



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

L'Esperienza delle Aziende

Dott. Enrico Montanari

Polo Neurologico Interaziendale Parma



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

SEMINARIO REGIONALE
IL CENTRO DISTURBI
COGNITIVI E DEMENZE NELLA
CASA DELLA SALUTE ALLA
LUCE DELLA DGR 990/2016
**NUOVO PROGETTO
REGIONALE DEMENZE
EMILIA-ROMAGNA**

PARMA 9 MARZO 2017
SALA CONFERENZE "L. ANEDDA" ASSISTENZA PUBBLICA ONLUS - VIA GORIZIA 2

Outline

- ▶ Delibera Regionale 2581/99
- ▶ Programma Aziendale Demenze 2005
- ▶ Polo Neurologico Interaziendale

Outline

► Delibera Regionale 2581/99

Programma Aziendale Demenze 2005

Polo Neurologico Interaziendale

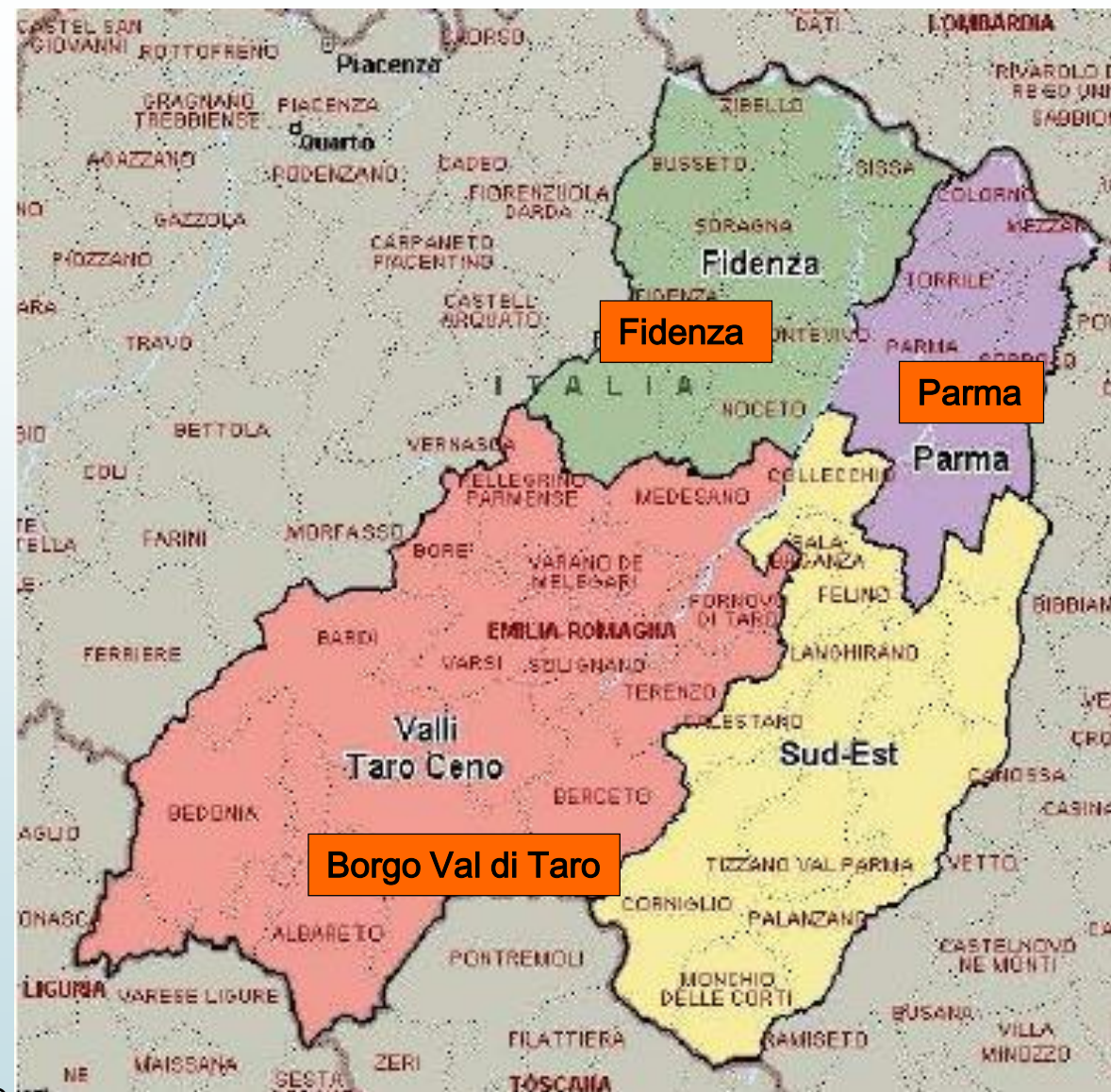


1 GARANTIRE UNA DIAGNOSI ADEGUATA E TEMPESTIVA

1.2 La diffusione e l'attività dei consultori per le demenze

2000	
Centro Esperto Diagnosi e Cura dei Disturbi Cognitivi	Distretto di Parma
Consultorio Disturbi Cognitivi	Distretto di Fidenza
2001	
Centro Delegato Borgo Taro	Distretto Valli Taro e Ceno

Provincia di Parma	
Popolazione Generale	407.754
Popolazione > 65 anni	93.278



Documento Aziendale Prot. 422 del 5 maggio 2000
 “Progetto Provinciale-Servizi per le Demenze”

Outline

Delibera Regionale 2581/99

► Programma Aziendale Demenze 2005

Polo Neurologico Interaziendale

Documenti Aziendali

- Piano Attuativo Locale P.A.L. (2005 – 2007)

Il PIANO ATTUATIVO LOCALE è il fondamentale documento programmatico di riferimento per la Sanità ed i Servizi socio-sanitari che gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie della provincia di Parma hanno elaborato e condiviso, attraverso un percorso di analisi, partecipazione e consultazione.

Il PIANO disegna lo scenario complessivo e specifico degli indirizzi e delle scelte che la nostra comunità è chiamata a realizzare per il miglioramento dei livelli assistenziali e del benessere collettivo nei prossimi anni.

- Piano Attuativo Locale P.A.L. (2009 -2011)
- Piano delle Azioni annuale

Piano Attuativo Locale P.A.L. (2005 – 2007)

9.8 LE DEMENZE

9.8.1 ANALISI - STATI DI FATTO

Sul territorio provinciale sono presenti due consultori per le demenze:

- Parma (per gli utenti dei Distretti di Parma e Sud Est);
- Fidenza (per i Distretti di Fidenza e Valli Taro e Ceno).

