track) o di rinvio all' Ambulatorio MMG/CA H16 previo contatto telefonico e trasferimento di cura.

Costituzione dell'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) prevista dalla normativa e in via di regolamentazione (decreto del commissario n. 149 del 7/11/2014) che rappresenta la soluzione organizzativa idonea ad attivare l'Ambulatorio H 16 MMG/CA all'interno del PTA. I Medici di Medicina Generale e i Medici di Continuità Assistenziale ruotano su un ambulatorio dalle 8 alle 24 per garantire le cure delle urgenze a bassa complessità (codici bianchi e verdi). La sede dell'Ambulatorio e i collaboratori professionali saranno messi a disposizione dal Distretto nel PTA. L'ambulatorio H16 degli MMG/CA, qualora non venga direttamente contattato dall'utente, eroga le prestazioni in seguito a:

 4 

- Ricezione richiesta 118 - 116117;
- Contatto telefonico con PS (secondo il protocollo definito);
- Rinvio del cittadino da parte del PS per la successiva presa in carico da parte del MMG.

5) PUA

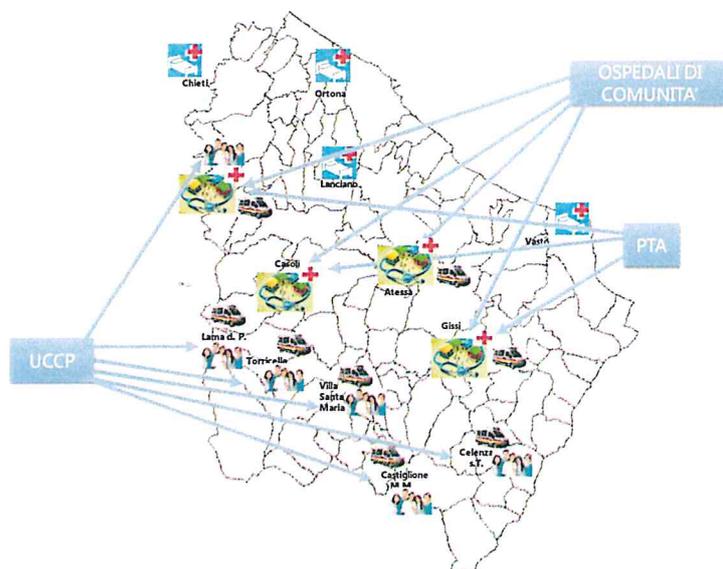
Ad accesso diretto integrato con l'assistenza sociale dei Comuni dedicato sia all'accoglienza e all'orientamento dell'utenza sia alla valutazione/risoluzione dei casi trattati attraverso il collegamento operativo continuo con le Unità di valutazione multidimensionale distrettuali, punto di integrazione privilegiata tra sanitario e sociale con l'obiettivo di condividere il patrimonio informativo dell'assistenza sociale dei comuni con quello sanitario.

6) 118

Servizio di emergenza-urgenza (118) per le risposte immediate e il trasporto tempestivo presso il PS/DEA, attive H24.

7) Specialistica Ambulatoriale

Con il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati in forma integrata con la Medicina generale, anche per gli ambiti dell'assistenza domiciliare e residenziale. Tali attività sono garantite con la presenza od eventualmente la reperibilità nell'arco delle 12 ore diurne di medici specialisti ambulatoriali, anche a provenienza ospedaliera.



8) Ospedale di comunità

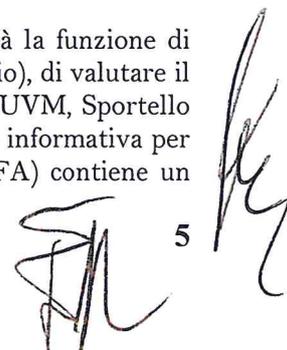
A responsabilità del MMG. L'Ospedale di Comunità costituisce un'innovativa modalità assistenziale di tipo intermedio: risponde alla necessità di affrontare nel modo più appropriato ed efficace quei problemi di salute di solito risolvibili a domicilio ma che, in particolari pazienti, in condizioni di particolare fragilità sociale e sanitaria (pazienti molto anziani o soli, affetti da più malattie che si scompensano facilmente, ecc.) richiedono di essere assistiti in un ambiente sanitario protetto. Attualmente sono attivi con 10 posti letto a Casoli e Gissi, saranno previsti ad Atesa e Guardiagrele.

