



Percorso demenza

**Le raccomandazioni SIQuAS
sull'integrazione tra sanità e sociale
come chiave di lettura**

Giorgio Banchieri, Sergio Cavasino,
Rita Lucchetti, Raffaella Pisano,
Antonella Proietti

FrancoAngeli

AsIQuAS, Associazione Italiana per la Qualità
della Assistenza Sanitaria e Sociale



AsIQuAS

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Percorso demenza

**Le raccomandazioni SIQuAS
sull'integrazione tra sanità e sociale
come chiave di lettura**

Giorgio Banchieri, Sergio Cavasino,
Rita Lucchetti, Raffaella Pisano,
Antonella Proietti



FrancoAngeli

AsIQuAS

Si ringraziano le Direzioni generali e sanitarie delle AUSL già Roma D ed E e della AUSL di Viterbo per aver consentito l'accesso agli autori del presente volume alle basi dati in loro disponibilità sia per l'analisi dei contesti territoriali osservati, sia per i dati sulle performance assistenziali.

Copyright © 2016 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazioni

Integrazione, di <i>Franco Di Stanislao</i>	pag. 7
Un lavoro di gruppo, di <i>Tatiana Pipan</i>	» 9
Il Percorso demenza e le Raccomandazioni SIQuAS, di <i>Daniela Donetti</i>	» 11
PDTA e de-ospedalizzazione, di <i>Vincenzo Panella</i>	» 13
Per un'integrazione ospedale-territorio, di <i>Angelo Tanese</i>	» 15

Parole chiave	» 17
----------------------	------

Introduzione , di <i>Giorgio Banchieri</i>	» 19
---	------

1. Lo stato dell'arte delle Linee guida e Raccomandazioni disponibili nell'individuazione, diagnosi, gestione della demenza , di <i>Rita Lucchetti</i>	» 33
2. L'integrazione socio-sanitaria nel Percorso demenza: dalle norme alle prassi operative nelle Regioni Lazio, Toscana, Lombardia e Emilia-Romagna , di <i>Raffaella Pisano</i>	» 67
3. Modelli regionali a confronto , di <i>Sergio Cavasino, Rita Lucchetti, Raffaella Pisano, Antonella Proietti</i>	» 81
4. La scelta della <i>best practice</i> , di <i>Sergio Cavasino, Rita Lucchetti, Raffaella Pisano, Antonella Proietti</i>	» 99
5. Il paziente con demenza e il suo caregiver: valutazione degli aspetti psicologici-cognitivi e trattamento riabilitativo , di <i>Sergio Cavasino</i>	» 103

6. Le demenze: analisi di contesto nel territorio della ex ASL RMD , di <i>Raffaella Pisano</i>	pag. 119
7. Le demenze: analisi di contesto nel territorio della ex ASL RME , di <i>Rita Lucchetti</i>	» 129
8. Le demenze: analisi di contesto nel territorio della ASL Viterbo , di <i>Sergio Cavasino, Antonella Proietti</i>	» 145
9. La proposta di un percorso di miglioramento per la presa in carico del paziente con demenza e indicatori per il monitoraggio , di <i>Sergio Cavasino, Rita Lucchetti, Raffaella Pisano, Antonella Proietti</i>	» 155
10. Il ruolo del Distretto nel PDTA demenze , di <i>Antonella Proietti</i>	» 159
Conclusioni , di <i>Sergio Cavasino, Rita Lucchetti, Raffaella Pisano, Antonella Proietti</i>	» 175
Bibliografia	» 177
Gli autori	» 189

Integrazione

di Franco Di Stanislao*

Uno dei temi centrali per lo sviluppo e la sostenibilità futura dei sistemi sanitari è rappresentato dal tema dell'integrazione, una delle parole più presente negli ultimi anni nei documenti di programmazione e organizzazione sanitaria, ma ancora così difficile da rendere sostanziale e non formale nella pratica professionale e organizzativa corrente.

L'integrazione interprofessionale, interdisciplinare, interlivello/setting operativi, intersettoriale è alla base di modelli concettuali di presa in carico della salute (*Chronic care model; Disease management; Integrated care models* ecc.) e delle relative modalità organizzative (dipartimenti integrati, reti cliniche, Punto unico di accesso, case della salute ecc.) e operative di erogazione dei servizi (*Clinical pathway/PDTA, Integrated care, Unità di valutazione multidisciplinari* ecc.).