9.8.2 CRITICITÀ MAGGIORI

- Migliorare l'integrazione dei consultori con il contesto sociale e l'utilizzo degli stessi da parte dei Medici di Medicina Generale, dei servizi domiciliari, delle Unità di Valutazione Geriatrica, dei Servizi Assistenza Anziani, Servizi Sociali e le famiglie;
- Migliorare il supporto alle famiglie per il lavoro di cura.
- Migliorare il collegamento con i servizi diurni e residenziali del territorio.

9.8.3 CONTENUTI GENERALI DEL MANDATO

- Sviluppo di un approccio di cura e assistenza globale al paziente.
- Attuazione di una integrazione multiprofessionale e multidisciplinare tra servizi.
- Pianificazione di iniziative di informazione formazione e aggiornamento per migliorare la capacità di intervento.
- Valorizzazione del ruolo della famiglia.

Piano Attuativo Locale P.A.L. (2005 – 2007)

9.8.4 PROPOSTE

OBIETTIVO n° 1: giungere ad una maggiore integrazione dei servizi ed alla puntuale declinazione delle rispettive responsabilità

Interventi:

- istituzione di un tavolo provinciale, quale strumento tecnico capace di elaborare una progettazione di sistema;
- definizione di percorsi professionali ed organizzativi certi.

OBIETTIVO n° 2: migliorare, in tutti i punti della rete, la qualità delle cure rivolte agli anziani ed alle rispettive famiglie attraverso la chiara individuazione di ruoli e funzioni dei diversi servizi ed una maggiore integrazione degli stessi

Interventi:

- assicurare il consolidamento dei consultori anche attraverso il rafforzamento del ruolo dei Centri delegati, che dovranno collaborare col Centro esperto per la

verifica delle procedure diagnostiche, ma anche per la definizione, nell'ambito dei Dipartimenti delle cure primarie, di percorsi assistenziali lineari e congrui;

- attivare un coordinamento provinciale dei consultori, a livello organizzativo e scientifico.

Piano Attuativo Locale P.A.L. (2005 – 2007)

OBIETTIVO n° 3: favorire l'utilizzo appropriato dei servizi residenziali, diurni e di sollievo

Interventi:

- strutturare momenti diversificati di sostegno alla famiglia;
- rafforzare la funzione consultoriale di perno per la creazione e lo sviluppo di progetti e per la verifica dello stato di attuazione degli stessi;
- identificazione di percorsi assistenziali individualizzati.

OBIETTIVO n° 4: migliorare la tempestività e l'accuratezza della diagnosi, ottemperando alle linee guida internazionali

Intervento:

- attivare un coordinamento provinciale dei consultori, a livello organizzativo e scientifico.

OBIETTIVO N° 5: valorizzare le risorse della rete informale e del volontariato

Intervento:

- realizzare iniziative di formazione e coinvolgimento delle associazioni di volontariato.

Il Programma Territoriale Demenze Piano Attuativo Locale (2005-2007)

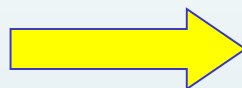
Convegno 24/ 9/2007 Parma

Strumento per garantire

- omogeneità valutativa
- pari opportunità di accesso ad una rete di servizi qualificata

Rete Integrata

Sede



Distretto

Integrazione

- in senso **TRASVERSALE** raccordare le prestazioni contemporaneamente erogate dai diversi livelli
- in senso **LONGITUDINALE** garantire continuità dell'assistenza nelle fasi di passaggio da un servizio all'altro

Caratteristica di ogni nodo della rete:

Specializzazione

Rispetto dei ruoli

Condivisione dei protocolli di attività

Raccolta dei dati relativi alla casistica

La **presa in carico territoriale** prevede un percorso di sviluppo e qualificazione delle capacità professionali necessarie

- per porre il sospetto diagnostico
- per formulare la diagnosi
- per predisporre il piano terapeutico e assistenziale
- per prevenire e curare le complicanze
- per riconoscere e controllare le patologie concomitanti
- per gestire i casi
- per utilizzare gli strumenti necessari per la comprensione delle modalità reattive dei familiari

Il Programma Territoriale Demenze

Piano Attuativo Locale (2005 - 2007)

Convegno 24/ 9/2007 Parma

Ruolo della Famiglia

- Sostiene costi sociali → diretti
→ indiretti
- Interlocutore dell'équipe assistenziale:
 - a) in qualità di attore decisivo nel processo di cura
 - b) tramite alleanza terapeutica nel rispetto della volontà e delle autonomie

Il Supporto deve essere:

costante nel tempo

diversificato e personalizzato

sostenuto con informazione/formazione

Iniziative

Cicli di incontri informative/formative rivolte alla cittadinanza, ai familiari, agli operatori, al volontariato.

Svolte nei comuni dei Distretti.

Scuola del Caregiver	2005	Parma
Gocce di Memoria	2005	Fidenza
Scuola del Familiare	2010	Langhirano
Conoscere la demenza, curaree sopportare	2011	Borgotaro

LA SANITÀ DEL FUTURO

PIANO ATTUATIVO LOCALE
2009-2011

PER LA PROVINCIA DI PARMA

PRIORITÀ E OBIETTIVI

■ 15 APRILE 2009


CRITICITA E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Obiettivo principale per la piena attuazione della rete consultoriale è rappresentato dalla continuità assistenziale nell'integrazione dei Servizi; i MMG e i Servizi Sociali in generale assumono pertanto un ruolo centrale per analizzare i bisogni, le domande e per attivare i nodi della rete.

Nell'ambito della gestione dei pazienti affetti da patologie croniche, il medico di famiglia, da unico protagonista del processo deve diventare componente di un team multiprofessionale che elabora il piano di cura tenendo conto della molteplicità dei bisogni e della necessità di garantire continuità assistenziale.

Il punto di riferimento per il cittadino, nei percorsi assistenziali per l'accesso ai servizi socio sanitari è costituito sempre di più dall'assistente sociale responsabile del caso che assicura l'analisi dei bisogni socio assistenziali, la prima valutazione, la partecipazione alla valutazione multidimensionale e all'elaborazione del progetto di vita e di cure.

L'integrazione tra i due professionisti, presente oggi nelle buone pratiche, deve essere valorizzata e potenziata strutturando modalità di collaborazione, anche attraverso protocolli formalizzati.