9) Formazione

A carico delle ASL rivolto ai MMG sottoscrittori e agli infermieri di fragilità finalizzato ad acquisire le capacità di progettazione, costruzione, organizzazione e gestione di una UCCP e sviluppare le competenze per creare un sistema locale integrato di cure primarie, in grado di migliorare la qualità delle cure, misurabili e verificabili in termini di out come clinici e al tempo stesso di ridurre i costi sanitari globali. Il primo convegno è previsto in data 08/10/2015. Il corso avrà durata di 2 anni.

- 10) Registro Epidemiologico Fragilità Assistenziale: Piattaforma informativa che avrà la funzione di supportare l'attività di iniziativa della UCCP (chiamata attiva, agenda, monitoraggio), di valutare il servizio (report periodici ed analisi ad hoc), di scambiare e condividere con PUA/UVM, Sportello sociale dei Comuni, Pronto Soccorso, Reparti ospedalieri medici. Costituirà la base informativa per audit clinici periodici. Il registro epidemiologico della fragilità assistenziale (REFA) contiene un

5





REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. N.5/08)

Via Martiri Lancianesi, 17/19 66100 CHIETI

algoritmo predittivo che permette in ciascun momento di calcolare un punteggio di fragilità per ciascun paziente in base all' utilizzo dei servizi e delle terapie degli ultimi anni tenendo conto delle proprie caratteristiche cliniche, socio-economiche, ambientali e di autosufficienza. L' effettiva realizzazione dell'anagrafe dei "soggetti fragili" prevederà, tra le prime fasi operative, l'individuazione di criteri che consentano di identificare i soli assistiti presenti nelle diverse banche dati (banca dati assistiti, prestazioni sanitarie relative ai ricoveri, farmaceutica, prestazioni psichiatriche, prestazioni socio-sanitarie, invalidi civili, esenzioni) delle ASL che presentassero caratteristiche di elevato rischio di fragilità. La banca dati così realizzata non risulterà semplicemente un elenco di nominativi ma consente di rappresentare i diversi dati clinico socio-sanitari nei dettagli, per fornire ai singoli Distretti socio-sanitari e ai MMG dell'UCCP, le informazioni relative agli assistiti, fino alle specifiche che hanno portato alla caratterizzazione di "soggetto fragile". Attraverso tale strumento informatico i Distretti hanno a disposizione una mappatura delle diverse tipologie di "fragilità" e della loro diversa distribuzione in relazione alla differente situazione di gravità ed all'assegnazione ai diversi Medici di Base presenti sul territorio. La completezza dei dati contenuti negli elenchi consente pertanto di Distretti e ai MMG dell'UCCP, di attivare una pianificazione locale degli interventi di prevenzione e sorveglianza o di potenziamento delle attività di sostegno socio-sanitario modulati in funzione dell' entità del rischio.

PROGRAMMA DELLE AZIONI E TEMPI DI ATTUAZIONE	Progetto a valenza biennale che coinvolge nella 1^ fase: la costituzione del 40 % degli ambulatori infermieristici e di quelli H24 entro il primo anno 2^ fase: la ristrutturazione dei locali e delle strutture di accoglienza, nonché la predisposizione delle attrezzature dei PTA entro i primi due anni Ultima fase: messa a regime e valutazione dell'impatto sulla salute e sui costi complessivi	
INDICATORI quali/quantitativi	<ul style="list-style-type: none">- n. di soggetti fragili presi in carico- qualità: soddisfazione dei pazienti e misura dello stato di salute percepita- n. ricoveri ospedalieri impropri evitati (in base a quelli attesi)- n. accessi al PS con codice verde e bianco evitati (in base a quelli attesi)- n. Risparmio ottenuto considerando i costi emergenti e quelli cessanti-	
UTILIZZO DELLE RISORSE	<i>Il costo complessivo del progetto sarà destinato</i>	10 % formazione del personale 40 % adeguamento strutture 20% attrezzature 20% farmacia dei servizi 10% strumentazione

Data

Firma

Pasquale Falasca,

Mariagrazia Capitoli,

Emidio Mastrovecchio



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. N.5/08)

Via Martiri Lancianesi, 17/19 66100 CHIETI

AZIENDA SANITARIA LOCALE 02 LANCIANO/VASTO/CHIETI

All A - Linea progettuale 5 - Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche.