L'esperienza di sistemi/cure integrate non è ancora pienamente sviluppata, anche per le "barriere tribali" che continuano a persistere, non solo in Italia¹, tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale, tra assistenza sanitaria e assistenza sociale, tra generalisti e specialisti. Ma tutti noi abbiamo imparato che i cambiamenti organizzativi e culturali non possono avvenire nel corso di una legislazione ma di qualche lustro. A 37 anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale sono a tutti evidenti gli enormi passi avanti effettuati. Tutti i sistemi regionali si sono mossi. Alcuni, favoriti da migliori situazioni economiche e da condizioni culturali e sociali storicamente determinatesi, si sono mossi più rapidamente, sperimentando modelli fortemente innovativi, altre regioni stanno avanzando più lentamente, ma nessuna è restata ferma.

* Presidente nazionale AsIQuAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale.

¹ "Dismantle tribal boundaries between different sections of health and social care for a more integrated service" ("Editorial. Future plans for the NHS", *Lancet*, 2014, 384: 1549).

Le evidenze sempre più numerose che vengono dalla ricerca clinica e organizzativa sull'influenza dell'integrazione dell'assistenza sugli esiti di salute, sull'equità delle prestazioni e sulla sostenibilità del sistema, ci spingono come SIQuAS a continuare sulla strada che abbiamo intrapreso in questi ultimi anni.

Il contributo che offriamo attraverso questo volume è in linea con le indicazioni dell'European Social Network Conference che invita i Paesi membri a stringere legami sempre più stretti tra responsabili politici, professionisti, ricercatori, associazioni dei cittadini in modo da apprendere dalle esperienze nonché di sviluppare e condividere i risultati della ricerca e sulle migliori pratiche all'interno e tra i Paesi.

È all'interno di questa logica che vengono descritte metodologie e strumenti di analisi/valutazione/progettazione che vengono sottoposte all'analisi critica dei lettori e alla loro possibile applicazione al fine di contribuire a fornire un apporto conoscitivo e pragmatico alla ricerca operativa e individuare le possibili strategie per dar corpo e senso compiuto alla parola integrazione dell'assistenza socio-sanitaria.

Un lavoro di gruppo

di Tatiana Pipan*

Possiamo considerare l'alta formazione come una "sospensione del tempo" per acquisire nuove competenze e attivare la riflessività per promuovere il cambiamento. Questo libro ne è infatti una testimonianza in quanto rappresenta il lavoro ideato ed elaborato da un gruppo di professionisti della sanità i quali hanno partecipato al master sull'innovazione manageriale (MIAS) promosso dal DISSE "Sapienza" a partire dall'a.a. 2004-2005. Oltre alle lezioni frontali i professionisti che vi partecipano sono tenuti a presentare un lavoro ideato e scritto nell'ambito dello spazio del *project work* finalizzato alla scelta negoziata e condivisa del tema per favorire la cooperazione di gruppo. Si intende così sviluppare un apprendimento che incida sulle pratiche lavorative per produrre innovazione, la dove la progettualità è concepita anche come cambiamento di sé. Il *project work* dunque come uno spazio per imparare a dialogare con altri, per confrontarsi con la gerarchia e affermare le proprie idee, per imparare a posizionarsi e a relazionarsi con altre organizzazioni connesse con la propria e attivare la rete intesa non come struttura statica ma come azioni da promuovere nella loro processualità. Attività che richiedono specifiche competenze negoziali che mirano al principale obiettivo di erogare un buon servizio.

Spesso i professionisti sono poco propensi a percepirsi come gruppo nonostante lo esiga la complessità del loro lavoro sfaccettato tra dimensioni diverse (cliniche, gestionali e amministrative) ma fortemente intrecciate che richiedono expertise sia delle pratiche cliniche sia una capacità di comunicare nonché saper gestire anche i possibili conflitti che nel gruppo possono sorgere. Con l'acquisizione di queste nuove competenze manageriali essi potranno garantire un migliore utilizzo delle risorse umane e materiali presenti nelle loro strutture.

* Professore associato del Dipartimento di Scienze sociali ed economiche, Università "Sapienza", Direttore del master MIAS, Management e innovazione nelle aziende sanitarie.