Si conferma la scelta di realizzare compiutamente la normativa regionale, sviluppando maggiormente, insieme all'attività clinico-diagnostica, la stretta interrelazione con le reti territoriali sia sociali che sanitarie. All'interno di questo impegno diventa, dunque, obiettivo triennale per i Dipartimenti delle Cure Primarie e per i Consultori interagire strettamente con i MMG organizzati nei Nuclei delle Cure Primarie, al fine di migliorare la sensibilità diagnostica e la tempestività degli invii, nonché rafforzarne il ruolo di principale punto di riferimento per i pazienti e le loro famiglie, agevolando i momenti di confronto tra tutti i Professionisti coinvolti, anche attraverso la sperimentazione di una modalità di collaborazione con una Medicina di gruppo.

È ribadita la necessità di garantire la funzione del coordinamento tecnico scientifico a livello provinciale il cui mandato si esplica attraverso l'individuazione della metodologia adeguata a migliorare il percorso diagnostico/terapeutico dei pazienti affetti da demenza, in accordo con le linee guida regionali e nazionali e qualsiasi altro tipo di intervento finalizzato alla gestione della complessa realtà di questi pazienti. Tale organo si rapporta al Responsabile del programma per il raggiungimento di finalità condivise, ivi comprese attività di promozione culturale e di ricerca clinica applicata.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Sviluppare i rapporti con le strutture ospedaliere presenti a livello provinciale.

Interventi:

- assicurare una congrua disponibilità di risorse diagnostiche - strumentali per il completamento del percorso diagnostico (TAC, RMN, esami funzionali) accessibili secondo modalità e tempi omogenei nelle varie realtà territoriali ospedaliere;
- definire e qualificare il percorso ospedaliero del paziente affetto da demenza in analogia con quanto previsto dai PDT (Percorsi Diagnostici e Terapeutici) anche attraverso un piano di

Obiettivo 2: Continuità e sviluppo dell'attività formativa rivolta ai MMG organizzati per Nuclei di Cure Primarie.

Interventi:

- incrementare ulteriormente la sensibilità diagnostica e quindi l'appropriatezza e la tempestività degli invii;
- aumentare la capacità di gestione e monitoraggio del paziente e della sua famiglia;
- rendere il MMG in grado di affrontare in maniera adeguata ansie e preoccupazioni dei pazienti e/o dei loro familiari;
- facilitare le possibilità di confronto diretto tra tutti i professionisti (medici e psicologi) implicati nella gestione dei pazienti.

Obiettivo 3: Miglioramento dei processi di comunicazione fra Consultori e MMG.

Interventi:

- orari dedicati per i contatti telefonici;
- strutturazione condivisa di una scheda di invio contenente alcune informazioni basilari;
- attivazione di protocolli sperimentali di gestione condivisa dei pazienti, con particolare riferimento rispetto alla gestione delle fasi di scompenso della malattia.

Obiettivo 4: Regolamentazione accessi del Consultorio.

Interventi:

- accessi regolamentati dei professionisti dei Consultori (geriatra, neurologo, psicologo, logopedista) al domicilio e/o all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- definizione di protocolli condivisi, tra i Servizi Assistenza Anziani ed i Consultori per l'accompagnamento del paziente nella presa in carico da parte dei servizi sociali e socio sanitari.

(Tali protocolli, omogenei negli obiettivi di continuità, equità e semplificazione dei percorsi per il cittadino, devono essere declinati a livello distrettuale e zonale sulla base delle specificità organizzative territoriali).

Obiettivo 5: Sviluppare il sostegno alle famiglie da parte delle competenze psicologiche e cliniche del Consultorio.

Interventi:

- percorsi formativi e supporto individuale ai caregiver;
- formazione ed aggiornamento alle équipes d'assistenza domiciliare (assistenti sociali, infermieri, OSS);
- sostegno e consulenza per l'organizzazione e la gestione di gruppi di mutuo aiuto;
- percorsi formativi per diffondere ulteriormente l'attività di riattivazione cognitiva presso i centri diurni, estendo il progetto anche ad anziani assistiti a domicilio;

Obiettivo 6: Qualificazione dell'accoglienza temporanea degli anziani affetti da demenza presso le strutture residenziali.

Interventi:

- progettualità individualizzata, mirata al rientro al domicilio, per fornire momenti di sollievo al caregiver, gravato da impegno assistenziale oneroso e prolungato nel tempo, evitando o posticipando l'istituzionalizzazione dell'anziano;
- coinvolgimento dei professionisti del Consultorio nella fase di valutazione ed elaborazione del progetto e nel suo monitoraggio;
- interazione tra i Consultori, i SAA e le Unità di Valutazione Geriatriche da formalizzare attraverso protocolli.

Obiettivo 7: Qualificazione delle strutture residenziali.

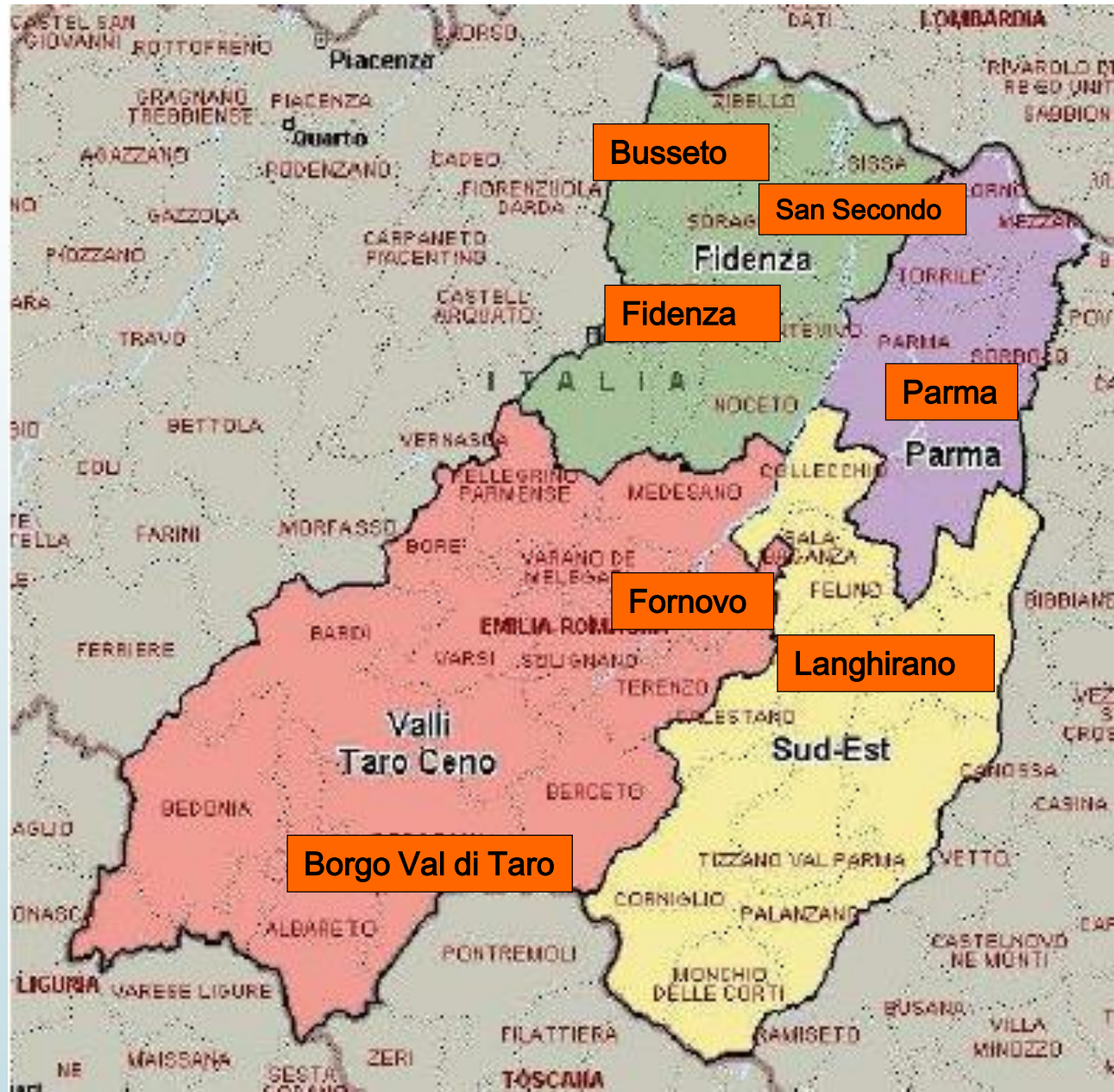
Interventi:

- sviluppo dei percorsi di qualificazione diffusa delle strutture attraverso formazione specifica;
- superamento dei nuclei Alzheimer presso le strutture protette;
- sviluppo di progetti individualizzati di accoglienza temporanea;
- miglioramento dei programmi di assistenza nelle strutture;
- attivare consulenze agli Enti gestori sugli aspetti organizzativi e strutturali in grado di assicurare un ambiente terapeutico.

Provincia di Parma 2009

Popolazione Generale 433.096

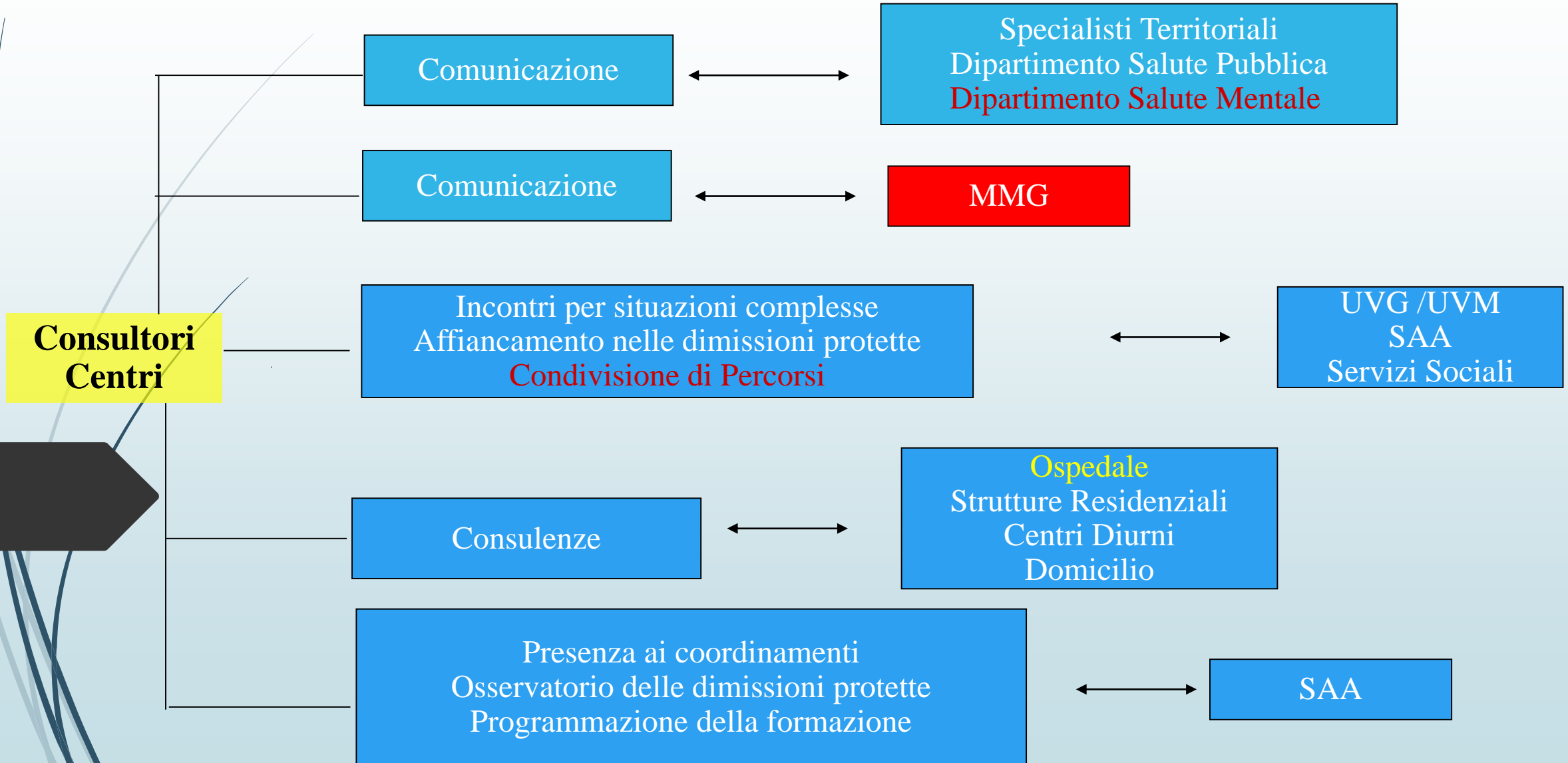
Popolazione > 65 anni 98.266



Attività all'interno del Consultori/Centri



Rapporti dei Consultori/Centri con i Servizi della Rete



Documenti Aziendali

- **Piano delle Performance 2016-2018**
- **Piano delle Azioni annuale**

2016



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Piano della Performance 2016-2018

Nel documento sono esplicitati gli indirizzi e gli obiettivi aziendali, gli indicatori per la misurazione e la valutazione dei risultati in rapporto agli obiettivi definiti

Delibera n. 437 del 29/06/2016

29/06/2016

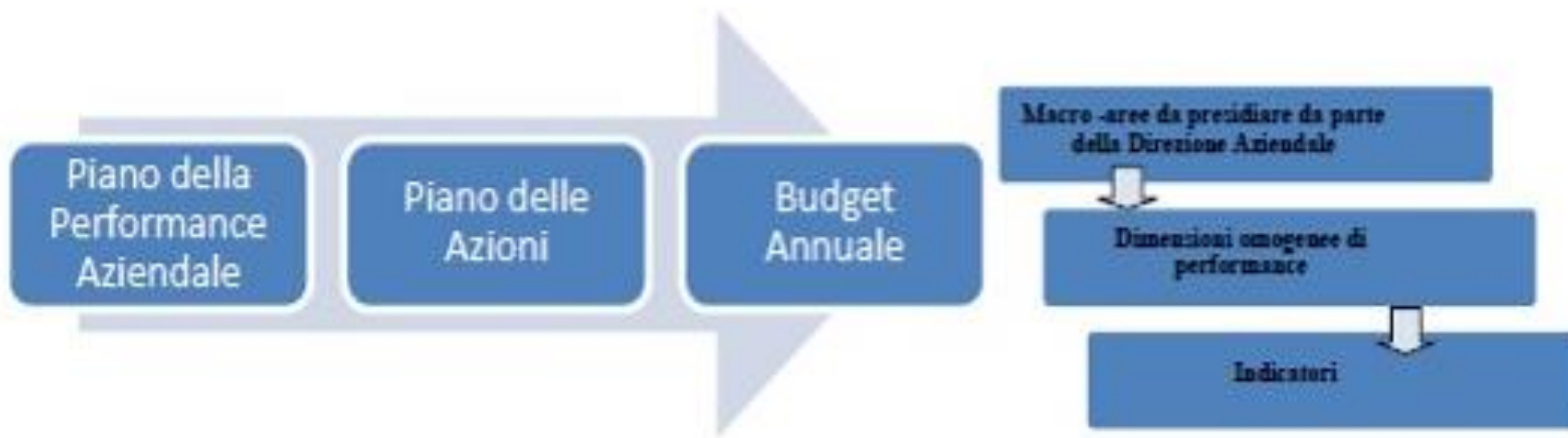


Viene adottato un approccio di valutazione multidimensionale (*BSC – BalancedScorecard*), finalizzato a supportare la traduzione della strategia in azione, partendo dalla visione e dalle scelte strategiche dell'Azienda ed identificando sette differenti dimensioni attraverso cui è possibile valutare in modo integrato i risultati aziendali. Nella definizione della programmazione triennale si è tenuto conto dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate con l'esigenza di perseguire la strategia di ridisegno del sistema di cure, quale tema principale delle politiche di sviluppo dei servizi, in risposta ai profondi cambiamenti epidemiologici, demografici e sociali in atto.

Per uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione e controllo, utile a supportare gli interventi rivolti al perseguimento degli obiettivi, gli elementi essenziali sono rappresentati da:

- Il **Piano delle Performance** con sviluppo su arco triennale dei principali obiettivi strategici;
- Il **Piano delle Azioni**, con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti per l'anno in corso e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale;
- Il **Budget annuale**, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei costi e delle attività delle Unità Operative;
- Il **sistema di Reporting** con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Unità Operative

Di seguito la successione logica delle fasi:



Area dell'integrazione

per quanto riguarda la presa in carico ed i percorsi di continuità assistenziale,.....

L'attuazione del progetto demenze

L'Azienda, in particolare, dovrà garantire equità ed omogeneità di accesso ai servizi sociosanitari nel rispetto delle indicazioni regionali e servizi flessibili in tutti i distretti in sostegno dell'attività dei caregiver (in particolare ricoveri di sollievo).

Nell' **area territoriale**: completamento delle **Case della Salute** programmate con la realizzazione di un modello organizzativo orientato alla semplificazione dell'accesso ai servizi.

Sono in fase di realizzazione **26 Case per la salute: il 61,6% già attive** e le altre in apertura nei prossimi anni.

Nella **Casa della Salute** si cerca di garantire:

- facilità di accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti);
- coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'autocura, counseling);
- pro-attività degli interventi (utilizzo di registri di patologia, sistemi di programmazione delle visite e di allerta dei pazienti che facilitano il follow-up);
- il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi) anche attraverso lo sviluppo delle reti informatiche orizzontali e verticali.

In ognuna delle Case della Salute opera **un team multiprofessionale e multidisciplinare** in grado di fornire da una parte prestazioni cliniche di qualità e dall'altra una vasta gamma di interventi preventivi e di promozione della salute in una prospettiva di medicina di iniziativa.

► Piano delle Azioni del 2015

► Demenze

Obiettivi

hanno teso **all'integrazione Ospedale - Territorio** (Consultorio, UVG, MMG, SAD, ADI, A.S, CRA, Centri Diurni, Casa della Salute, Ospedale di Comunità) e socio-assistenziale per consolidare i percorsi di cura centrati sulla persona e la presa in carico integrata.

In particolare si è dato **impulso al ruolo del MMG** al fine di migliorare la capacità di intercettare la domanda di assistenza.

Attivazione di percorsi di consulenza specialistica a supporto dell'assistenza domiciliare integrata, insieme **all'attività informativa/formativa con i MMG referenti dei NCP e delle CdS e Ospedale di Comunità** dove presente, per gli operatori dei servizi della rete necessaria per la costruzione di un percorso di cura centrato sulla persona.

Si è teso al miglioramento della capacità di intercettare la domanda di assistenza, valutando i bisogni complessi, semplici e soprattutto i bisogni "inespressi" rivolta agli operatori dei servizi della rete.

Per il sostegno alla persona ed alla sua famiglia è proseguita l'attività di verifica e collaborazione tra i soggetti della rete territoriale (Consultorio, UVG, MMG, SAD, ADI, CRA, Centri Diurni, servizio sociale territoriale dell'area anziani e dell'area adulti- minori), si è **consolidato il percorso di integrazione in parte già presente tra ospedale e territorio nella gestione delle dimissioni difficili** per garantire, a livello provinciale, **la continuità di percorsi strutturati di sostegno alle famiglie.**

Sintesi del Percorso di Sviluppo dei Consultori/Centri Disturbi Cognitivi

1° Fase

Recepimento della DGR 2581/99

Istituzione dei 3 Consultori

Modalità Operativa: **Attività di tipo Prestazionale**, prevalentemente sanitarie

2° Fase

Istituzione del Programma Aziendale Demenze

Costruzione della Rete Provinciale dei Centri Disturbi Cognitivi

Implementazione delle attività: formative e di sostegno rivolte agli operatori della rete dei servizi e a chi si prende cura

Passaggio della Modalità Operativa: **confronto in Team Multidisciplinare**, **Presa in Carico** dei pazienti, condivisione di **Buone Prassi**

3° Fase

Attivazione di Centri per i Disturbi Cognitivi all'interno delle **Case della Salute** (DGR 291/2010)

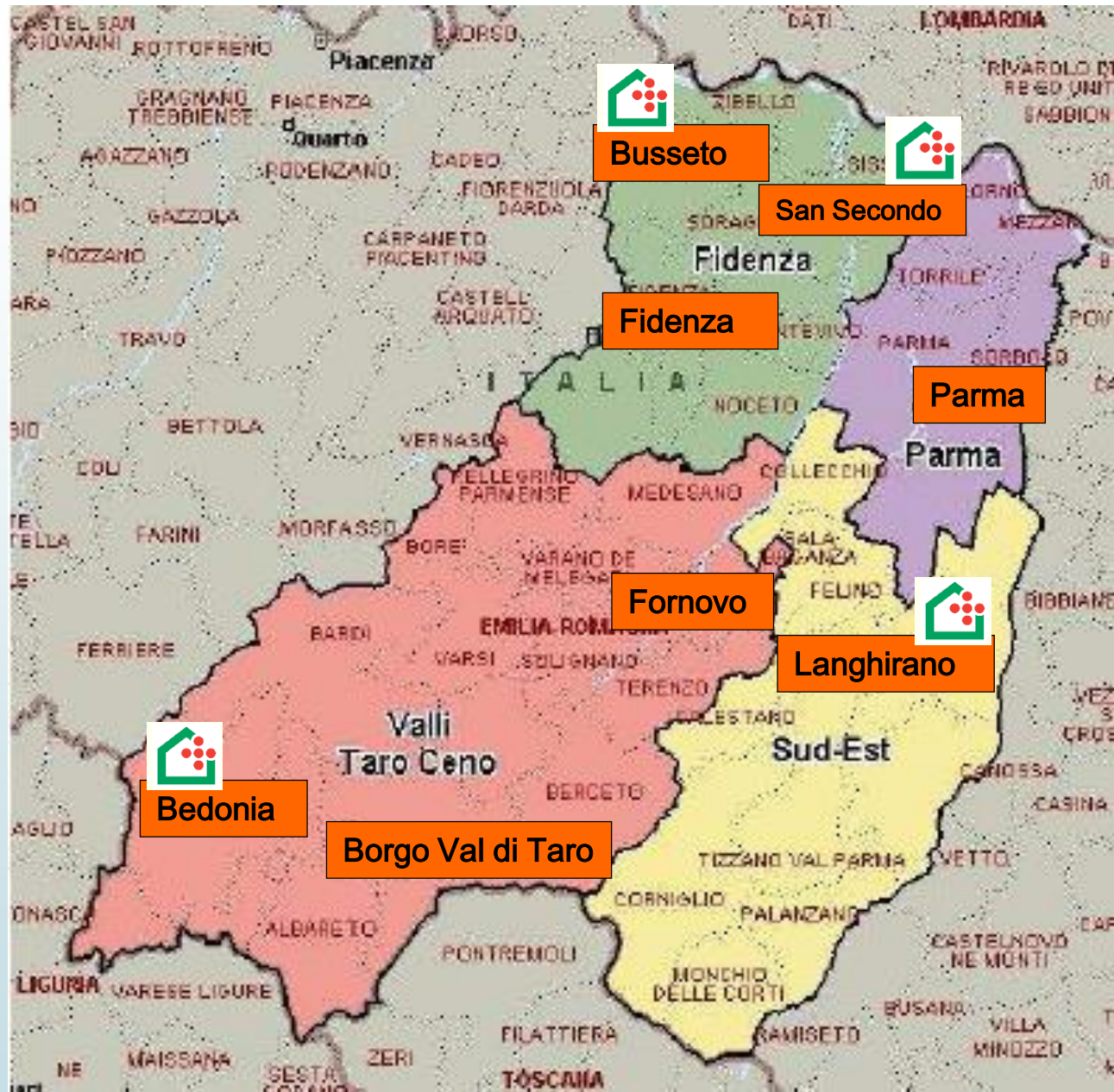
Recepimento della DGR 990/2016

Rete Neurologica Territoriale all'interno del Polo Neurologico Interaziendale

Provincia di Parma 2015

Popolazione Generale 445.451

Popolazione > 65 anni 103.105



Outline

Delibera Regionale 2581/99

Programma Aziendale Demenze 2005

► Polo Neurologico Interaziendale



POLITICHE D'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO:

realizzazione di un polo neurologico integrato tra
Aziende Sanitarie Pubbliche della Provincia di Parma
per la gestione complessiva dei bisogni dei pazienti

Premessa

DISCIPLINA NEUROLOGICA:

- caratteristiche di **elevata specializzazione e complessità** clinico-diagnostica
- ha visto l'emergere di aree di attività, a **forte valenza territoriale**, che tendono a configurarsi come vere e proprie sub-specialità in termini di
 - saperi impiegati e destinatari delle cure
 - assetti organizzativi
 - procedure operative e percorsi di formazione dei professionisti



Tale evoluzione ha caratterizzato sia dal **punto di vista strutturale** che per **ricchezza delle professionalità esistenti** il divenire delle due Aziende presenti sul territorio:

- Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL)
- Azienda Ospedaliero – Universitaria (AZOU)

Obiettivo

CREAZIONE UNICO POLO INTERAZIENDALE INTEGRATO

Riorganizzazione degli assetti neurologici provinciali

Definizione dei principali percorsi diagnostico-terapeutici

Ridisegnare il flusso di casistica

Rispondere a bisogni sanitari e socio-ambientali (livello territoriale per garantire la continuità di presa in carico)

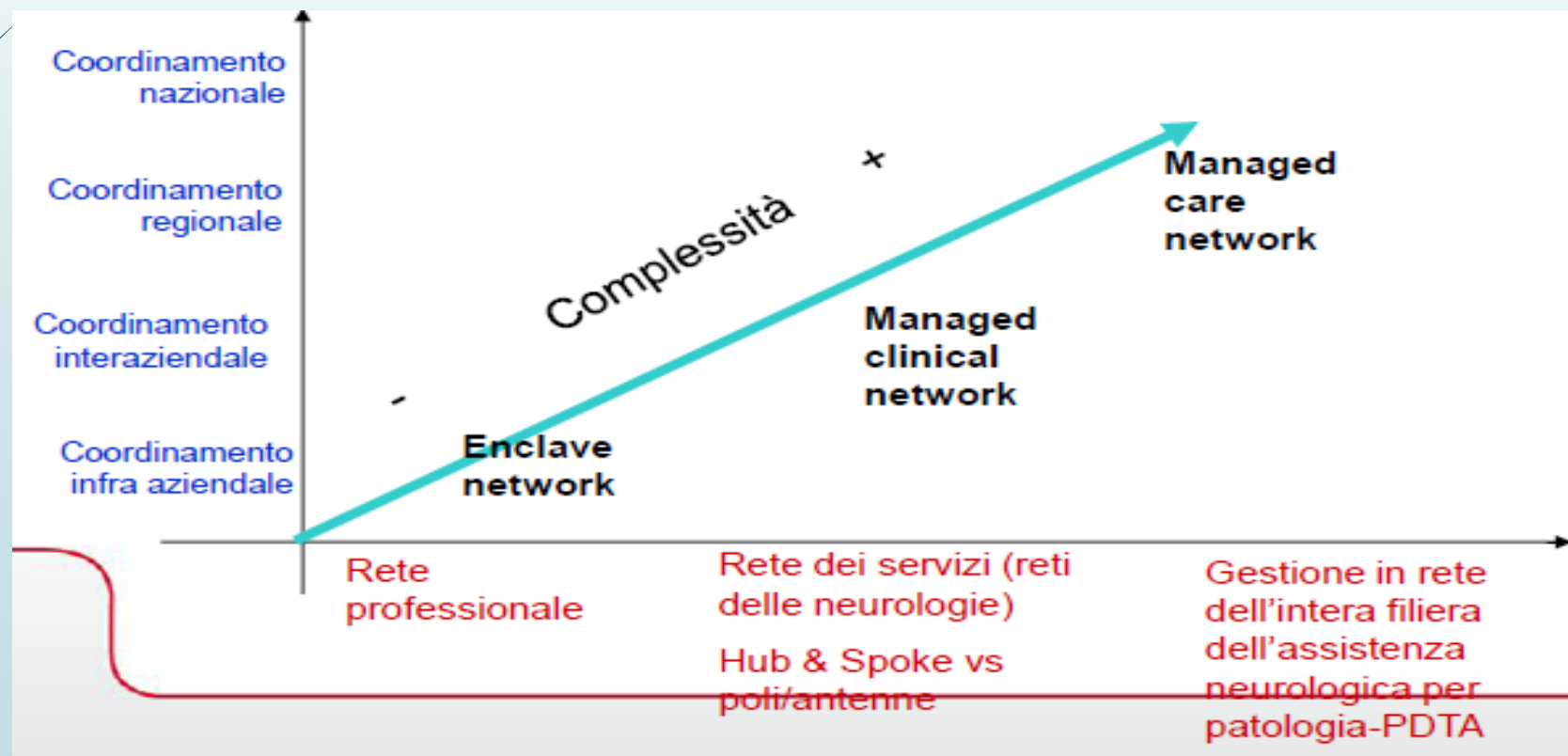
Individuazione di un network di coordinamento

Ridefinizione della rete delle risorse umane e strutturali necessarie allo sviluppo del polo

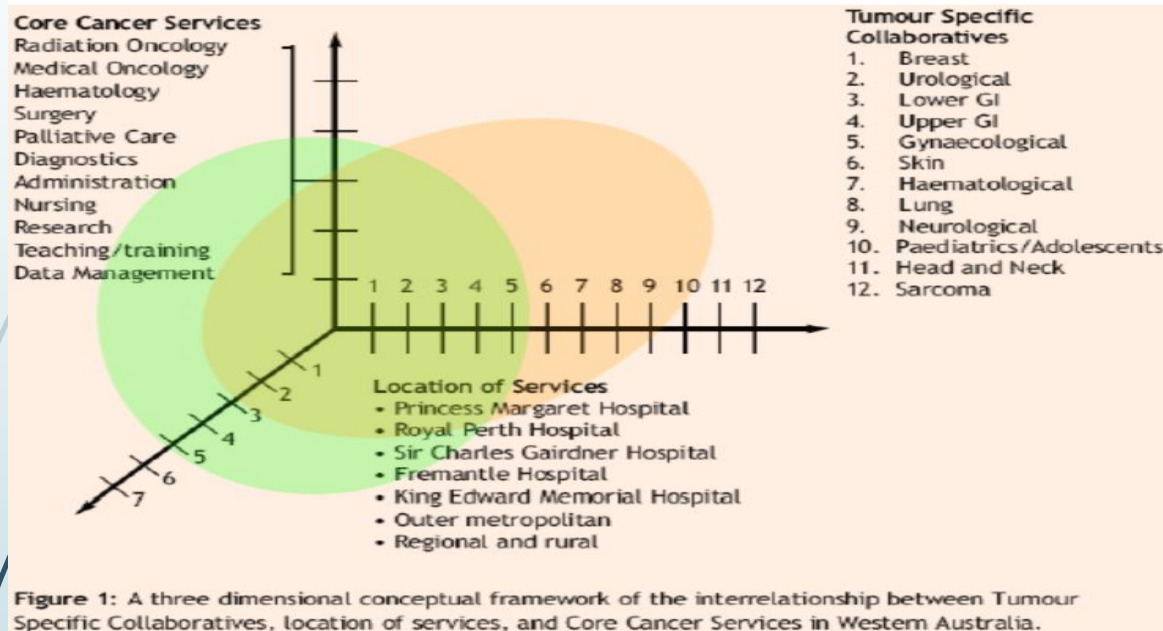
LA RETE NEUROLOGICA TERRITORIALE

Un modello organizzativo per l'assistenza neurologica territoriale all'interno del polo interaziendale integrato con precipuo riferimento all'allocazione nelle Case della Salute

La casa della Salute come presidio per l'assistenza neurologica territoriale all'interno del Polo Interaziendale Integrato



Bilanciamento tra aspetti gestionali ed aspetti di integrazione



Dimensioni dell'organizzazione a rete dei servizi per specialità (Riferimento a WA Health Cancer Services Framework).

A livello territoriale e in particolare nelle Case della Salute può realizzarsi il **bilanciamento** tra gli aspetti gestionali del polo interaziendale integrato neurologico e gli aspetti di integrazione orizzontale che dipendono strettamente dalla **relazione professionale**

Le situazioni organizzativo-gestionali nelle Case della Salute

1. Lo specialista neurologo affianca direttamente il MMG
2. Ambulatori specialistici neurologici dedicati all'interno delle CdS

AMBULATORIO NEUROLOGICO

- Struttura organizzativa di riferimento per attivare **percorsi per specifici bisogni di maggiore complessità** (cure palliative maggiori, complicanze, ricoveri di sollievo, controlli ambulatoriali periodici)
- **Volano** per il soddisfacimento della maggior parte dei bisogni del paziente sul territorio in collaborazione con il MMG che diventa figura di riferimento per
 - l'attivazione di ADI e prestazioni sociosanitarie
 - prestazioni sociali
 - interventi palliativi
 - istituzionalizzazioni

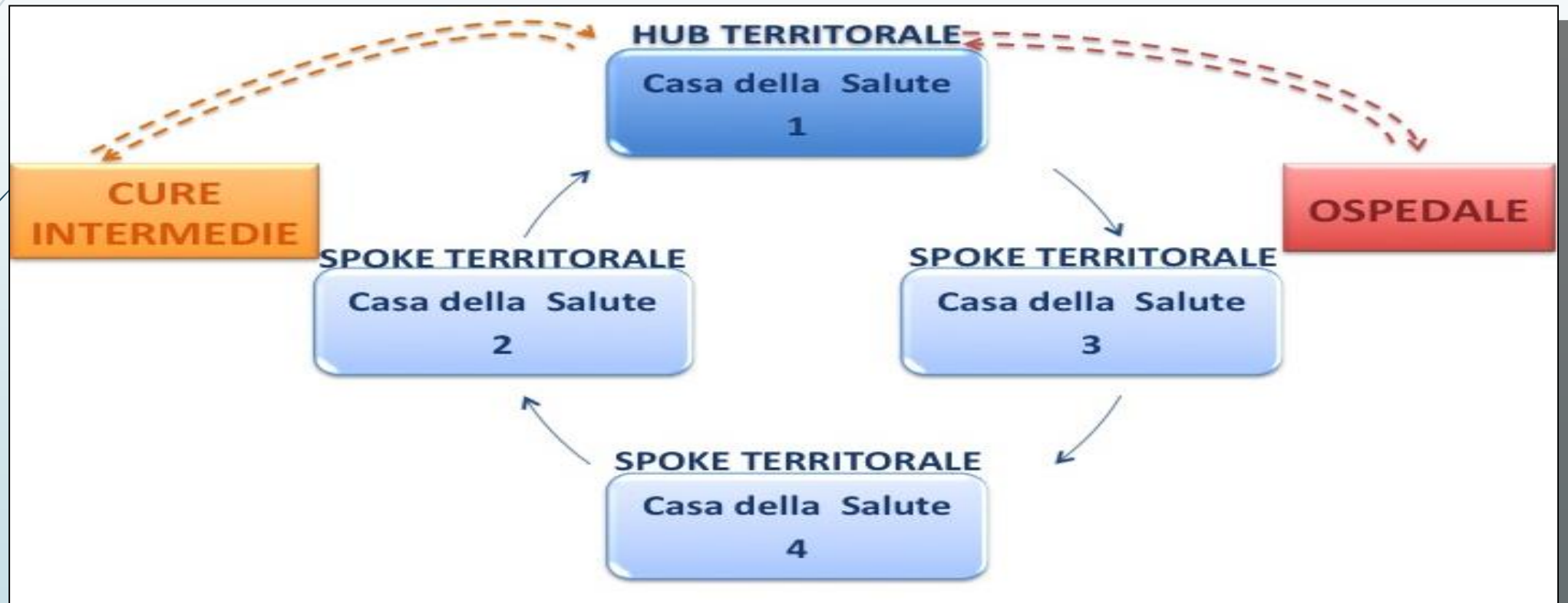
La Rete Territoriale

■ SM

■ SLA

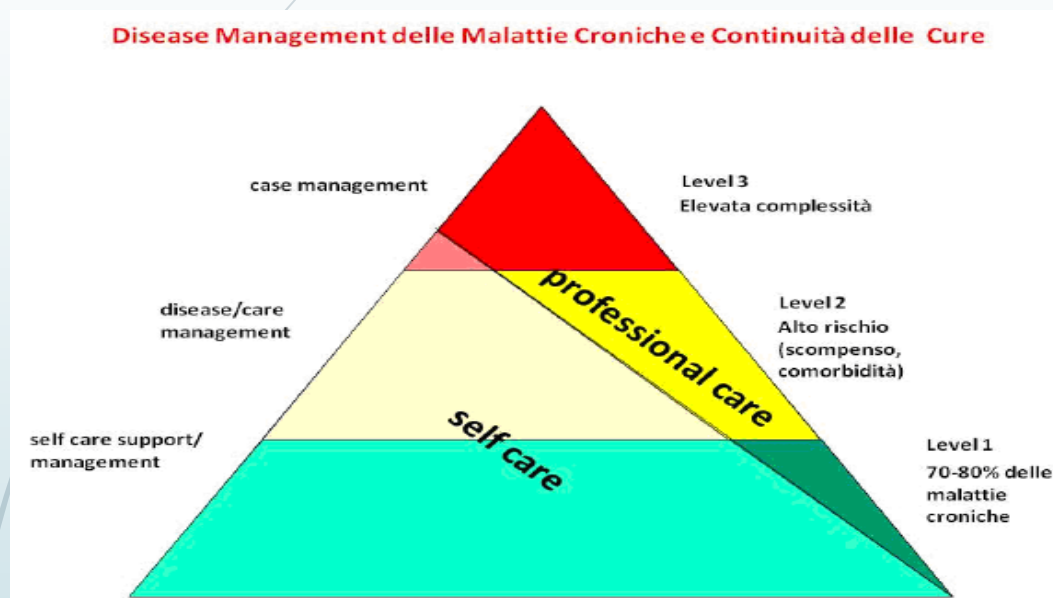
■ Demenza

■ Parkinson



Modello di gestione **Hub & Spoke Territoriale**
dei percorsi per quadri di patologia

La Casa della Salute e lo sviluppo dell'Ospedale di Comunità nell'approccio al paziente neurologico



Le relazioni organizzative

Continuo presidio del *disease/care management* e del trattamento del *case management*



La medicina di iniziativa

Vocazione atta ad impedire o rallentare il passaggio del paziente da un livello ad un altro di maggiore complessità

Commenti



PUNTI DI FORZA:

- Modello organizzativo integrato di erogazione di servizi assistenziali per specifiche discipline
 - a. Recepisce e soddisfa i bisogni a livello territoriale
 - b. Promuove l'appropriatezza del ricorso all'offerta ospedaliera
 - c. Esalta l'integrazione professionale e la collaborazione interaziendale

Sviluppi futuri possibili?