Denominazione progetto	Budget assegnato
a) Servizi di telemedicina specialistica, telesalute e teleassistenza territoriale	€ 1.946.787,25

a) Titolo del progetto Servizi di telemedicina specialistica, telesalute e teleassistenza territoriale

Referente aziendale: Pasquale Falasca, Emidio Mastrovecchio

PREMESSE – L'aumento progressivo della vita media, associato alla maggiore esposizione a fattori di rischio (es. fumo) e al cambiamento degli stili di vita (elevato introito energetico, bassi livelli di attività fisica), hanno determinato negli ultimi anni un marcato aumento delle patologie cronico-degenerative come il diabete mellito, la BPCO e le malattie cardiovascolari.

In Italia, in base ai dati ISTAT, la prevalenza del diabete, riferita all'anno 2010 e stimata su tutta la popolazione, è pari al 4,9%. La prevalenza sale a circa il 13% nella fascia di età fra i 65 e i 74 anni, mentre oltre i 75 anni una persona su 5 ne è affetta (prevalenza del 19.8%). In pratica quasi 3 milioni di persone in Italia soffrono di diabete (di cui oltre il 90% da diabete di tipo 2); inoltre, si stima che almeno un milione di persone siano affette da diabete non diagnosticato.

In soli 10 anni, dal 2000 al 2010, la prevalenza del diabete è cresciuta dal 3,7% al 4,9%, pari in termini assoluti a circa

1 milione di pazienti in più. Analogamente, la BPCO rappresenta ad oggi la 5° causa di morte, ed è destinata a diventare la 3° nei prossimi anni.

La gestione di tali patologie ha un impatto molto elevato sul sistema sanitario, in termini di consumo di risorse, loro efficienza e quindi costi.

In un contesto di crescente pressione sulla spesa, è quindi chiave sviluppare soluzioni e modelli di gestione che favoriscano un più efficace ed efficiente impiego delle risorse.

In particolare, nell'ambito delle patologie croniche, la telemedicina specialistica, la telesalute e la teleassistenza possono rappresentare, come dimostra la letteratura degli ultimi anni, un valido strumento per un miglior controllo del Paziente, riducendo ad esempio gli accessi impropri alle strutture sanitarie (es. Pronto Soccorso) e favorendo una dimissione precoce e protetta dall'ospedale.

Telesalute e teleassistenza sono esempi di tecnologie di supporto che mirano a migliorare i risultati per le persone con condizioni di salute a lungo termine o necessità di assistenza sociale. Essi possono anche ridurre l'uso degli ospedali e delle case di cura. Si tratta di un grande studio randomizzato controllato per valutare l'impatto e l'efficacia di queste tecnologie.

Il Nuffield Trust di Londra misura un aspetto di una valutazione su larga scala di teleassistenza e telemedicina:

- la telesalute può aiutare le persone con condizioni di salute a lungo termine come il diabete, insufficienza cardiaca e malattia polmonare ostruttiva cronica. Si riferisce allo scambio a distanza di dati tra



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. N.5/08)

Via Martiri Lancianesi, 17/19 66100 CHIETI

un operatore sanitario e un individuo, e si propone di aiutare la diagnosi e la gestione delle condizioni. Gli esempi includono il monitoraggio della pressione arteriosa, della glicemia e l'aderenza alla prescrizione di farmaci.

- la teleassistenza è stata progettata per le persone con bisogni di assistenza sociale per il monitoraggio a distanza delle condizioni o dello stile di vita di un individuo. Ha lo scopo di gestire i rischi di una vita indipendente. Gli esempi includono sensori automatici di movimento, sensori di cadute e sensori di presenza a letto.

AMBITO E TIPOLOGIA DI INTERVENTO - Il progetto si propone di dotare l'Ambulatorio Infermieristico della Fragilità (si veda progetto LP1) con l'adozione di nuove tecnologie e programmi di telemedicina e teleassistenza utili per la gestione integrata tra ospedale e territorio e la presa in carico assistenziale di alcune condizioni cliniche, tra le quali lo scompenso cardiaco, le bronco pneumopatie croniche, il diabete. Sarà presente una centrale infermieristica (call center infermieristico) H 12 6/7 ed un portale clinico, accessibile via web con credenziali certificate da parte degli utenti autorizzati. Il paziente potrà avere a disposizione un Home KIT composto: da centralina di comunicazione per la raccolta via bluetooth delle misurazioni provenienti dagli strumenti in dotazione al paziente e lo scambio di dati con il portale clinico. L'HUB potrà comunicare con il portale clinico tramite una SIM dati interna (fornita) o tramite normale linea analogica domestica. Il portale clinico permetterà alla centrale di raccogliere tutte le misurazioni inviate dai dispositivi medicali, eseguire un Triage e generare alert in presenza di misurazioni anomale rispetto ai range definiti, ricevere e generare messaggi per permettere la condivisione delle misure da parte degli attori coinvolti e la comunicazione integrata con il paziente. Inoltre sarà possibile descrivere per ogni paziente il percorso di diagnosi, cura e assistenza sia controllando le attività svolte tramite il sistema di alert e promemoria sia integrando i parametri clinici con gli episodi assistenziali e di cura nel tempo.

La categoria della Telemedicina specialistica comprende le varie modalità con cui si forniscono servizi medici a distanza all'interno di una specifica disciplina medica. Può avvenire tra medico e paziente oppure tra medici e altri operatori sanitari.

In base al tipo di relazione tra gli attori coinvolti, le prestazioni della Telemedicina Specialistica si possono realizzare secondo le seguenti modalità:

- **Televisita:** è un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente. L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla visita può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure. Durante la Televisita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente, può assistere il medico. Il collegamento deve consentire di vedere e interagire con il paziente e deve avvenire in tempo reale o differito.
- **Teleconsulto:** è un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette a un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici, in ragione di specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico del paziente.
- **Telecooperazione sanitaria:** è un atto consistente nell'assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario ad un altro medico o altro operatore sanitario impegnato in un atto sanitario. Il termine viene anche utilizzato per la consulenza fornita a quanti prestano un soccorso d'urgenza.
- Possono essere ricompresi nella Telemedicina Specialistica i Servizi di Telemedicina del Territorio erogati dai Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS).

OBIETTIVI

Il tele-monitoraggio domiciliare rappresenta una modalità di applicazione delle tecnologie di comunicazione ed informazione per portare l'assistenza nell'ambito domiciliare.

In linea con la riforma delle cure primarie e l'adozione di "chronic care models", esso può rappresentare un importante strumento di supporto per l'erogazione di assistenza sanitaria a domicilio.

Il tele-monitoraggio permette infatti di:

- Facilitare lo scambio di informazioni tra Paziente e Operatori sanitari



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. N.5/08)

Via Martiri Lancianesi, 17/19 66100 CHIETI

- Monitorare a distanza parametri clinici del Paziente, intercettando possibili peggioramenti
- Accedere ai dati del Paziente da qualsiasi luogo, monitorando meglio anche la sua aderenza alla terapia
- Fornire al Paziente strumenti di supporto per migliorare qualità della vita e aderenza alla terapia

Sulla base di questi obiettivi, è stato sviluppato un servizio di tele-monitoraggio domiciliare che fa leva su soluzione tecnologica che sia affidabile, facile utilizzo per gli utenti e faciliti l'interazione tra tutti gli attori.

PROGRAMMA DELLE AZIONI E TEMPI DI ATTUAZIONE	Progetto a valenza annuale coinvolge tutti i Distretti dell'Asl Lanciano vasto Chieti ' 1^ fase i Tre Distretti interni (Guardiagrele, Sangro-Aventino e Alto Vastese) 2^ fase i quattro Distretti della costa (Vasto, Lanciano, Ortona e Francailla al Mare) 3^ fase Chieti, con valutazione finale dell'impatto del progetto					
INDICATORI quali/quantitativi	<ul style="list-style-type: none">- n. pazienti in telemedicina specialistica, telesalute e teleassistenza- qualità- soddisfazione dei pazienti e misura dello stato di salute percepita- n. ricoveri ospedalieri impropri evitati (in base a quelli attesi)- n. accessi al PS con codice verde e bianco evitati (in base a quelli attesi)- n. Risparmio ottenuto considerando i costi emergenti e quelli cessanti					
UTILIZZO DELLE RISORSE	<table border="1"><tr><td rowspan="4"><i>Il costo complessivo del progetto sarà destinato</i></td><td>60% attrezzature</td></tr><tr><td>30% servizi</td></tr><tr><td>10% formazione del personale</td></tr><tr><td></td></tr></table>	<i>Il costo complessivo del progetto sarà destinato</i>	60% attrezzature	30% servizi	10% formazione del personale	
<i>Il costo complessivo del progetto sarà destinato</i>	60% attrezzature					
	30% servizi					
	10% formazione del personale					

Data

Firma

Pasquale Falasca,

Emidio Mastrovecchio