Nel caso che qui si presenta, il gruppo composto da medici impegnati in ambito amministrativo, distrettuale, di unità complessa legata alle questioni inerenti all'accreditamento e da una psicologa, provenienti da ASL diverse, dislocate sul territorio laziale, era accomunato dalle problematiche di gestione relativa alla assistenza e cura dei malati affetti dalla sindrome di Alzheimer o altre forme di demenze, fenomeno di grande rilevanza sanitaria nell'ambito dei loro contesti territoriali per l'elevato impatto sociale, sanitario ed economico. L'intreccio tra cronicità della malattia e la personalizzazione delle risposte assistenziali richiede risorse pubbliche e private dentro a percorsi territoriali integrati che presentano spesso criticità e quindi richiedono immaginazione nel miglioramento dell'assistenza dei malati nelle diverse fasi attraverso le quali la malattia tende a evolversi. Il loro lavoro rappresenta un contributo significativo alla modellizzazione dei percorsi di cura, non avulso dai temi tradizionali che il MIAS conduce da tempo, ovvero il difficile percorso dell'integrazione socio sanitaria come risposta al processo di deospedalizzazione che vede impegnata – tra non molte difficoltà – anche la rete delle strutture sia sociali sia sanitarie della Regione Lazio e pertanto rappresenta un contributo significativo che potrà essere utile a molti altri professionisti che cercano quotidianamente di risolvere problemi analoghi in molte altre regioni italiane.

Il Percorso demenza e le Raccomandazioni SIQuAS

di Daniela Donetti*

L'impatto epidemiologico delle malattie cronicodegenerative impone di individuare percorsi di presa in carico che sappiano coniugare l'efficacia dell'intervento tecnico con il razionale utilizzo delle risorse, al fine di conseguire un riequilibrio della domanda-offerta. La demenza, tra le patologie croniche, forse è quella che più di altre implica un intervento articolato e complesso.

Gli autori di questo lavoro propongono un PDTA per la demenza che tiene conto della complessità della patologia, dell'utilizzo appropriato delle diverse risorse presenti nel territorio (istituzionali e non) dando pari dignità alle varie dimensioni del percorso (organizzativa, di continuità delle cure, di integrazione socio-sanitaria e clinica) coerentemente al modello del *Chronic care model*. In particolare viene data rilevanza all'attività valutativa multidimensionale e alla personalizzazione del Piano di Assistenza, associando gli interventi appropriati alla specifica fase di malattia.

In linea con i Piani operativi 2013-2015 della Regione Lazio, la ASL di Viterbo nel proprio Piano strategico ha individuato nella rete lo strumento organizzativo per far fronte al cambiamento della domanda di salute assumendo come riferimento il *Chronic care model*, quale modello validato per affrontare la fragilità e la cronicità; l'obiettivo è quello di fornire una risposta integrata focalizzando l'attenzione sull'intero percorso assistenziale e sulla continuità delle cure piuttosto che sull'aspetto esclusivamente prestazionale. Il PDTA costituisce in tal senso lo strumento operativo della rete.

È in questo senso che, il percorso proposto in questo libro, attraverso una opportuna contestualizzazione, potrà essere un utile riferimento per la riorganizzazione e il governo della "rete demenza". Inoltre in considerazione dell'approccio metodologico seguito può rappresentare uno strumento per la costruzione di altri PDTA.

* Direttore generale ASL Viterbo.

PDTA e de-ospedalizzazione

di Vincenzo Panella*

Le modifiche del quadro epidemiologico generale delle malattie con aumento di quelle cronico-degenerative impongono di rivedere la vecchia visione *ospedalocentrica* dell'erogazione dei servizi in favore di una più attuale modalità che privilegia la deospedalizzazione. Tutto ciò impone di rivedere sia la tipologia dei servizi forniti in funzione della nuova epidemiologia sia la loro corretta collocazione sul territorio.

In questo ambito assume un'importanza strategica la presa in carico complessiva e olistica del paziente e ancor prima del cittadino, attraverso un'azione di deospedalizzazione caratterizzata dalla presa in carico del paziente cronico nella sua complessità attraverso lo strumento del Piano diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA).

Appare evidente, quindi, come lo studio di una metodologia di analisi e costruzione di PDTA per le demenze, ma applicabile ad altre patologie affrontato in questo libro, assuma una valenza strategica.

L'attenzione rivolta dal gruppo di lavoro allo studio di una metodologia basata sul rafforzamento della rete socio-assistenziale è argomento di grande attualità che risponde alle indicazioni dettate dalla Regione Lazio attraverso i Piani operativi 2013-2015 e che l'Azienda ASL Roma D ha fatto proprie attraverso la stesura del Piano strategico 2014-2016 i cui principi cardine si basano proprio sulla presa in carico globale del paziente, rivolgendo una particolare attenzione nei confronti dell'anziano fragile e della persona affetta da demenza e disturbi cognitivi degenerativi.

Questo lavoro rappresenta quindi un valido strumento per la realizzazione di obiettivi strategici che tutti gli attori coinvolti dovranno impegnarsi a raggiungere attraverso sia la costruzione di PDTA all'interno delle case della salute sia attraverso il rafforzamento della rete socio-assistenziale a supporto del paziente e dei suoi familiari.

* Direttore generale Salute e politiche sociali dell'Assessorato alla Sanità Regione Lazio.

Per un'integrazione ospedale-territorio

di Angelo Tanese*

Nell'attuale percorso di potenziamento dell'assistenza territoriale che la sanità laziale sta intraprendendo, la definizione e l'implementazione di un PDTA demenza assumono una valenza strategica per una presa in carico globale della "persona demente" e della sua famiglia.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, determina la necessità di una incisiva rivalutazione dei *setting* assistenziali per le patologie croniche mediante l'applicazione di modelli quali il *Chronic care model* e il *Disease management*, paradigmi della sanità d'iniziativa.

Il pregio di tali strumenti è senza dubbio quello di favorire un'analisi integrata del carico assistenziale delle patologie croniche da parte di tutti gli attori coinvolti, al fine di costruire una "rete" di servizi con cui ridisegnare e rafforzare gli interventi socio sanitari.

La metodologia usata e descritta nel libro, esportabile e praticabile nell'ambito della costruzione di tutti i PDTA, rappresenta un elemento innovativo e di notevole impatto nell'attuazione dei Programmi operativi 2013-2015 recentemente approvati dalla Regione Lazio.

Ma allo stesso tempo può fornire un prezioso contributo alla pianificazione strategica delle aziende sanitarie, chiamate a definire e programmare interventi di riorganizzazione strutturale dell'offerta e di ripensamento dei servizi sul territorio, con l'obiettivo prioritario di perseguire "un disegno di integrazione con la rete territoriale – percorsi diagnostico terapeutici e case della salute – e/o ospedaliera".

Gli strumenti utilizzati forniscono infatti basilari indicazioni per la costruzione dell'aspetto *core* delle case della salute, vale a dire il luogo in grado di favorire un'integrazione reale fra ospedale, territorio e socio-assistenziale nei

* Direttore generale ASL Roma 1, già direttore generale ex ASL Roma E.

percorsi di accoglienza e presa in carico dei cittadini, in una prospettiva di apertura anche con la “comunità”, con il mondo del volontariato e dell’associazionismo.

Da questo punto di vista, questo volume consente anche di ricordare a tutti noi, che operiamo per migliorare costantemente l’assistenza sanitaria, la logica di servizio che deve ispirare e orientare costantemente l’azione di supporto alla persona fragile e a quelli che se ne prendono cura.

Parole chiave

Demenza	Presa in carico	PUA Punto unico di accesso	UVMD Unità valutativa multidimensionale distrettuale Centro territoriale esperto	Integrazione socio-sanitaria Centro diagnostico di II livello
PAI Piano assistenziale individualizzato		Percorso assistenziale	Distretto sanitario	Trattamento psico-comportamentale
Caregiver	Case manager			Trattamento riabilitativo

Introduzione

di Giorgio Banchieri*

Il seguente volume presenta il risultato di un lavoro di ricerca – “Il PDTA demenze: le raccomandazioni SIQuAS sull’integrazione socio-sanitaria come chiave di lettura” – sviluppato da un gruppo di allievi del master MIAS, “Management e innovazione nelle aziende sanitarie”, edizione 2012-2013, gestito dal DiSSE, Dipartimento di scienze sociali ed economiche, dell’Università “Sapienza” di Roma.

I partecipanti al gruppo di ricerca sono stati il dott. Sergio Cavasino, la dott.ssa Rita Lucchetti, la dott.ssa Raffaella Pisano e la dott.ssa Antonella Proietti.

L’interesse per questo lavoro è la presenza in esso di un impianto metodologico molto coerente che ha dato un’impronta unitaria fortemente agganciata a riferimenti di letteratura scientifica e ha consentito uno sviluppo degli assunti di ricerca in maniera consequenziale ed esauriente.

Il razionale della ricerca ha il suo incipit nella considerazione che le demenze comprendono un insieme di patologie caratterizzate da deficit funzionali e da disturbi comportamentali che compromettono l’autonomia nelle attività quotidiane, sono causa di gravi disabilità e influenzano in modo incisivo la qualità della vita del paziente e di chi se ne prende cura.

Questo in un contesto demografico ed epidemiologico che si caratterizza in un invecchiamento progressivo della popolazione e in un basso tasso di natalità. Nel breve e medio termine il sommarsi dei due driver comporta un aumento esponenziale degli over 65 e over 75, con una durata media della vita che supera sia per gli uomini sia per le donne gli 80 anni.

* Docente e coordinatore didattico del master MIAS, Management e innovazione nelle aziende sanitarie, DiSSE, Dipartimento di Scienze sociali ed economiche, Università “Sapienza”, Roma; segretario AsIQuAS, Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale.