

*Percorsi di integrazione
Sociosanitaria sul territorio:*

*Il progetto di costruzione di un Centro
Disturbi Cognitivi e Demenze(CDCD)*

12 settembre 2018

AUTORI

Il Rapporto è il risultato di un lavoro di gruppo basato su una didattica attiva e partecipata (Learning by doing). Ci si è basati su dati della letteratura, su conoscenze finalizzate a fornire tecniche di base, su fonti documentali, sulle esperienze portate dai partecipanti al corso. La discussione e il lavoro comune hanno consentito di trasferire competenze tecniche, organizzative, relazionali, per condividere e raggiungere gli obiettivi del progetto.

Docenti: *Elisa Bonollo, Andreina Bruno, Paolo Cavagnaro, Daniela Congiu, Sara Liga, Elisa Lidonnici, Elisa Malagamba, Enrica Orsi, Mauro Palumbo, Elena Tanfani, Angela Testi, Anna Zunino*

Partecipanti al corso: *Roberto Anselmo (ASL 1), Daniela Calzato (ASL 3), Loretta Castoldi (ASL 3), Letizia Dagnino (ASL 3), Elisabetta De Lorenzi (ASL 3), Angela Giorgeschi (Ospedale Galliera), Claudio Ivaldi (ASL 3), Paola Origone (IRCCS Policlinico San Martino, Università di Genova), Giovanna Pesce (ASL 3), Barbara Senesi (Ospedale Galliera), Annalisa Trentarossi (Ospedale Galliera)*

PREFAZIONE

Come mette in luce l'World Alzheimer Report 2016 più di 47 milioni di persone vivono con problemi di demenza. Si prevede che nel 2050 questo numero sarà più che triplicato. La demenza ha anche un enorme impatto economico, il costo stimato per il 2018 è di un trilione di dollari. Tuttavia, la grande maggioranza di persone con demenza non sono state diagnosticate e non hanno di conseguenza accesso all'assistenza appropriata. Coloro che possono accedere sono seguiti in modo frammentato, non coordinato, complessivamente non appropriato perché tiene conto nel migliore dei casi soltanto parzialmente dei bisogni veri delle persone malate e delle loro famiglie.

In Liguria, facendo seguito alle indicazioni degli organismi internazionali e al Piano nazionale demenze, si è dal 2016 definito un programma dettagliato di presa in carico integrata e complessiva (Delibera Giunta Regionale 55/2017). Il programma è stato ripreso nell'autunno 2018 dal Piano Regionale Sociosanitario. Il progetto rendicontato nel presente rapporto è partito da questo programma ponendosi l'obiettivo di studiare e mettere a punto alcuni strumenti operativi per rendere concretamente attuabile questo approccio.

Siamo grati a INPS e a Alisa, per aver reso possibile questo progetto. La collaborazione tra docenti e operatori resa possibile dalla innovativa impostazione dei corsi di formazione finanziati da Inps nell'ambito del Progetto Valore P.A. e la disponibilità continua di A.Li.Sa a supportare i lavori di gruppo ha, infatti, consentito di mettere a punto strumenti concreti per l'operatività del progetto regionale. Si tratta di un piccolo passo avanti per la realizzazione di una nuova impostazione dell'offerta assistenziale che non si limiti soltanto a programmi e dichiarazioni di intenti, ma possa davvero rispondere alla esigenze delle famiglie.

Questo rapporto raccoglie gli strumenti elaborati. Si tratta di proposte operative, che possono sicuramente essere migliorate, ma che si basano su metodologie consolidate e rigorose e possono essere immediatamente applicate e sperimentate: la demenza purtroppo non si può curare, ma si può migliorarne la presa in carico e la qualità della vita delle persone e delle famiglie.



Indice

Capitolo 1

Il Sistema Ligure dei CDCD: Esperienze in atto sul territorio, pag 7

Capitolo 2

La metodologia di elaborazione dei Progetti: l'identificazione dei problemi, la definizione degli obiettivi e l'elenco degli indicatori, pag 9

Capitolo 3

Elaborazione dei PDTA per i pazienti con disturbi cognitivi e demenza, pag 17

Capitolo 4

La metodologia di progettazione del funzionigramma, le procedure, la Job Description e la definizione delle competenze per i ruoli di un CDCD, pag 23

Capitolo 5

La mappatura degli Stakeholder e la costruzione della rete territoriale, pag 33

Capitolo 6

La gestione delle persone e il benessere organizzativo, pag 39

Capitolo 7

Conclusioni e lavoro futuro, pag 43

Output ottenuti:

1. Albero dei problemi e Albero degli obiettivi (Figura 2 e Figura 3)
2. Flow chart e modello di mappa delle attività (Figura 5 e Tabella 3)
3. Funzionigramma (Figura 7)
4. Mappa stakeholder (Figura 10)
5. Competenze Coordinatore e Case Manager (Tabella 6 e Tabella 7)
6. Procedure (allegato 1)
7. Job Description per la figura del Coordinatore e del Case Manager (allegato 2)



Capitolo 1

Il Sistema Ligure dei CDCD: Esperienze in atto sul territorio

In tutto il mondo le demenze sono considerate una priorità di sanità pubblica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità a maggio 2017 ha presentato il Piano Mondiale delle Demenze sottolineando la necessità della costruzione di percorsi assistenziali basati su una presa in carico precoce e sulla integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari. Questi principi sono in via di recepimento nelle diverse Regioni italiane e anche nel Piano Sociosanitario della Regione Liguria 2017-20.

Una ventina di anni prima in Italia, il Decreto Ministeriale del 20/07/2000 nell'ambito del progetto CRONOS aveva già sancito la nascita delle UVA (Unità di Valutazione Alzheimer) che nelle regioni italiane portò alla creazione di circa 500 punti di diagnosi e terapia in particolare per la prescrizione di anticolinesterasici con l'obiettivo di garantire la massima accessibilità a tutti i soggetti interessati. Le UVA sono unità funzionali basate sul coordinamento di geriatri, neurologi, psichiatri presenti in ospedale, territorio, assistenza domiciliare della Asl e della medicina generale.

La legislazione attuale compie un ulteriore passo avanti nella direzione di una integrazione a tutto campo tra i diversi professionisti e strutture in una logica di rete. Dal punto di vista dell'assistenza sanitaria (di competenza regionale), punto cardine di questa riorganizzazione è l'istituzione del CDCD (che poi ogni Regione declina secondo le proprie specificità).

In particolare per la Regione Liguria, la Delibera Giunta Regionale 55/2017 recepisce la Determina di ARS Liguria 195/2016, avente per oggetto l'Atto di indirizzo per l'adozione del Piano Regionale Demenze, trasformando le UVA in Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD).

La creazione e lo sviluppo del CDCD è stata individuata come la soluzione organizzativa migliore per garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza della presa in carico del paziente affetto da demenza e della sua famiglia.

Il CDCD si configura quale organizzazione a rete in cui un ambulatorio centrale coordina e sovrintende l'attività di altri ambulatori e servizi periferici e di tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nel processo di cura e assistenza del paziente. L'ambulatorio centrale dal punto di vista organizzativo assume la funzione di Hub che coordina i diversi ambulatori e servizi periferici con funzione di Spoke.

Il processo di implementazione del modello organizzativo del CDCD in Regione Liguria è in corso di attuazione. Nel 2017 è stata inviata una Griglia di monitoraggio sullo stato di

avanzamento del Piano Demenze con l'obiettivo di verificare gli step organizzativi aziendali utili alla istituzione del CDCD. Al momento risultano in via di avanzata attuazione alcuni CDCD nell'area metropolitana (vedi Figura 1) secondo modello hub & spoke.

Nel 2018, a seguito della deliberazione A.Li.Sa. n. 166/20017, "indicazioni alle Aziende del Sistema Sanitario Ligure per la realizzazione di percorsi formativi di interesse regionale per gli anni 2017-2019, è stato posto l'obiettivo di realizzazione di almeno altri 2 CDCD e il monitoraggio dei CDCD già attivati per verificare il coordinamento tra l'ambulatorio centrale e quelli periferici in relazione a procedure/protocolli formalizzati.

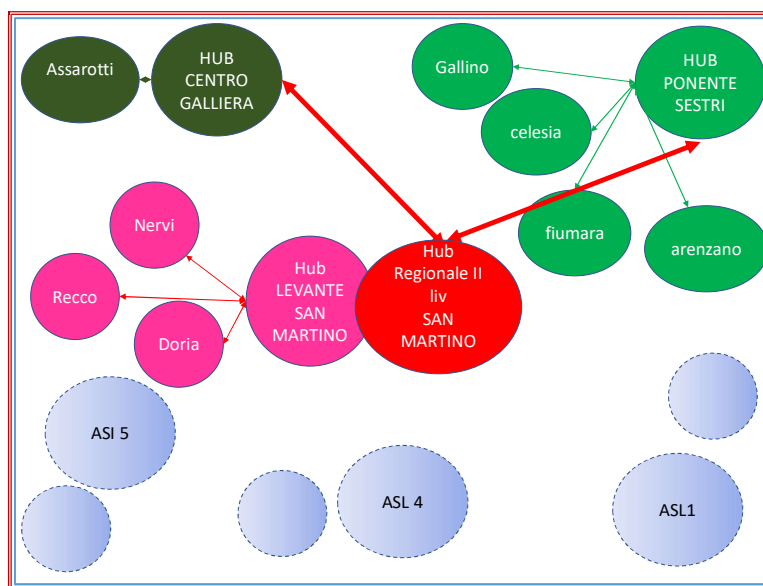


Figura 1: Il processo di attuazione del modello organizzativo dei CDCD

Il presente progetto si colloca in questa situazione, in cui sono stati fatti notevoli passi avanti dal punto di vista istituzionale, ma devono ancora essere definiti gli strumenti organizzativi che consentano l'operatività dei CDCD.

Il progetto ha lo scopo specifico di fornire strumenti per aiutare in questa fase di passaggio. Si propone, infatti, di riflettere su come organizzare il funzionamento e il coordinamento del CDCD partendo dalle situazioni concrete, dalle competenze e aspettative di chi lavora già sul campo, persone che si sono viste attribuire nuovi compiti e che dovranno nel futuro essere sempre più coinvolti con questa nuova organizzazione.

Capitolo 2

Metodologia di elaborazione dei Progetti: l'identificazione dei problemi, la definizione degli obiettivi e l'elenco degli indicatori

Il metodo utilizzato per la stesura del progetto è stato quello del Project Cycle Management (PCM). Il PCM è un percorso strutturato di progettazione che prevede, in logica circolare, l'alternarsi di fasi programmatiche, di azione, di osservazione e di valutazione. Fornisce una struttura di garanzia che tutti gli attori siano consultati e predetermina per ciascuna fase le attività e responsabilità specifiche che i vari attori devono effettuare, gli eventi o momenti decisionali che determinano la fine di una fase e l'inizio di una successiva.

Uno dei cardini del PCM è che i progetti devono servire a risolvere o alleviare i problemi delle persone o delle organizzazioni beneficiarie, in favore delle quali le scelte di programmazione hanno previsto di destinare risorse sotto forma di programmi, progetti e/o altre iniziative.

A tal fine, il PCM prevede che la progettazione sia effettuata con il coinvolgimento diretto dei beneficiari finali e degli altri portatori di interesse, seguendo la metodologia del Logical Framework Approach (LFA), che richiede in estrema sintesi, una fase di analisi partecipativa dei problemi del contesto o territorio e, sulla base di questa, la definizione di una strategia progettuale chiara e condivisa.

Elementi fondanti del PCM sono:

- l'integrazione delle competenze nella progettazione;
- il confronto e la concertazione tra i vari stakeholder;
- il pensiero in termini di "problemi" e soluzioni, e non di "mancanza di";
- il monitoraggio in corso d'opera e la valutazione al termine del progetto in ottica di valorizzazione e learning.

Il PCM sostiene un approccio alla programmazione e attuazione degli interventi e delle attività orientato al raggiungimento degli obiettivi (Tabella 1):

- *obiettivi generali* che definiscono gli impatti attesi del Progetto per la società, soprattutto in termini di benessere, qualità della vita e sostenibilità;
- *obiettivi specifici*, ossia i cambiamenti attesi per i beneficiari del progetto (outcome,): fare in modo che si arrivi a diagnosi precoce e quindi a presa in carico efficace;
- *obiettivi operativi*, che consistono in risultati immediati, o realizzazione (chiamati anche output): nel nostro caso si tratta di strumenti organizzativi quali progettazione di un flow chart per descrivere i percorsi, definizione di matrici di responsabilità, messa a punto di procedure, evidenziazione delle competenze necessarie per il personale, e così via.

Logica di intervento	Definizione (cos'è?)	Significato (a cosa serve?)
Obiettivi generali IMPATTI	Benefici di medio lungo periodo per la società dell'intervento	Capire l'importanza del progetto per la società o per il settore (link con valori)
Obiettivo specifico o scopo del progetto (possibili anche più obiettivi specifici, magari concatenati) RISULTATI	I benefici diretti che riceveranno i destinatari diretti dell'intervento (il cambiamento che l'intervento apporterà nello stato dei destinatari)	Per capire a quale bisogno risponde e per definire i risultati attesi dell'intervento (cosa deve ottenere perché si possa considerare riuscito).
Obiettivi operativi REALIZZAZIONI	Beni o servizi generati dall'intervento di cui potranno godere i destinatari. Nel CPM si chiamano realizzazioni, nel QL risultati (fonte di confusione)	Per descrivere i servizi o prodotti che saranno forniti ai beneficiari grazie al progetto (e che potranno causare i cambiamenti ipotizzati)
Attività (da svolgere per ottenere le realizzazioni)	Tutto ciò che sarà fatto per garantire la produzione dei servizi	Lista delle attività che si prevede di realizzare nell'attuazione (tempi, risorse)

Tabella 1: Classificazione obiettivi secondo il modello PCM

Strumento specifico del PCM è il Logical Framework Approach (LFA) (approccio del “Quadro Logico”) utile per il controllo e la valutazione dei progetti. Operativamente prevede una matrice che sintetizza gli elementi chiave del progetto (Tabella 2) e precisamente:

- la gerarchia degli obiettivi di progetto (descrizione del progetto o logica dell'intervento);
- gli indicatori o le fonti di verifica per il monitoraggio e la valutazione del progetto;
- i fattori esterni ovvero tutte quelle condizioni che possono influenzare la realizzazione o il successo del progetto, su cui la struttura non detiene un controllo diretto.

	DESCRIZIONE (logica di intervento)	INDICATORI OVI	FONTI DI VERIFICA (canali informativi)	CONDIZIONI
OBIETTIVO GENERALE	Qual è l'obiettivo del progetto? Descrivono effetti positivi per la società (benefici di lunga durata)	Quali sono gli strumenti qualitativi e quantitativi per misurare l'ob. generale?	Quali fonti di informazioni consultare per misurare l'ob. generale?	Quali sono i fattori esterni che possono influenzare il progetto nel lungo periodo?
OBIETTIVO SPECIFICO	Quale miglioramento apporterà il progetto? Riguardano i problemi focali da risolvere (benefici che i destinatari finali del progetto riceveranno) UN OB SPECIFICO PER UN GRUPPO DI ATTIVITA' COERENTI	Quali sono gli strumenti qualitativi e quantitativi per verificare e valutare l'obiettivo specifico?	Quali fonti di informazioni consultare per misurare l'obiettivo specifico?	Quali i fattori esterni debbono sussistere per realizzare l'ob. Specifico?
RISULTATI	Quali saranno i risultati tangibili? Rappresentano i prodotti/servizi che il progetto mira ad offrire ai destinatari	Quali elementi dimostrano il raggiungimento dei risultati? (qualità, quantità, tempo)	Quali fonti di informazioni consultare affinché si verifichino i risultati attesi?	Quali fattori non controllabili possono condizionare il raggiungimento dei risultati?
ATTIVITA'	Quali attività dovranno essere realizzate? Le azioni attraverso le quali i prodotti ed i servizi saranno distribuiti nell'ambito del progetto	Qual è la tipologia, la qualità, i tempi delle azioni?	Quali fonti di informazioni consultare affinché si realizzino le attività?	Quali fattori non controllabili possono condizionare avvio/ svolgimento attività?

Tabella 2: Elementi chiave del progetto secondo il Logical Framework Approach

Albero dei problemi

Secondo il PCM, il percorso di progettazione deve partire da una precisa identificazione del problema principale che il progetto intende risolvere o affrontare. Un problema deve esprimere un disagio, una sofferenza o una situazione negativa di uno specifico gruppo di beneficiari (es. "disoccupazione giovanile", "sfruttamento degli immigrati", "inquinamento atmosferico nella città X", ecc.) oppure, in alcuni casi, può anche esprimere un gap da colmare o un'occasione non sfruttata (es. "scarso sviluppo turistico dell'area X", "basso utilizzo delle energie rinnovabili", ecc.). Molto spesso l'identificazione del problema comporta anche un chiarimento su chi sono, a un'analisi più attenta, i principali beneficiari del progetto in via di definizione.

Per passare dai singoli problemi al quadro complessivo della situazione attuale, è opportuno costruire un diagramma in cui tutti i problemi siano relazionati secondo legami di causa effetto, denominato "Albero dei Problemi". Nell'Albero, i singoli problemi sono collocati secondo relazioni di causa-effetto che vanno dal basso verso l'alto. Per costruire questo diagramma, è opportuno chiedersi quali tra le "cause" del problema principale siano sue cause dirette e quali invece siano indirette, e cioè causa delle cause dirette. In questo modo si arriva a identificare in modo chiaro i principali ambiti di criticità che determinano il problema principale, favorendo una visione più chiara e leggibile della situazione in cui si intende intervenire.

Il problema è inteso come situazione negativa vissuta dai destinatari cui si intende dare risposta attraverso il progetto.

L'Albero dei problemi, usato in fase di ideazione, mostra gli effetti di un problema e le sue cause.

Le tappe principali per costruire l'albero dei problemi sono:

- analizzare e identificare le relazioni di causa-effetto;
- creare una prima stesura dell'albero dei problemi (in basso le cause e in alto gli effetti);
- verificare la logica di causalità (i nessi che legano i passaggi «verticali» e se in orizzontale ci sono cause dello stesso livello).

Una volta chiarito il problema principale, è necessario identificare quali altri problemi ne siano la causa. Questa fase è importante perché rappresenta la base per il successivo lavoro di definizione dell'intervento progettuale. Pertanto, è opportuno che emergano, in termini concreti e tangibili, gli aspetti negativi legati alla situazione in cui si vuole intervenire. È quindi opportuno evitare che i problemi siano espressi:

- in forma generica o astratta;
- in termini di "mancanza" di una certa soluzione;
- sotto forma di giudizi soggettivi e di opinioni.

I problemi formulati in modo generico o astratto impediscono di comprendere la vera natura dell'aspetto negativo da fronteggiare e, quindi, rendono difficile o impossibile la definizione del modo adeguato per affrontarlo.

La prima attività del progetto ha avuto, pertanto, la finalità di ricostruire il contesto attuale (*as is*) utilizzando l'albero dei problemi (Figura 2) per individuare le criticità e poter poi progettare al meglio gli interventi necessari.



Figura 2: Albero dei problemi

Come *key problem* è stato individuato: *Preso in carico continuativa del paziente con deterioramento cognitivo e del suo contesto (famiglia, care giver, ambiente di vita).*

I tre sotto problemi individuati sono:

1. *Sottovalutazione del problema a tutti i livelli*, sia da parte della società, sia da parte dei Medici di Medicina Generale. La famiglia e il contesto sociale fa fatica a riconoscere il problema del deterioramento cognitivo cui è spesso ancora associato uno stigma molto difficile da rimuovere.
I medici di famiglia fanno fatica ad assumere le proprie responsabilità per la segnalazione precoce, prevenzione, ecc. per una scarsa diffusione di medicina di iniziativa e per la paura di assumersi la responsabilità della gestione di questa tipologia di pazienti perché spesso non si sentono preparati.
2. *Mancanza di percorsi diagnostici definiti*, in particolare per quanto riguarda i criteri di entrata in un percorso diagnostico, la mancanza di competenze specifiche e anche una disomogeneità di approcci
3. *Gestione frammentata e casuale*. Anche per i pazienti entrati nel processo, si assiste a un trattamento piuttosto variabile, dovuto a i) mancanza di un lavoro di equipe per gli aspetti sanitari derivante principalmente da Mancanza di comunicazione tra operatori e condivisione dei Dati, in assenza di una piattaforma digitale che colleghi tra loro le informazioni rilevanti per facilitare coinvolgimento dei diversi operatori, delle famiglie, delle strutture
ii) difficoltà nella gestione dell'emergenza nel caso di disturbi del comportamento o ricoveri ospedalieri; iii) mancanza di sostegno sociale, causato da una solitudine della famiglia che si trova senza punti di riferimento.

Albero degli obiettivi

La progettazione è una strategia per raggiungere risultati attraverso il perseguimento di determinati obiettivi e attività; pertanto è necessario volgere l'Albero dei Problemi in positivo e farlo diventare l'Albero degli Obiettivi. Tecnicamente si tratta di riformulare ogni condizione negativa (problema) in condizione positiva (obiettivo). In questo passaggio è importante però non confondere gli obiettivi (descritti come situazioni positive future) con le attività o le soluzioni necessarie per raggiungerli.

L'Albero degli Obiettivi (Figura 3) può essere pensato come lo specchio positivo dell'Albero dei Problemi, dove al rapporto di 'causa-effetto' tra i problemi si sostituisce quello di 'mezzi per ottenere lo scopo' in cui l'Obiettivo è il mezzo per risolvere il problema. Obiettivi che riguardano questioni simili tra loro possono essere raggruppati in categorie che formeranno la base per l'Analisi Strategica. Una volta completato, l'Albero degli Obiettivi fornisce un quadro esauriente della situazione futura desiderata.



Figura 3: Albero degli obiettivi

Indicatori

Qualunque progetto deve prevedere un insieme di indicatori per poter valutarne la performance complessiva, ossia il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (nel nostro caso il CDCD) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi per i quali l'organizzazione è stata costituita.

E' essenziale misurare le performance per supportare il processo decisionale, poter gestire e valutare la propria attività e renderne conto verso l'esterno, confrontandosi con quanto si sarebbe potuto fare in una ottica di miglioramento continuo.

Gli strumenti più semplici e utilizzati per misurare la performance sono gli indicatori. Si identificano diverse tipologie di indicatori a seconda del loro scopo:

- indicatori di struttura
- indicatori di contesto
- indicatori di attività
- indicatori di efficacia
- indicatori di efficienza

Nella Delibera Regionale 55 si prevedono alcuni indicatori di performance (Figura 4).

1.4 Valutazione dello stato di attuazione degli indirizzi previsti dal presente documento
La rete regionale demenza dovrà sviluppare degli indicatori per consentire la valutazione dell'attuazione dei presenti indirizzi. Di seguito si elencano alcuni primi indicatori con le relative percentuali che devono essere intesi come valori tendenziali per la fase iniziale di implementazione.

Indicatori di Struttura

- Formalizzazione del gruppo funzionale multidisciplinare
- Formalizzazione del coordinatore (a rotazione)
- Formalizzazione dei protocolli di lavoro (con particolare riferimento alla presa in carico)

Indicatori di Processo

- Percentuale casi annuali de novo discussi dal gruppo di lavoro (70%)
- Numero di prime visite effettuate nel corso dell'anno
- Numero di pazienti in terapia anticolinesterasica o con memantina
- Numero di visite per paziente/anno
- Numero di visite di controllo prescritte ed effettuate nei tempi prestabiliti (6 mesi- 1 anno)

Indicatori di Continuità Assistenziale

- Attivazione di percorsi di stimolazione cognitiva
- Attivazione di percorsi socio-assistenziali e sociosanitari
- Attivazione di percorsi formazione/sostegno ai caregiver
- Numero di incontri con MMG e gli altri attori della rete territoriale

Figura 4: Indicatori previsti nella DGR 55/2017

E' evidente che questo aspetto dovrebbe ulteriormente essere sviluppato per poter consentire una valutazione completa delle performance. Al momento mancano, peraltro, gli strumenti informativi per una valutazione appropriata e uniforme a livello regionale, come si sottolinea oltre. Si rimanda a opportune sperimentazioni e al lavoro futuro la definizione di indicatori che possano consentire una misurazione ancora migliore della performance.



Capitolo 3

Elaborazione dei PDTA per i pazienti con disturbi cognitivi e demenza

Tra le macro problematiche individuate grazie all'albero dei problemi il progetto ha deciso di sviluppare quella della presa in carico ideale (*to be*) per il CDCD. Si tratta, infatti, dell'aspetto più critico, come evidenziato da un recente report europeo (European Carers' Report, 2018), presentato al Parlamento Europeo. Si tratta di una ricerca sugli ostacoli rilevati dai familiari nella diagnosi tempestiva della demenza, effettuata in 5 paesi europei, tra cui l'Italia che ha partecipato grazie ai dati raccolti dalla Federazione Alzheimer Italia. Nel nostro Paese sono necessari fino a due anni per una diagnosi corretta. La media è di 1,6 anni. Al 25% dei malati viene diagnosticata inizialmente un'altra condizione medica, percentuale che sale per gli italiani al 31,9%.

Il nostro paese spicca per la poca comunicazione al malato e anche per l'insufficiente supporto post-diagnostico alle famiglie.

I ritardi diagnostici sono legati a uno o più fattori contemporaneamente, tra cui nel 40,9% dei casi la non consapevolezza della malattia, spesso confusa con la vecchiaia da parte di chi si occupa del paziente, che in Italia nella maggior parte dei casi è un figlio (64,8%); nel 39,5% dei casi è il medico che ha visitato il paziente a ritenere che non ci sia nulla di anomalo o che valga la pena di approfondire, nel 37,8% dei casi è la persona con demenza a rifiutare di fare accertamenti, infine per il 25% sono i tempi lunghi degli esami. Nel 25% dei casi la demenza viene confusa con altre malattie, ad esempio nel 28% dei casi con depressione, nel 25% con lieve declino cognitivo, nell'8% dei casi con il naturale decorso della vecchiaia.

Significative differenze sono presenti tra i Paesi nella comunicazione della diagnosi al paziente: il 59,3% dei caregiver italiani dichiara che la persona non è stata informata della malattia, contro il 23,2% in Repubblica Ceca, l'8,2% nei Paesi Bassi, il 4,4% in Scozia e appena l'1,1% in Finlandia.

Queste evidenze della letteratura sono state confermate dalla esperienza riportata dai partecipanti al gruppo. Il problema principale è proprio quello di una mancanza di presa in carico corretta e di una sottovalutazione del problema. Si è pertanto deciso di approfondire come possa avvenire questa presa in carico, utilizzando lo strumento del PDTA.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), Percorso Integrato di Cura (PIC) e Flow Chart

Lo strumento utile è quello del percorso di cura, che si può chiamare in diversi modi (PDTA, PIC, o Clinical Pathway nella terminologia anglosassone). Si tratta di disegnare quale deve essere la situazione (*to be*). Il percorso clinico deve essere formalizzato in un

flow chart. E', pertanto, evidente che prima di procedere alla sua definizione occorre avere già raggiunto un accordo su quali siano le linee guida da seguire e come queste debbano essere adattate alla situazione specifica.

Nel nostro caso questa fase è già stata completata tramite la delibera regionale 55, che è stata assunta da tutti i partecipanti del gruppo come Linea Guida.

Disegnare il percorso di cura è cruciale perché il punto di vista è quello del singolo paziente. E' il percorso del singolo paziente che si descrive, dal momento in cui si ha un sospetto di disturbo cognitivo in poi. Dal punto di vista organizzativo è il primo passo per poter consentire di mettere il paziente al centro del processo.

Quando si costruisce un percorso clinico, è necessario definire in primo luogo quali sono gli episodi rilevanti sia dal punto di vista clinico, sia da quello organizzativo.

Per episodio clinico-organizzativo si intende un insieme di azioni fra loro logicamente legate e ordinate nel tempo finalizzate a generare un risultato intermedio rispetto a quello del percorso complessivo. Questi episodi vengono tra loro messi in relazione generando un flow chart (Figura 5). Il passaggio tra un episodio e l'altro richiede in molti casi una scelta, indicata con un rombo.

Il flow chart descritto si riferisce al percorso per arrivare alla diagnosi e alla presa in carico. Consiste di molti episodi (che si svolgono in luoghi diversi).

Il primo è la "visita generale", quando il paziente con un sospetto di disturbo cognitivo consulta il proprio MMG. Le attività che compongono questo episodio, indicate nella figura on rettangoli, sono molteplici, per esempio esami ematochimici. Alla fine di questo episodio, il sospetto potrebbe essere confermato e, in questo caso, il MMG prenota e lo invia al CDCD con la documentazione per l'approfondimento, prenotando direttamente.

I diversi episodi si susseguono e il flow chart termina quando il paziente è preso in carico secondo un piano di cura personalizzato. Nella figura i simboli in azzurro indicano che ciascun passaggio deve essere registrato in appositi documenti. È evidente che si debba trattare di registrazioni telematiche cui tutti gli interessati devono poter accedere in qualunque momento. Tutto questo aspetto richiede ulteriori passaggi e proposte che qui non sono state prese in considerazione per mancanza di tempo.

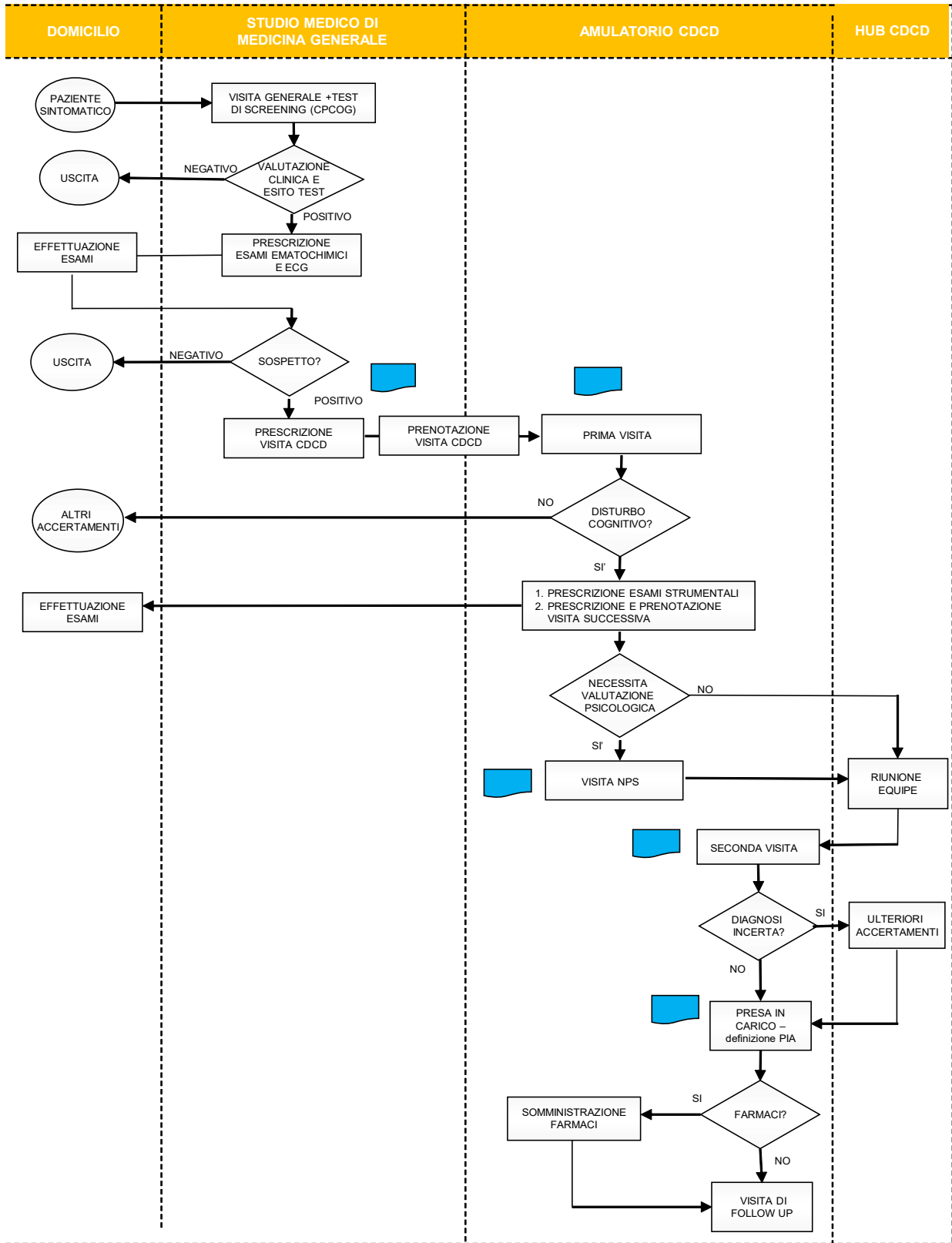


Figura 5: Flow chart per descrivere PDTA presa in carico da parte CDCD

Matrice 5W 1H

Come detto in precedenza il percorso non è solo clinico ma clinico-organizzativo. Il percorso consente cioè di passare dalle raccomandazioni cliniche, alla definizione delle procedure per renderle operative e quindi identificare professionisti da coinvolgere, responsabilità, tempistiche e setting assistenziali

Il percorso deve, pertanto, essere completato dalla cosiddetta matrice 5W 1H, dove per ogni macroattività (vedi Tabella 3) si indica:

- ✓ **Who:** chi svolge quella singola azione
- ✓ **What:** il che cosa, cioè l'azione stessa
- ✓ **Where:** dove si svolge quell'azione
- ✓ **When:** quando viene svolta l'azione
- ✓ **Why:** perché viene svolta quell'azione
- ✓ **How:** come viene svolta

In particolare, nella Tabella 3 si evidenzia la struttura della matrice che si riferisce al flow chart messo a punto dal gruppo nella Figura 5. La tabella è compilata con riferimento soltanto alle prime attività.

Nella colonna di sinistra si riportano le macroattività e poi successivamente nelle altre si disaggrega nella singole attività, descrivendo nel dettaglio tutto quello che si fa, dove, come, ecc. La matrice completa è servita per definire le procedure di cui al paragrafo successivo.

Nella matrice si possono aggiungere altre tre colonne (in azzurro) che consentono di passare al calcolo di quante sono le risorse da attivare (tempo richiesto da infermiere, medico, ecc.) e per ciascuna risorsa al costo unitario (per singolo paziente) ripartito per la singola attività.

Il tempo a disposizione non ha consentito di completare questo aspetto, per il quale si rimanda a lavoro futuro, da svolgersi eventualmente in altro corso nel caso venga finanziata la prosecuzione di attività.

In conclusione, la matrice mette in evidenza come, ragionare per PDTA consenta di mettere insieme al meglio l'aspetto clinico con quello economico e organizzativo e, come si possano progettare le risorse per poter curare "al meglio" (secondo il PDTA ideale, definito dalle linee guida) la singola persona.

Consente, pertanto, di ottenere informazioni importanti che integrano e completano la logica del budget del singolo CDCD, permettendo di rendere tra loro compatibili obiettivi aziendali (**verticali**, che valutano come sono utilizzate le risorse delle strutture) con obiettivi di percorso clinico (**orizzontali**, che valutano quali debbano essere le risorse per assicurare l'erogazione dei LEA appropriati alla persona con disturbi cognitivi).

MACRO-ATTIVITA'	MICRO-ATTIVITA'	CHI	quando	DOVE	come/azioni	perché (per verificare che cosa)	documenti registrati	tempo stimato	costo unitario	costo totale
CALENDARIZZAZIONE VISITA GENERALE		MMG/ammministrativo cdc		ambulatorio MMG/domicilio		sospetto disturbo cognitivo	cartella MMG			
VISITA GENERALE	Anamnesi generale personale	Medico	giorno e fascia oraria prenotata	Ambulatorio CDCD	anamnesi	fattori rischio, comorbidità, ...	cartella CDCD			
	Anamnesi Familiare	Medico			anamnesi	familiarità				
	Anamnesi farmacologica	Medico			anamnesi - documento	farmaci in uso				
	Esame obiettivo generale e neurologico	Medico			esame obiettivo	peso, condizioni, ...				
	Anamnesi cognitiva	Medico								
	Anamnesi psichiatrica	Medico								
	Anamnesi neurologica	Medico								
	MMSE	Medico				??				
	ADL	Medico								
	IADL	Medico								
	NPI (versione mini)	Medico								
	AGED plus	Medico								
	CIRS	Medico								
	Prescrizione esami strumentali	Medico								
	Misurazione parametri	Infermiere								
	Dati antropometrici	Infermiere								
Educazione terapeutica al care giver	Infermiere									
Gestione/prevenzione disturbi comportamentali	Infermiere									
Rilevazione bisogni sociali e priorità	Medico									
PRESCRIZIONE ESAMI STRUMENTALI		Amministrativo								
PRESCRIZIONE VISITA SUCCESSIVA		Amministrativo								
VISITA NEUROPSICOLOGICA	Colloquio psicologico clinico	psicologo		Ambulatorio CDCD						
	test NPS	psicologo								
	Test parole Rey/OFCST	psicologo								
	Raccontino BABCOCK	psicologo								
	TMT A e B	psicologo								
	Test di STRCOP	psicologo								
	Fluenza fonemica, semantica	psicologo								
	Caltagirone/Ganoni	psicologo								
CLOCK test	psicologo									
PRIMA VISITA	Valutazione dei referti	equipe		Ambulatorio CDCD						
	Valutazione del caso in equipe	equipe								
	Valutazione sociale, indirizzo/orientamento alla rete di servizi	assistente sociale								
	Orientamento diagnostico	equipe								
ULTERIORI ACCERTAMENTI	EEG			Hub 1/2						
	PET									
	ESAME LIQUOR									
	Dosaggio Ab onco-neurali									
	SPECT									
Test Genetici/Consulenza	Genetista		Hub2							
PRESA IN CARICO	Comunicazione diagnosi									
	Valutazione trattamento fisioterapico									
	Prescrizione terapeutica									
SOMMINISTRAZIONE VISITE FOLLOW UP	Prenotazione visita follow up									

Tabella 3: Bozza di matrice 5w+1h riferita al flow chart della Figura 5 (mappa delle attività)



Capitolo 4

La Metodologia di progettazione del funzionigramma, le procedure, la Job Description e la definizione delle competenze per i ruoli di un CDCD

La descrizione del percorso del paziente (PDTA) dal momento della prima valutazione fino alla presa in carico per disturbo cognitivo o demenza e la conseguente matrice delle attività sono gli strumenti indispensabili per consentire la progettazione di aspetti organizzativi adeguati a gestire il processo descritto.

Quando si parla di progettare gli aspetti organizzativi si fa riferimento al sistema dei ruoli e alla definizione di chi fa che cosa e come all'interno dell'organizzazione al fine di raggiungere gli obiettivi assegnati.

Si descrivono gli elementi tangibili (hard) dell'organizzazione, espliciti ed immediatamente comunicabili attraverso organigrammi, si articolano compiti e funzioni, norme e procedure, sistema di competenze tecnico professionali del personale, sistema di programmazione e controllo, sistema informatico: tutti elementi che consentono di rendere attuabile la *mission* e gli obiettivi strategici assegnati alla singola organizzazione. E' importante ricordare, infatti, che mantenere una stretta concatenazione tra *mission*, obiettivi strategici, obiettivi operativi e scelte organizzative è condizione indispensabile per valutare i risultati e gli outcome prodotti da una struttura organizzativa (Figura 6).



Figura 6: Il percorso della progettazione organizzativa

La metodologia utilizzata per progettare il funzionamento organizzativo del CDCD pertanto, partendo dall'analisi della delibera regionale, ha descritto il percorso del paziente e, coerentemente con questo, ha cercato di dare risposta alle seguenti domande:

- Che cosa si fa?
- Chi lo fa?
- Con quali responsabilità?
- Quali sono le competenze professionali necessarie?
- Quali le necessità di formazione continua?

Per rispondere a queste domande sono stati utilizzati gli strumenti tipici della progettazione organizzativa:

- Le procedure
- Il funzionigramma e la Job Description
- Il sistema di definizione delle competenze

Procedure

Le procedure sono una strumentazione tipica dei sistemi di gestione della qualità e hanno l'obiettivo di rendere esplicite a tutte le persone che operano all'interno di una organizzazione il motivo per cui si svolgono le attività che compongono un determinato processo, chiaramente individuate e descritte, la maniera ottimale per eseguire quelle specifiche attività e le strumentazione necessaria.

Più in particolare, nella descrizione delle procedure del CDCD l'attenzione è stata centrata sulle attività indicate nel PDTA all'interno dei rettangoli (vedi flow chart – Figura 5) utilizzando il seguente schema di analisi:

1. Premessa
2. Scopo
3. Campo di applicazione
4. Terminologia, abbreviazioni, definizioni
5. Responsabilità
6. Riferimenti
7. Motivazioni
8. Descrizione attività
9. Archiviazione
10. Criteri di valutazione e registrazione dati
11. Apparecchiature e strumenti utilizzati nell'attività
12. Requisiti preliminari e criteri di eccezione
13. Allegati ed Appendici
14. Diagrammi di flusso.

Le procedure normalmente sono anche numerate per facilità di individuazione.

Nel corso delle attività formative il gruppo dei partecipanti ha descritto un certo numero di procedure e altre sono state nominate perché importanti ma rinviate ad una fase successiva di approfondimento operativo.

Come è evidenziato nell'elenco qui di seguito riportato (Tabella 4) si esplicita anche il livello di elaborazione raggiunto per ciascuna procedura. E' importante comunque sottolineare che le procedure definite in fase di progettazione organizzativa devono essere applicate e sperimentate, con il preciso obiettivo di migliorarne la rispondenza alle esigenze dell'organizzazione, prima di pervenire alla versione definitiva.

Num.	Titolo	Stato
001	Visita MMG	Descritta e revisionata
002	Formazione MMG	Da descrivere
003	Prima visita Medico specialista CDCD	Descritta e revisionata
004	Visita NPS	Descritta, da revisionare
005	Gestione procedure amministrative CDCD	Descritta, da revisionare
006	Valutazione Equipe multidisciplinare	Descritta, da revisionare
007	Seconda visita Medico specialista CDCD	Descritta e revisionata
008	Monitoraggio Pz dopo seconda visita	Descritta e revisionata
009	Formazione personale amministrativo	Da descrivere

Tabella 4: Elenco procedure CDCD

Si riportano in allegato 1 le schede delle procedure come da elenco.

Funzionigramma e schede di job description

Il funzionigramma è uno strumento proprio della progettazione organizzativa e serve per individuare le funzioni organizzative indispensabili per la gestione delle attività di competenza della struttura e il tipo di relazione che lega le diverse funzioni tra loro.

Se infatti l'organigramma definisce la struttura gerarchica di una organizzazione, il funzionigramma definisce chi fa che cosa, ovvero chi si deve occupare di una determinata funzione. Ma mentre l'organigramma definisce la responsabilità della singola persona, nel funzionigramma, una pluralità di persone possono essere chiamate a svolgere la stessa funzione.

Per il CDCD sono state individuate cinque funzioni:

1. La funzione di coordinamento
2. La funzione diagnostico terapeutica
3. La funzione socio assistenziale
4. La funzione di presa in carico
5. La funzione amministrativa

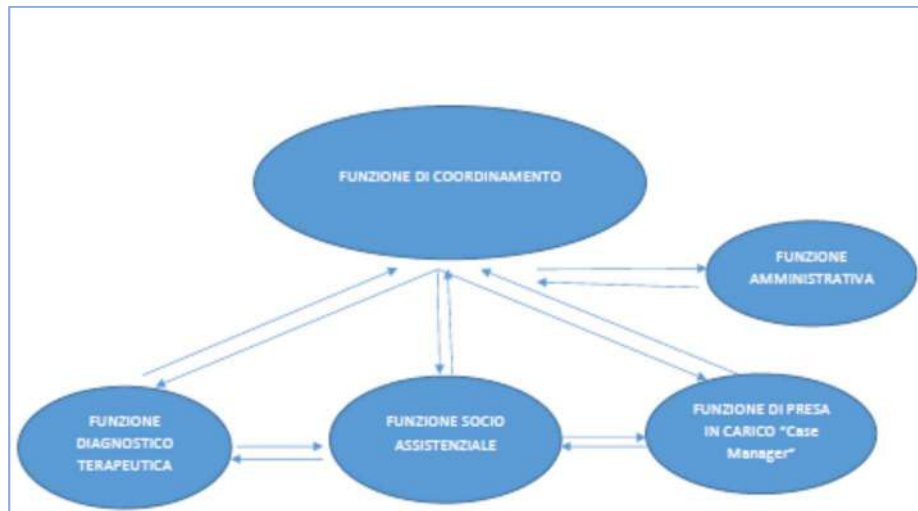


Figura 7: Funzionigramma del CDCD

Nella Figura 7 è rappresentato il funzionigramma del CDCD. Le frecce evidenziano la stretta connessione e integrazione tra le diverse funzioni necessaria per il raggiungimento dell'obiettivo di presa in carico complessivo del paziente.

Ciascuna di queste funzioni viene gestita da più persone che sono chiamate a svolgere le stesse attività ed applicare le stesse procedure.

Così, per esempio, la funzione diagnostico terapeutica può essere realizzata da geriatri o neurologi o psicologi che operano all'interno dello stesso CDCD realizzando le stesse attività e applicando le stesse procedure.

La descrizione delle attività che competono alle diverse funzioni è stata realizzata utilizzando una **scheda di Job Description** che ha utilizzato il seguente schema di descrizione:

1. Denominazione della funzione
2. Collocazione organizzativa
3. Numero e tipologie di risorse gestite
4. Contenuti specifici del ruolo
5. Principali responsabilità
6. Competenze distintive

Nel corso delle attività formative il gruppo dei partecipanti ha descritto le schede relative a:

- Funzione di coordinamento
- Funzione di presa in carico (case manager)

Queste funzioni sono state individuate dai partecipanti come quelle maggiormente significative per la gestione del servizio e pertanto ad esse è stata data la priorità. Le funzioni mancanti saranno descritte in una successiva fase di approfondimento.

Si riportano in allegato 2 le schede di Job Description compilate.

Le competenze distintive delle funzioni

Una attenzione particolare è stata dedicata alla individuazione delle **competenze distintive** delle funzioni prese in esame.

Molte sono le definizioni in questi anni utilizzate per descrivere il concetto di competenza in ambito organizzativo: "...la qualità professionale di un individuo in termini di conoscenze, capacità e abilità, doti professionali e personali..." (Quaglino¹), oppure "...l'attributo della personalità, inteso come nucleo centrale stabile del soggetto, composto da conoscenze, capacità ed esperienze finalizzate..." (Levati²) e anche "... costruzione e risultato di una combinazione pertinente tra molteplici risorse ..." (Le Boterf)³.

La definizione che è stata condivisa con i partecipanti al percorso formativo definisce la competenza come un comportamento che deriva dal possesso e dall'applicazione di saperi, di conoscenze, di capacità, di atteggiamenti ed orientamenti mentali:

- è ciò che un individuo sa e sa fare mentre lavora;
- è ciò che orienta il comportamento organizzativo;
- è ciò che presidia i processi dell'organizzazione;
- è ciò che permette il raggiungimento degli obiettivi strategici;
- è ciò che si manifesta attraverso i comportamenti osservabili.

Applicare il modello delle competenze all'attività di progettazione organizzativa è utile perché consente di focalizzare l'attenzione sui comportamenti necessari per sostenere e rispondere alle esigenze dell'organizzazione, adottando un approccio sistemico (Figura 8) attraverso il quale le competenze diventano l'elemento che descrive l'integrazione tra:

- Persona: in termini di caratteristiche professionali e personali
- Ruolo: in termini di aspettative sui risultati
- Organizzazione: in termini di processi da governare

¹ Quaglino GP., Appunti sul comportamento organizzativo, Tirrenia Stampatori, 1990.

² Levati W., Sarà M, Il modello delle competenze, FrancoAngeli, 2004.

³ Boterf G., Construire les competences individuelles et collectives, Editions d'Organisation

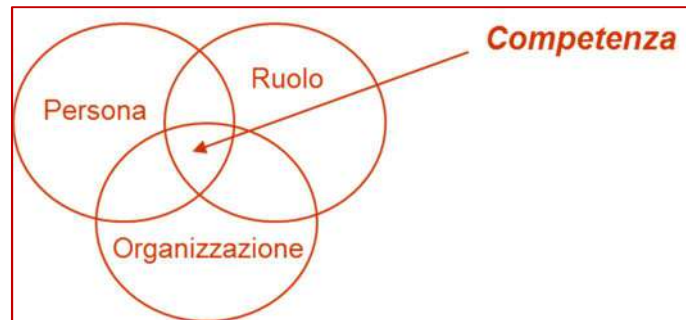


Figura 8: Il concetto di competenza

A livello nazionale, il modello maggiormente utilizzato per individuare e descrivere le competenze distintive di un ruolo/ funzione organizzativa è quello proposto da ISFOL (vedi Figura 9) che distingue tre macro-famiglie di competenza:

1. Competenze di base
2. Competenze tecnico professionali
3. Competenze trasversali

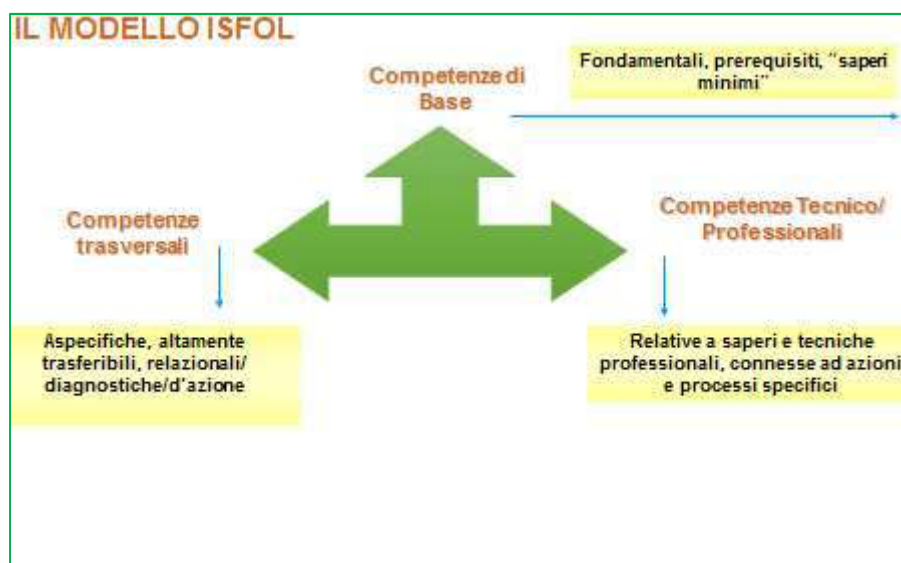


Figura 9: Il modello delle competenze ISFOL⁴

Nella individuazione delle competenze distintive delle funzioni del CDCD una particolare attenzione è stata dedicata alle **competenze trasversali**.

Per “competenze trasversali” si intende quell’insieme di caratteristiche individuali causalmente correlate con una prestazione lavorativa efficace o superiore di natura realizzativa, relazionale o cognitiva.

⁴ Gabriella Di Francesco (a cura di), Competenze trasversali e comportamento organizzativo: le abilità di base per il lavoro che cambia, ISFOL, FrancoAngeli, Milano 1993

Le competenze trasversali sono intese come aspecifiche rispetto alla professione, legate alle capacità comunicative e relazionali che ogni professionista dovrebbe possedere in qualunque settore professionale e che acquisisce durante l'arco della vita. Consentono la traduzione di saperi e capacità in comportamenti efficaci e consistono nell'abilità di mettere in atto strategie efficienti per collegare le proprie capacità alle richieste dell'ambiente, integrando le diverse risorse possedute. Per descrivere in maniera omogenea tali competenze, è stata utilizzata una scheda che non solo definisce il contenuto della singola competenza ma anche definisce in modo chiaro il livello di possesso atteso.

Si riporta qui di seguito la scheda utilizzata nel corso dell'attività formativa (Tabella 5).

LE COMPETENZE TRASVERSALI

COMPETENZE TRASVERSALI		LIVELLO					DISTINTIVITÀ
Competenza	Descrizione	1	2	3	4	5	
Programmazione e pianificazione	Essere capaci di predefinire le attività da svolgere, fissando obiettivi e tempi, strutturando le attività proprie e degli altri e monitorandole nel corso del tempo						
Iniziativa e Orientamento al risultato	Essere capaci di lavorare secondo standard qualitativi-quantitativi e di impegno al miglioramento continuo degli stessi						
Soluzione dei problemi	Essere capaci di cogliere gli aspetti essenziali dei problemi e sviluppare strategie di risoluzione che abbiano efficacia pratica						
Gestione dei collaboratori	Essere capaci di coordinare ed integrare energie e caratteristiche dei collaboratori valorizzandone le potenzialità						
Capacità relazionali e di leadership	Essere capaci di ascoltare attentamente e di capire e rispondere ai sentimenti e alle preoccupazioni degli altri anche se non manifestati o parzialmente espressi						
Flessibilità e disponibilità al cambiamento	Essere capaci di adattarsi alle nuove situazioni e di cambiare od accettare facilmente i cambiamenti dell'organizzazione o dei compiti del proprio ruolo						
Tecnico professionali	Modalità con la quale il bagaglio tecnico professionale è aggiornato e viene concretamente espresso in ambito lavorativo						

1. Nessuna competenza
2. Padronanza non completa della competenza, che ne consente l'applicazione a situazioni poco complesse e con un'operatività limitatamente autonoma
3. Ampia padronanza della competenza, che consente di operare con sufficiente autonomia operativa anche in situazioni mediamente complesse
4. Padronanza completa della competenza, che consente di operare con ampia autonomia e flessibilità, in situazioni complesse e variabili
5. Competenza specialistica, che consente di affrontare con piena autonomia operativa e di giudizio situazioni complesse e nuove, costituendo, su tali ambiti, un valido punto di riferimento

Tabella 5: Le competenze trasversali

La compilazione attenta della scheda delle competenze attese per le diverse funzioni aziendali, consente di evidenziare le competenze distintive per l'organizzazione nel suo complesso e consente anche di pianificare attività di formazione e aggiornamento finalizzate allo sviluppo di quelle competenze evidenziate come strategiche per l'organizzazione.

Le tabelle seguenti (Tabella 6 e Tabella 7) evidenziano le competenze individuate come distintive per la funzione di Coordinamento del CDCD e per la funzione di Case Manager.

Tecnico professionali:

- Competenze proprie delle Specialità di Area Medica
- Comprovata esperienza nel trattamento e gestione di pazienti con disturbi cognitivi

Organizzative:

- Conoscenza della normativa di riferimento a livello nazionale e regionale
- Conoscenza delle procedure interne del CDCD e delle procedure organizzative della ASL di appartenenza
- Conoscenza dei sistemi informativi aziendali per quanto di interesse del CDCD
- Conoscenza dei sistemi e dei criteri di rendicontazione definiti dalla Regione

Manageriali:

Pianificazione, controllo e rispetto dei tempi	Essere capaci di predefinire le attività da svolgere, fissando obiettivi e tempi, strutturando le attività proprie e degli altri e monitorandole nel corso del tempo	LIV 5
Orientamento al risultato	Essere capaci di lavorare secondo standard qualitativi-quantitativi e di impegno al miglioramento continuo degli stessi	LIV 4
Gestione dei collaboratori	Essere capaci di coordinare ed integrare energie e caratteristiche dei collaboratori valorizzandone le potenzialità	LIV 4

LEGENDA

1. Nessuna competenza
2. Padronanza non completa della competenza, che ne consente l'applicazione a situazioni poco complesse e con un'operatività limitatamente autonoma
3. Ampia padronanza della competenza, che consente di operare con sufficiente autonomia operativa anche in situazioni mediamente complesse
4. Padronanza completa della competenza, che consente di operare con ampia autonomia e flessibilità, in situazioni complesse e variabili
5. Competenza specialistica, che consente di affrontare con piena autonomia operativa e di giudizio situazioni complesse e nuove, costituendo, su tali ambiti, un valido punto di riferimento

Tabella 6: Competenze per la funzione di coordinamento

Tecnico professionali:

- Laurea/Diploma di Infermiere Professionale/Professioni Sanitarie
- Comprovata esperienza nel trattamento e gestione di pazienti con disturbi cognitivi

Organizzative:

- Conoscenza della normativa di riferimento a livello nazionale e regionale
- Conoscenza delle procedure interne del CDCD e delle procedure organizzative della ASL di appartenenza
- Conoscenza dei sistemi informativi aziendali per quanto di interesse del CDCD
- Conoscenza dei sistemi e dei criteri di rendicontazione definiti dalla Regione
- Conoscenza delle procedure da attivare con gli Enti esterni inerenti le problematiche trattate

Manageriali:

Pianificazione, controllo e rispetto dei tempi	Essere capaci di predefinire le attività da svolgere, fissando obiettivi e tempi, strutturando le attività proprie e degli altri e monitorandole nel corso del tempo	LIV. 3
Soluzione dei problemi	Essere capaci di cogliere gli aspetti essenziali dei problemi e sviluppare strategie di risoluzione che abbiano efficacia pratica	LIV. 3
Comunicazione e relazioni interpersonali	Essere capaci di ascoltare attentamente e di capire e rispondere ai sentimenti e alle preoccupazioni degli altri anche se non manifestati o parzialmente espressi	LIV. 4

LEGENDA

1. Nessuna competenza
2. Padronanza non completa della competenza, che ne consente l'applicazione a situazioni poco complesse e con un'operatività limitatamente autonoma
3. Ampia padronanza della competenza, che consente di operare con sufficiente autonomia operativa anche in situazioni mediamente complesse
4. Padronanza completa della competenza, che consente di operare con ampia autonomia e flessibilità, in situazioni complesse e variabili
5. Competenza specialistica, che consente di affrontare con piena autonomia operativa e di giudizio situazioni complesse e nuove, costituendo, su tali ambiti, un valido punto di riferimento

Tabella 7: Competenze per la funzione di Case Manager

Capitolo 5

La mappatura degli Stakeholder e la costruzione della rete territoriale

Il Progetto CDCD interviene in un contesto complesso e denso di attori (si parla di contesti multistakeholder e multilivello) in cui il rischio di perdere il punto di vista di un attore rischia di essere controproducente per il progetto stesso, sia perché si potrebbe perdere un'informazione o una competenza importante e unica, sia perché attraverso la condivisione di fini, obiettivi e modalità di azione è possibile acquisire una maggiore disponibilità dei diversi attori a compiere ognuno la sua parte. In tal senso si è deciso di utilizzare la metodologia dello "Stakeholder Engagement" intesa come la volontà di riconoscere agli stakeholder il diritto ad essere ascoltati ed accettare l'impegno di rendicontare la propria attività e le proprie scelte" (AA1000SES, 2005⁵).

"The key to success in public and non-profit organizations is the satisfaction of key stakeholders" (Rainy)⁶; (Light)⁷

Le istituzioni sanitarie stanno ponendo sempre maggiore attenzione a "governare le relazioni", ovvero a riformulare i propri processi decisionali sulla base di sistemi di relazione più ampi e articolati rispetto a quelli tradizionali, in tal senso esistono esempi sempre più significativi:

- http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=51668
- <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2017-06-16/verso-paziente-30-patient-engagement-come-chiave-un-reale-protagonismo-persona-sanita--161538.php?uuid=AE7RGwfB>
- http://www.recentiproggressi.it/r.php?v=2812&a=28441&l=332587&f=allegati/02812_2017_11/fulltext/Rassegna%20-%20Graffigna%20web.pdf

Una delle attività rilevanti del progetto è dunque consistita nell'identificare i soggetti portatori d'interesse rispetto al Progetto in modo da prevedere ~~azione~~ le forme più opportune di coinvolgimento e comunicazione.

Il primo passo è stato quello di individuare, a partire da tutte le possibili categorie di stakeholder, quelli che costituiscono il sistema di interlocutori.

Dopo la fase di "mappatura dell'esistente" si è cercato di individuare gli stakeholder che si vogliono coinvolgere nell'ambito dell'intervento considerato.

⁵ AccountAbility, AA1000SES Stakeholder Engagement Standard, 2015

⁶ Rainey H., Understanding and managing public organization, JosseyBass, San Francisco, CA, 1997

⁷ Light, P. C., Sustaining Innovation: Creating Nonprofit and Government Organizations that Innovate Naturally. San Francisco: Jossey-Bass, 1998.

Tale scelta deve tener conto del livello decisionale da utilizzare: la segmentazione delle classi degli stakeholder va pertanto definita rispetto al grado di coinvolgimento degli stessi nel Servizio.

L'elenco e la relativa classificazione è riprodotta nella Figura 10.

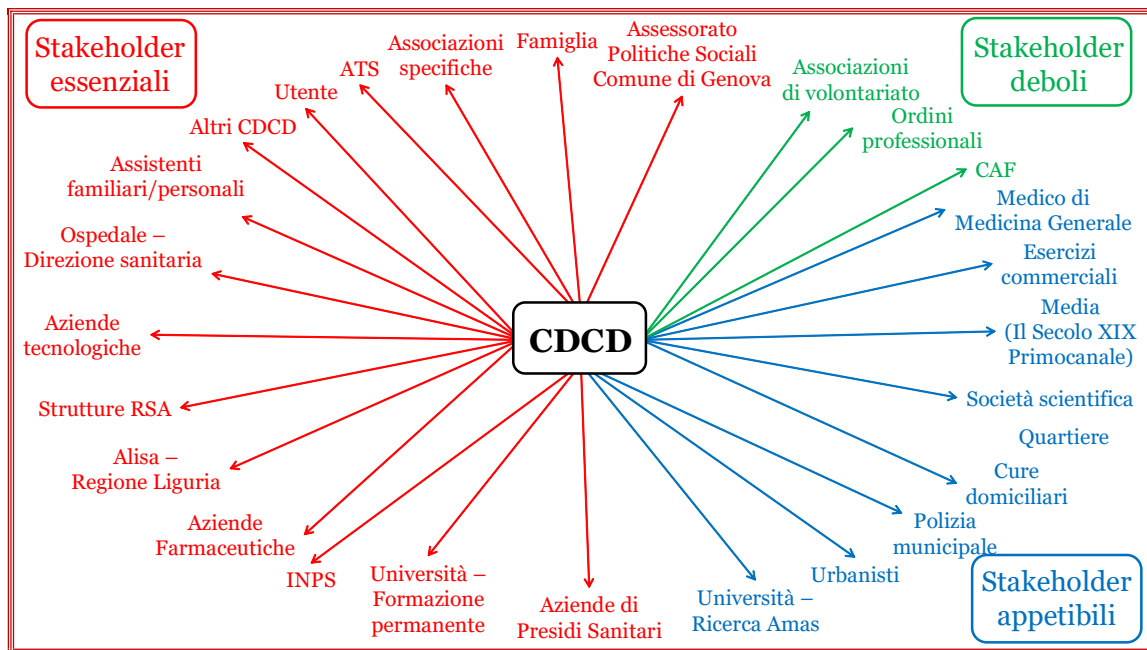


Figura 10: Mappa degli stakeholder

La costruzione della Mappa degli stakeholder ha messo in luce da un lato una notevole complessità del contesto di riferimento e, dall'altro, una certa difficoltà nel riconoscere i diversi stakeholder e il loro ruolo per lo sviluppo del progetto.

In particolare si noti come una delle maggiori criticità al momento, che potrebbe far naufragare il progetto, sia il mancato (o l'errato) coinvolgimento di alcuni stakeholder essenziali, in particolare di quelli che dovrebbero costituire la "rete", esempio assistenti sociali, amministrazione di sostegno, ecc. (Figura 10).

Per facilitare la formulazione della strategia più appropriate, è opportuno distinguere gli stakeholder per importanza e interesse rispetto al Progetto in base anche ai loro ruoli in:

- Stakeholder essenziali: hanno alto interesse e alta influenza rispetto all'intervento (senza il loro appoggio il Progetto non può riuscire).
- Stakeholder appetibili: hanno basso interesse ma alta influenza rispetto all'intervento (sarebbe utile averli come alleati, ma prima occorre sollecitarne l'interesse verso il Progetto).
- Stakeholder deboli: hanno alto interesse ma bassa influenza: Questi soggetti che non hanno i mezzi e gli strumenti per poter esprimere in modo forte i propri

interessi, ma potrebbero rivelarsi preziosi per strutturare adeguatamente il Progetto.



Figura 11: Metodo di classificazione degli stakeholder

Nell'applicare la metodologia al Progetto specifico è utile ricordare che Il CDCD, secondo quanto previsto dal Piano Regionale Demenze (DGR 55/2017), si configura quale organizzazione a rete in cui un ambulatorio centrale coordina e sovrintende l'attività di altri ambulatori e servizi periferici e di tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nel processo di cura e assistenza del paziente. Il Piano Nazionale Demenze di cui all'ASR del 30 ottobre 2014 considera, inoltre, il Modello della Gestione Integrata l'approccio più indicato per migliorare l'assistenza delle persone con malattie croniche. Queste persone, infatti, hanno bisogno, oltre che di trattamenti efficaci e modulati sui diversi livelli di intensità assistenziale, anche di continuità di assistenza nei diversi setting, il passaggio flessibile da un setting all'altro sulla base del bisogno attuale ed individuale, l'informazione ed il sostegno per raggiungere la massima autogestione/autodeterminazione possibile. Ciò è possibile solo secondo un approccio di Rete (Figura 12).

Il CDCD è dunque caratterizzato da un approccio di tipo olistico: esso rappresenta il reale punto di snodo per il paziente e la sua famiglia in grado di connettere diverse professionalità, discipline e settori della società, per integrare al meglio l'ambito ospedaliero e territoriale, ma anche l'ambito sanitario con quello sociale e questi ultimi con la protezione giuridica.



Figura 12- Le Reti della persona affetta da demenza

Per attuare un intervento di “gestione integrata” è fondamentale disporre, tra le altre cose, di modelli di collaborazione tra i diversi professionisti coinvolti per promuovere un’assistenza multidisciplinare (interna ed esterna al CDCD) al fine di accompagnare i malati e le loro famiglie in tutte le fasi della malattia, individuando possibili soluzioni «personalizzate» e facilitando l’accesso ai Servizi disponibili.

I principali punti di forza del modello di rete a “gestione integrata” per le persone affette da demenza sono:

- Rispetto della specificità dei bisogni del malato e famiglia e loro «individualità»;
- Valorizzazione delle diversità professionali e delle unità di offerta ed utilizzo di tutte le risorse presenti;
- Individuazione e condivisione delle strategie di integrazione e coordinamento degli interventi.

I principali obiettivi:

- Migliorare lo stato di salute/Benessere del soggetto;
- Ridurre lo stress del caregiver;
- Ritardare quanto possibile l’istituzionalizzazione;
- Garantire, per quanto e se possibile, l’autodeterminazione.

La DGR 55/2017– Allegato A Determinazione n. 105 del 30/09/2016 «Indirizzi per l’adozione del Piano Regionale Demenze», al Paragrafo 1.3 Funzioni del CDCD, al Punto 5, prevede che il CDCD sviluppi e coordini la rete territoriale sociosanitaria di cui fanno parte anche i servizi sociali e le Associazioni locali, promuovendo anche incontri dedicati.

L’obiettivo 2 del Piano Nazionale Demenze prevede la creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata che tra le azioni prevede:

- L'individuazione di servizi, funzioni e competenze che garantiscano la risposta corretta ad ogni necessità di cura del paziente in ogni livello assistenziale;
- Realizzazione di una mappa aggiornata dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale anche in collaborazione con le amministrazioni comunali;
- La messa in rete delle professionalità necessarie all'approccio multidisciplinare e multidimensionale, garantendo la disponibilità delle figure professionali indispensabili (MMG, geriatra, neurologo, psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, terapeuta occupazionale, fisioterapista, OSS, ecc.);
- L'accessibilità e la fruibilità dei servizi, anche in termini di localizzazione;
- La condivisione di PDTA che assicurino la gestione integrata.

La definizione dell'attivazione della rete dei Servizi e le relative modalità operative sono state condivise con il gruppo di lavoro, analizzando in prima istanza i principali attori del percorso di sostegno alla persona con demenza/famiglia (Figura 13) e le principali misure sociosanitarie Regionali per gli Anziani (Figura 14).



Figura 13. I principali attori del percorso di sostegno alla persona con demenza/famiglia

- Fondo Regionale Per La Non Autosufficienza FRNA;
- Gravissime Disabilità;
- Invalidità Civile e Indennità di Accompagnamento;

- Progetto Meglio a Casa;
- Interventi di Comunità per Anziani (Custodi Sociali e Call Center);
- Attività Fisica Adattata e Memory Training;

- Permessi mensili dal lavoro (l.104/1992 e s.m.i.);
- Detrazioni/deduzioni fiscali;

- Registro Regionale degli Assistenti Familiari;

- Protezione giuridica e tutela legale dei pazienti affetti da demenza/alzheimer;
- Registro Regionale Amministratori di Sostegno/Sportelli di Prossimità.

Figura 14 - Le principali misure sociosanitarie regionali per anziani

Capitolo 6

La gestione delle persone e il benessere organizzativo

Le specificità di un'organizzazione di servizi e il benessere degli operatori.

Nell'affrontare questo importante aspetto per la gestione di un CDCD è stata utilizzata con particolare attenzione la metodologia del Learning by doing, propria di tutto il progetto, facendo diventare il gruppo in formazione un "laboratorio" di sperimentazione delle dinamiche relazionali tipiche di una struttura di professionisti che eroga servizi.

Due i focus di attenzione:

- Le specificità di un'organizzazione di servizi e il benessere degli operatori
- Le dinamiche tipiche di un gruppo di lavoro e il loro utilizzo per migliorare il funzionamento organizzativo

Per quanto riguarda il primo ambito di analisi, *Le specificità di un'organizzazione di servizi e il benessere degli operatori*, sono stati approfonditi:

- I modelli di gestione delle persone nelle diverse concezioni organizzative
- La specificità delle organizzazioni di servizio: la centralità della dimensione relazionale interna ed esterna
- Il benessere degli operatori nella relazione d'aiuto: i rischi psicosociali (burnout, stress, aggressività)
- Il coordinamento del gruppo di lavoro come funzione protettiva rispetto ai rischi psicosociali del lavoro di aiuto.

Sono stati discussi i compiti dei dispositivi organizzativi temporanei propri del progetto, riconducibili a compiti di:

- Gestione del progetto
- Ricerca
- Monitoraggio del senso di ciò che si va facendo ed imparando
- Visibilizzazione dei risultati e dei prodotti attesi
- Aggregazione, manutenzione e regolazione dei processi e delle relazioni tra i diversi interlocutori

Quale strumento per promuovere il benessere degli operatori si è analizzata la cultura organizzativa. In specifico, per sostenere la qualità del servizio e il benessere degli operatori è risultato essenziale investire su:

- ✓ Cura della qualità della relazione tra back-office e front-line
- ✓ Orientamento al cliente: non solo esterno, ma anche interno
- ✓ Monitoraggio della congruenza tra le diverse dimensioni del sistema produttivo, riconosciuto il fatto che le incongruenze organizzative producono malessere.

Inoltre, si evidenzia l'importanza della funzione di coordinamento quale funzione di integrazione contro i rischi di frammentazione propri del modello libero-professionale e contro i rischi di incongruenza tra le diverse dimensioni organizzative.

Questo significa per la funzione di coordinamento investire in attività di progettazione, monitoraggio, valutazione sia del prodotto sia del processo di erogazione del servizio. Inoltre, il focus sull'orientamento al cliente, come sopra delineato, richiede ai coordinatori la cura della qualità della relazione con gli operatori, il che significa anche l'uso degli eventi critici/lamentele come fonte di apprendimento più che di disturbo organizzativo.

La funzione osservativa e riflessiva propria del coordinamento è stata approfondita e verrà qui presentata e discussa nelle sezioni seguenti del capitolo.

Utilizzo delle dinamiche tipiche di un gruppo di lavoro per migliorare il funzionamento organizzativo⁸.

Il gruppo di lavoro rappresenta un importante strumento per il raggiungimento degli obiettivi organizzativi. Esso svolge specifiche attività, quali la progettazione di attività, la definizione di procedure finalizzate al conseguimento degli obiettivi, la soluzione di problemi.

Il senso dei compiti e dei ruoli che dentro il gruppo vengono affidati agli individui, va ricercato nel progetto organizzativo, nelle sue finalità, nella sua articolazione operativa e nei suoi canali e processi di scambio con l'ambiente sociale esterno.

La comprensione dei processi organizzativi è quindi possibile solo attraverso la contestuale lettura di ciò che accade nei gruppi e fra i gruppi che la compongono, e di ciò che accade agli individui e tra gli individui che in essa operano.

La conoscenza delle caratteristiche del gruppo e delle sue dinamiche deve partire dal presupposto che esso non è la semplice somma degli individui che lo compongono, quanto piuttosto l'insieme delle interazioni tra di essi (Lewin, 1951).

Una delle caratteristiche sostanziali del gruppo di lavoro è la presenza in esso di relazioni funzionali al conseguimento di un obiettivo, che deve essere definito, perseguibile e condiviso dai componenti del gruppo (Brown, 2000). All'interno del gruppo, è necessario che i singoli dedichino tempo a conoscersi e a comprendere le specificità individuali, considerando queste ultime come una ricchezza e non come una minaccia all'identità personale (Brewer & Gardner, 1996).

L'interazione è fondata sulla possibilità che i membri si danno di collaborare per attraversare le difficoltà emergenti nel percorso, facendo leva sulle competenze messe a disposizione da ciascun membro e orientando il lavoro verso un obiettivo condiviso. Il gruppo di lavoro è costituito quindi da una "pluralità in integrazione" (Quaglino,

⁸ di seguito il dettaglio della bibliografia utilizzata in questo paragrafo:

Brown, R.J. (2000), *Group processes*, Oxford: Blackwell.

Brewer, M.B. & Gardner, W. (1996), Who is this "we"? Levels of collective identity and self representation, *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 83-93.

Janis, I. (1982), *Groupthink*, Boston: Houghton Mifflin.

Kaneklin, C. (2010), *Il gruppo in teoria e in pratica*, Milano, Cortina Editore.

Kaneklin, C. (1997), Le dinamiche di gruppo, in G. Costa, R. Nacamulli (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, Novara, UTET.

Lewin, K., 1951, *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna.

Quaglino G.P., Casagrande S., Castellano A. (1992) *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*, Milano, Cortina Editore.

Casagrande, Castellano, 1992), dalla consapevolezza dei membri di essere in relazione di reciprocità tra di loro e dalla valorizzazione delle rispettive differenze.

Affinché il gruppo di lavoro sia efficace è inoltre necessario che vi sia un coordinamento funzionale del gruppo, che ciascuno si assuma la responsabilità degli obiettivi, e che lo scambio di informazioni sia fluido e basato su una comunicazione chiara, diretta e trasparente.

A partire da queste premesse, la scelta operata è stata quella di proporre ai partecipanti al percorso formativo alcuni momenti di riflessione sul funzionamento del gruppo stesso, al fine di attivare competenze di lettura dei processi emergenti dal lavoro di gruppo per sollecitare un aumento di competenze nella gestione dello stesso.

A questo fine, nel primo incontro, dopo aver effettuato (attraverso la generazione di “word clouds”) una restituzione complessiva delle premesse e delle aspettative con le quali i partecipanti avevano approcciato il corso e aver dedicato uno spazio alla presentazione di ciascun partecipante al resto del gruppo, è stata proposta un’attività grafica per far emergere le diverse rappresentazioni del gruppo e per sollecitare una riflessione sui differenti vertici di osservazione possibili rispetto all’oggetto “gruppo”, sulle differenze esistenti tra lo “stare insieme” e il “fare insieme”, sui processi attivati attraverso l’interazione di gruppo, e sull’importanza della presenza di ruoli e competenze diversi.

Questo lavoro di analisi e confronto tra le diverse rappresentazioni del concetto di gruppo ha consentito a ciascuno dei partecipanti di entrare in contatto con uguaglianze e differenze tra il proprio e l’altrui punto di vista, e di aumentare la consapevolezza rispetto alla necessità di un’integrazione tra questi (Kaneklin, 1997). Le esercitazioni previste all’interno degli incontri formativi hanno messo in luce l’importanza del lavoro di gruppo come momento di arricchimento e di sviluppo personale, ma, nel contempo, ne hanno sottolineato i costi, dovuti alla necessità di un riposizionamento personale nella direzione di una rinuncia all’affermazione del proprio individuale punto di vista e della faticosa costruzione di una nuova appartenenza.

E’ stato quindi sottolineato come il mantenimento di un equilibrio, per sua natura dinamico, tra *membership* (consapevolezza dell’essere parte di un gruppo) e *groupship* (riconoscimento di un soggetto diverso dai singoli individui) consenta al gruppo di funzionare in modo adeguato (Quaglino, Casagrande, Castellano, 1992).

La definizione di tempi, ruoli e regole di funzionamento del gruppo di lavoro - concordati per lo svolgimento delle specifiche attività proposte dai docenti - ha sollecitato nei partecipanti la consapevolezza dell’importanza di questi elementi ai fini del successo dell’azione di gruppo.

Negli incontri che hanno caratterizzato il percorso formativo è stato possibile dedicare alcuni momenti alla rilettura delle attività di gruppo dedicate alla costruzione di ruoli e funzioni del CDCD, e particolare accento è stato posto sull’importanza dell’integrazione tra le prospettive connesse alle diverse figure professionali e ai diversi stakeholder che gravitano intorno al servizio. La consapevolezza che l’integrazione può dare avvio alla collaborazione, e che quest’ultima si fonda su relazioni fiduciarie tra i membri, sulla negoziazione di obiettivi, metodi, ruoli, e sulla condivisione di procedure, è uno degli apprendimenti che il lavoro di gruppo ha cercato di promuovere nei partecipanti. Accanto

a questo, è stato dato risalto a un'idea di conflitto come condizione ineludibile nella vita del gruppo: esso deve essere interpretato come occasione di ampliamento di prospettive e di confronto costruttivo alla ricerca di nuove soluzioni, e non come minaccia alla stabilità e all'esistenza stessa del gruppo (Janis, 1982).

Ulteriore tema trattato è stato quello della funzione di coordinamento del lavoro di gruppo, declinandola nelle sue sotto-funzioni di produzione, facilitazione e regolazione socio-affettiva, che, se presidiate, consentono un appropriato funzionamento del gruppo di lavoro (Kaneklin, 2010). La capacità di definire con chiarezza gli obiettivi, di condividerli all'interno del gruppo e di consentire a ciascuno di attribuire a essi un significato e un valore, di predisporre le condizioni affinché il gruppo possa lavorare, sono competenze fondamentali per la funzione di coordinamento e, quindi, dell'efficacia del lavoro di gruppo.

Nella fase finale del percorso formativo particolare attenzione è stata data alla sensibilizzazione dei partecipanti in merito all'importanza dello sviluppo di competenze osservative: la capacità di osservare attraverso un approccio grandangolare e di assumere un atteggiamento di riflessività sul proprio e sull'altrui operato, consente una comprensione migliore delle dinamiche del lavoro di gruppo e si configura come strategica per il coordinamento del gruppo e quindi per la sua efficacia operativa.

Capitolo 7

Conclusioni e lavoro futuro

L'attività progettuale ha fornito un insieme di strumenti organizzativi tra loro coordinati che consentono l'avvio di una sperimentazione operativa per mettere a punto i dettagli e condividere con tutti coloro che saranno interessati alla implementazione dei CDCD. Permette così di avere un supporto metodologico rigoroso alla attività e una uniformità di trattamento tra i vari pazienti, pur nella necessaria flessibilità di ogni situazione operativa.

Gli output sono, pertanto, offerti agli organi di programmazione per avviare una discussione costruttiva e una messa a punto definitiva, completando tutti gli aspetti che mancano, in particolare la mappa delle attività, le job description per tutte le figure, la flow chart per i disturbi comportamentali e per i rapporti con le strutture di ricovero, e soprattutto i collegamenti e le interazioni con tutti i portatori di interesse al di fuori del sistema sanitario, in primis con le amministrazioni comunali.

Si auspica che ci siano le condizioni per continuare a lavorare con la stessa metodologia sui problemi rimasti ancora da studiare. Il prossimo progetto dovrebbe riguardare i seguenti temi:

---raccolta di dati di attività e di flusso delle varie strutture per calcolare i costi necessari e predisporre offerta congrua con bisogni, articolando nel dettaglio fabbisogno di figure professionali, spazi, agende per esami diagnostici, e così via.

---messa a punto di un sistema informativo integrato che permetta il monitoraggio delle attività e la disponibilità tempestiva degli indicatori di processo e di esito per ogni azione correttiva in una ottica di miglioramento continuo della qualità (ciclo di Deming) e di performance management

---formazione a tutti i livelli a partire dai medici di famiglia, caregiver, e così via per rendere le competenze coerenti con quanto richiesto e aumentare la partecipazione

---coinvolgimento degli stakeholder per promuovere cambiamento culturale e vera integrazione tra le istituzioni, il volontariato, le famiglie e le associazioni di pazienti.

Da ultimo si ricordi che purtroppo, nonostante i CDCD e l'introduzione di percorsi di cura ben organizzati, per queste condizioni non esiste una cura che possa portare alla guarigione, così come accade peraltro per tutte le malattie croniche. Miglioramenti comunque si possono ottenere: per i pazienti malati non si tratta solo

e soltanto di assicurare una gestione integrata e una continuità di presa in carico sanitaria, ma anche politiche sociali adatte per aiutare le famiglie a sopportare costi indiretti elevati che sono spesso quelli che riescono a fornire una qualità della vita migliore alle persone, soprattutto riuscendo a mantenerle presso il proprio domicilio. In conclusione, il problema non è solo medico e sanitario, ma anche sociale e di come la società si sente responsabile degli ultimi. Si tratta, cioè, di non chiamare in causa soltanto la politica sanitaria, ma in generale tutte le politiche al servizio delle persone, come istruzione e coesione sociale.

Si noti, infine, che anche se la demenza è una condizione cronica non guaribile, essa si può, tuttavia prevenire, come hanno messo in evidenza recenti studi tra cui si ricorda quello apparso su “The Lancet” che riprende il lavoro di 24 esperti internazionali e i dati raccolti per anni dalla Lancet Commission per la prevenzione, il trattamento e la cura della demenza).

Questo studio quantifica i vantaggi della prevenzione e la possibilità che si possano ridurre i costi complessivi riducendo il numero delle persone affette da questa malattia. È stato rilevato infatti che 1 caso su 3 di demenza sarebbe evitabile se, nel corso della vita si prestasse attenzione a 9 fattori di rischio: perdita dell'udito, scarsa istruzione, fumo, depressione, inattività fisica, isolamento sociale, ipertensione, obesità e diabete.

Questi fattori, potenzialmente modificabili perché si può agire su di essi, concorrono per un totale del 35%, mentre il restante 65% è al di fuori del nostro controllo. La commissione Lancet ha stimato per esempio che aumentando il livello di istruzione sin dalla prima fase della vita, si potrebbe trarre il beneficio di creare una “riserva cognitiva”, ovvero rinforzare le reti di connessioni neurali, in modo che continuino a funzionare in futuro anche nell'eventualità che si verificano dei danni cerebrali. Quindi secondo gli studi, gli individui che continuano a imparare cose nuove nella vita, hanno maggior probabilità di creare una riserva cerebrale. Un altro importante fattore di rischio è la perdita dell'udito precoce in età adulta, i ricercatori affermano infatti che questo evento può negare alle persone un ambiente cognitivo ricco e portare all'isolamento sociale e alla depressione, che sono altre cause scatenanti della demenza.

Compito dei CDCD dovrebbe essere, pertanto, anche quello di concorrere a diffondere queste ricerche sulla prevenzione che chiamano in causa ancora una volta non soltanto il sistema sanitario ma tutta la società e richiedono una importante tensione verso i problemi della uguaglianza di opportunità per tutti gli individui.

ALLEGATO 1- PROCEDURE

Elenco procedure CDCD

Num.	Titolo
001	Visita MMG
003	Prima visita Medico specialista CDCD
004	Visita NPS
005	Gestione procedure amministrative CDCD
006	Valutazione Equipe multidisciplinare
007	Seconda visita Medico specialista CDCD
008	Monitoraggio Pz dopo seconda visita

Nota:

Il Diagramma di flusso a cui si fa riferimento nelle procedure è quello della figura 5

Centro disturbi cognitivi e demenze
Procedura n°001

Data	Revisione	Redazione	Approvazione	Autorizzazione	N° archiviazione
Data 1° emissione 26 giugno 2018	Data della revisione (successiva)	Chi ha fatto la stesura	Chi verifica e approva i contenuti	Chi autorizza emissione e applicazione	001

INDICE:

1. Premessa
2. Scopo
3. Campo di applicazione
4. Terminologia, abbreviazioni, definizioni
5. Responsabilità
6. Riferimenti
7. Motivazioni
8. Descrizione attività
9. Archiviazione
10. Criteri di valutazione e registrazione dati
11. Apparecchiature e strumenti utilizzati nell'attività
12. Requisiti preliminari e criteri di eccezione
13. Allegati ed Appendici
14. Diagrammi di flusso.

DA DISTRIBUIRE A: (elencare dove viene distribuito il documento)

Medici di Medicina Generale	Sito Asl 3, sezione dedicata ai MMG
Medici specialisti CDCD	Intranet Aziendale Asl 3, S.Martino, Galliera
Infermieri CDCD	Intranet Aziendale
Assistenti sociali CDCD	?
Personale Amministrativo CDCD	Intranet Aziendale

DISTRIBUITO IL 26/06/2018

Premessa:

La procedura 001 descrive le attività operative del medico di medicina generale finalizzate alla individuazione e gestione dei Pazienti da indirizzare ai CDCD allo scopo di garantire una omogeneità di presa in carico e di trattamento dei Pz con disturbi cognitivi.

1. SCOPO

Individuazione dei Pazienti eleggibili per CDCD, ovvero PZ che manifestano disturbi della memoria, alterazioni comportamentali, trascuratezza personale, o segnalazioni da parte dei care giver

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Prima e seconda visita nell'ambulatorio del MMG

4. TERMINOLOGIA ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

(Glossario e descrizione degli acronimi e delle abbreviazioni)

MMG - medici di Medicina Generale
CDCD – Centro Disturbi Cognitivi e Demenze

5. RESPONSABILITA'

(Individuazione delle responsabilità previste dalla documentazione in funzione del proprio ruolo)

MMG
Personale Amministrativo del CDCD

6. RIFERIMENTI

Piano Nazionale Demenze
Piano sanitario regionale
Delibera Regionale

7. MOTIVAZIONI

Garantire omogeneità di trattamento ai cittadini della regione Liguria
Favorire una diagnosi precoce dei disturbi cognitivi
Favorire una azione di prevenzione dei disturbi cognitivi (* screening GPCOG)
Favorire una formazione mirata dei MMG

8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

<p>Descrivere le attività necessarie e previste per la procedura rispondendo alle domande cosa, chi, come, quando, dove, con quali strumenti, nella sequenza temporale della procedura, in coerenza con l'eventuale diagramma di flusso</p>
<p>Il MMG nel corso della 1° visita</p> <ol style="list-style-type: none"> Effettua una valutazione generale del Paziente Realizza un primo screening GPCOG (*), se i risultati sono positivi: Punteggio sezione A 0-4 oppure Punteggio sezione A (5-8) + sezione B (<=3) oppure Punteggio sezione A (5-8) + sezione B (4-6) il MMG prescrive gli esami ematochimici (VES, Emocromo, Glicemia, Creatinina, TSH, Vit.D, Vit.B12, Folati, Azotemia, AST, ALT, GGT, ALP, Proteine Totali, Albumina, Calcio, Na, K, esame urine) ed ECG <p>Il MMG nel corso della 2° visita</p> <ol style="list-style-type: none"> Valuta i risultati degli esami prescritti Invia il PZ al CDCD e prenota direttamente la visita chiamando il CUP con codice CDCD di riferimento Compila la scheda informativa per il CDCD contenente la storia clinica e la terapia in atto, allega gli esami e compila la cartella clinica (cartacea o informatica) Consegna al PZ scheda informativa e prenotazione e fornisce indicazione di recarsi alla visita al CDCD accompagnato da un familiare/caregiver In caso di PZ privi di rete sociale, se ritiene necessario, attiva l'assistente sociale dei Servizi del Comune

9. ARCHIVIAZIONE

La presente procedura sarà inserita nel manuale organizzativo del CDCD
La presente procedura sarà consultabile on line sul sito Asl 3

10. CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE DATI

<p>*Indicatori di riferimento dello screening GPCOG:</p> <p>Sezione A Punteggio =9 normale Punteggio 5-8 borderline <u>passare a sezione B</u> Punteggio 0-4 declino cognitivo</p> <p>Sezione B Sezione A (5-8) + sezione B (0-3) declino cognitivo Sezione A (5-8) + sezione B (4-6) lieve deficit cognitivo, MCI</p>

11. APPARECCHIATURE

Computer
Cartella clinica digitale

12. REQUISITI PRELIMINARI E CRITERI DI ECCEZIONE

FORMAZIONE PRELIMINARE per i MMG



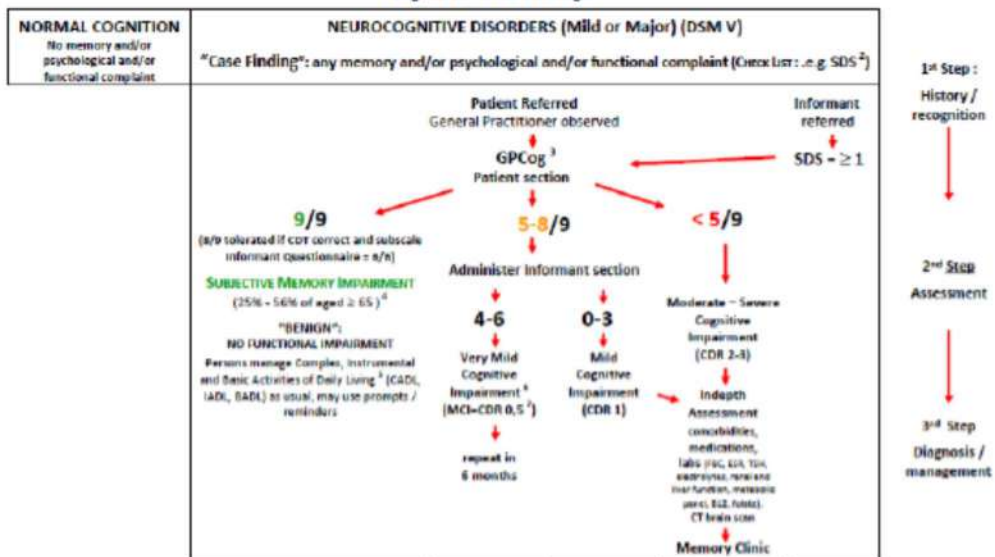
13.ALLEGATI E APPENDICI

<ul style="list-style-type: none"> Scheda di valutazione dei risultati dello screening GPCOG
<ul style="list-style-type: none"> Format di scheda informativa per CDCD

14 DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITA'

Descrivere la procedura attraverso un diagramma di flusso (in coerenza con la descrizione delle attività)
Vedi Diagramma di flusso allegato

Algorithm for Assessment of Mental Status in community-dwelling people aged ≥ 50 years in Primary Care
Eligible as "Sixth Vital Sign"¹



¹ Roschke R, et al. (2008). The mental status vital sign. J Am Geriatr Soc. 56:2358-9
² Marsh J. C. et al. (2009). Lay Person-Based Screening for Early Detection of Alzheimer's Disease: Development and Validation of an Instrument. J Gerontology: Psychol., Vol. 64B, 3:140-170
³ Brodaty H, Paul D, Kemp M M, Luszcz B, Huxley L, Dennis C, Huxley F A. (2002). The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. J Am Ger Soc. 50: 520-4
⁴ Kawaguchi S, Gauthier L. (2000). Current evidence for subjective cognitive impairment (SCI) as the prodromal cognitive impairment (PCI) stage of subsequently manifest Alzheimer's disease. Int Psychogeriatr. 12:1, 3-18
⁵ Marshall G.A., Amaglio R. S., Sperling R. A., Barts D.M. (2012). Activities of daily living: where do they fit in the diagnosis of Alzheimer's disease? Neurodegener. Dis. Manage. 2(3): 463-491.
⁶ Peterson R. C. (2003). Mild Cognitive Impairment. N Engl J Med. 344:2327-34
⁷ Mattis, J. C. (1987). Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. Neurology, 43, 2012-2014

GPCog (General Practitioner assessment of Cognition). Breve test per valutare le funzioni cognitive in Medicina Generale

Data ___/___/___ Cognome Nome _____ Nato/a ___/___/___ Anni di Scuola : ___

A) VALUTAZIONE DEL PAZIENTE Salvo indicazione contraria, formulare ogni domanda una volta sola.

RICHIAMO 1° FASE Nominativo ed indirizzo da richiedere nella 2° fase

1. "Ora Le dirò un nome ed un indirizzo. Le chiedo di ripeterli subito dopo di me". (Consentire massimo 4 ripetizioni per la memorizzazione: non si assegna punteggio) NUMERO RIPETIZIONI ___

"Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia"

Dopo l'ultima ripetizione "Ricordi questo nome ed indirizzo perché Le chiederò di ripetermeli fra pochi minuti."

ORIENTAMENTO TEMPORALE

2. Mi dica la data di oggi? (solo la risposta esatta è valida)

Corretto	Sbagliato
1	0

FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE Disegno dell'Orologio

3. Per piacere, inserisca tutti i numeri delle ore (devono essere posizionati correttamente)

1	0
1	0

4. Per piacere disegni le lancette in modo che segnino le ore 11.10

INFORMAZIONI 5. Può raccontami un fatto di cronaca, una notizia riportata dai telegiornali o dai giornali in questa settimana?

1	0
---	---

RICHIAMO 2° FASE 6. Mi può ripetere il nome e l'indirizzo che Le avevo chiesto di ricordare? Mario Rossi

1	0
---	---

Rossi

1	0
---	---

Via Libertà

1	0
---	---

42

1	0
---	---

Pavia

1	0
---	---

TOTALE

PUNTEGGIO
9: NORMALE
< 5: DETERIORAMENTO COGNITIVO
5-8: BORDERLINE, passare alla sezione B

Punteggio Disegno dell'Orologio. **Domanda 3:** Risposta corretta se i numeri 12, 3, 6 e 9 sono collocati nei quadranti giusti ed anche i restanti numeri delle ore sono inseriti in modo congruo. **Domanda 4:** Risposta corretta se le lancette sono puntate sui numeri 11 e 2 anche se l'esaminato non è riuscito a far distinguere la lancetta lunga da quella corta. **INFORMAZIONE.** Non sono necessarie risposte particolarmente dettagliate: l'importante è che l'intervistato dimostri di conoscere un evento recente riportato dai media nell'ultima settimana. Nel caso di risposte generiche, tipo "guerra" "molta pioggia", chiedere ulteriori dettagli: se l'intervistato non è in grado di fornirli classificare la risposta come "sbagliata".

B) INTERVISTA CON IL FAMILIARE/CONOSCENTE Chiedere: "Rispetto a qualche anno fa, il paziente..."

I. ... ha più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti?

SI	NO	Non so	N/A
0	1		

II. ... ha più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni?

0	1		
---	---	--	--

III. ... quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?

0	1		
---	---	--	--

IV. ... è meno capace di gestire denaro e questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)?

0	1		
---	---	--	--

V. ... è meno capace di gestire ed assumere i suoi farmaci da solo/a?

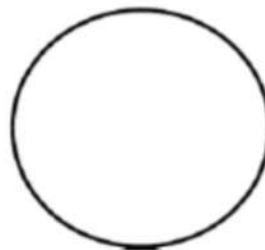
0	1		
---	---	--	--

VI. ... richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)?

0	1		
---	---	--	--

PUNTEGGIO
SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = < 3 : DETERIORAMENTO COGNITIVO
SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = 4-6 : DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE, pre-clinico (Mild Cognitive Impairment) da monitorare ripetendo il GPCog ogni 6-12 mesi

TOTALE



Centro disturbi cognitivi e demenze
Procedura n°003

Data	Revisione	Redazione	Approvazione	Autorizzazione	N° archiviazione
Data 1° emissione 26/06/2018	Data della revisione (successiva)	Chi ha fatto la stesura	Chi verifica e approva i contenuti	Chi autorizza emissione e applicazione	003

INDICE:

1. Premessa
2. Scopo
3. Campo di applicazione
4. Terminologia, abbreviazioni, definizioni
5. Responsabilità
6. Riferimenti
7. Motivazioni
8. Descrizione attività
9. Archiviazione
10. Criteri di valutazione e registrazione dati
11. Apparecchiature e strumenti utilizzati nell'attività
12. Requisiti preliminari e criteri di eccezione
13. Allegati ed Appendici
14. Diagrammi di flusso.

DA DISTRIBUIRE A: (elencare dove viene distribuito il documento)

Medici di Medicina Generale	Indirizzo di posta elettronica
Medici specialisti CDCD	
Infermieri CDCD	
Assistenti sociali CDCD	
Personale Amministrativo CDCD	

DISTRIBUITO IL 26 giugno 2018

Premessa:

La procedura 003 descrive le attività operative del medico specialista del CDCD finalizzate alla valutazione dei Pazienti inviati dai MMG per sospetto di disturbo cognitivo. E' il primo momento di accesso del PZ al CDCD.

1. SCOPO

Conferma della presenza di disturbo cognitivo ipotizzata dal MMG

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Prima visita nell'ambulatorio del CDCD

4. TERMINOLOGIA ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

(Glossario e descrizione degli acronimi e delle abbreviazioni)

MMG - medici di Medicina Generale
CDCD - Centro Disturbi Cognitivi e Demenze

5. RESPONSABILITA'

(Individuazione delle responsabilità previste dalla documentazione in funzione del proprio ruolo)

Medico specialista di turno del CDCD
Infermiere di turno del CDCD

6. RIFERIMENTI

Piano Nazionale Demenze
Piano sanitario regionale
Delibera Regionale

7. MOTIVAZIONI

Garantire omogeneità di trattamento ai cittadini della regione Liguria
Favorire una diagnosi precoce dei disturbi cognitivi
Favorire una azione di prevenzione dei disturbi cognitivi /comportamentali

8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

<p>Descrivere le attività necessarie e previste per la procedura rispondendo alle domande cosa, chi, come, quando, dove, con quali strumenti, nella sequenza temporale della procedura, in coerenza con l'eventuale diagramma di flusso</p>
<p>Il Medico specialista del CDCD nel corso della 1° visita</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Apre la cartella clinica sul Sistema Informativo Aziendale b) Scannerizza e/o trascrive i risultati degli esami inviati dal MMG c) Effettua l'anamnesi familiare, personale generale, cognitiva, neurologica, psichiatrica e farmacologica in presenza di un caregiver d) Effettua l'esame obiettivo generale e neurologico e) Effettua il MMSE f) Effettua il Clock test g) Effettua il test ADL h) Effettua test IADL i) Effettua test NPI j) Effettua scheda AGED plus k) Effettua scheda CIRS l) Effettua richiesta di valutazione neuropsicologica se MMSE > o uguale a 20 o secondo diversa valutazione del medico concordando con lo psicologo i test da effettuare m) Effettua se occorre la prescrizione di ulteriori accertamenti diagnostici (esami strumentali o visite specialistiche) n) Rileva i bisogni sociali e se occorre, in accordo con la famiglia, effettua segnalazione ai servizi sociali tramite contatto telefonico con l'assistente sociale competente per territorio e segnala l'esigenza all'assistente sanitario del CDCD o) Prescrive la richiesta per la visita successiva
<p>L'infermiere nel corso della 1° visita</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Effettua la misurazione dei parametri b) Effettua la misurazione dei dati antropometrici c) Effettua una prima educazione terapeutica al caregiver d) Effettua colloquio con il caregiver per fornire le prime indicazioni per la

gestione/prevenzione dei disturbi del comportamento
L'infermiere assume la funzione di case manager L'infermiere diventa il primo contatto con il CG in caso di difficoltà attraverso il telefono/mail con il Centro

9.ARCHIVIAZIONE

La presente procedura sarà inserita nel manuale organizzativo del CDCD
La presente procedura sarà consultabile on line sulla intranet del CDCD

10.CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE DATI

Definire gli indicatori con eventuali riferimenti a standard, responsabilità e tempistica per la valutazione dei dati.
<ul style="list-style-type: none"> • Registrazione in tempo reale, in una sezione dedicata della cartella clinica del paziente, di tutte le informazioni inerenti gli interventi, i contatti, le indicazioni, fornite al Pz o caregiver

11.APPARECCHIATURE

Indicazione, quando previsti, di software, computer, apparecchiature e strumentazione <i>con i relativi</i>
Cartella clinica digitale con sezione dedicata al monitoraggio continuo del Pz.

12. REQUISITI PRELIMINARI E CRITERI DI ECCEZIONE

Descrivere le condizioni per l'applicazione della documentazione
Piano di formazione per il personale del CDCD

13.ALLEGATI E APPENDICI

Comporre un elenco degli allegati e della modulistica prevista dalla procedura descritta.
Strumenti diagnostici e relativi indicatori

14 DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITA'

Descrivere la procedura attraverso un diagramma di flusso (in coerenza con la descrizione delle attività)
Vedi Diagramma di flusso allegato

Centro disturbi cognitivi e demenze
Procedura n°004

Data	Revisione	Redazione	Approvazione	Autorizzazione	N° archiviazione
Data 1° emissione 26/0618	Data della revisione 05/06/18	A. Giorgeschi B. Senesi A. Trentarossi	Servizio Qualità Direzione Sanitaria Direzione di Struttura	Direzione Sanitaria	004

INDICE:

1. Premessa
2. Scopo
3. Campo di applicazione
4. Terminologia, abbreviazioni, definizioni
5. Responsabilità
6. Riferimenti
7. Motivazioni
8. Descrizione attività
9. Archiviazione
10. Criteri di valutazione e registrazione dati
11. Apparecchiature e strumenti utilizzati nell'attività
12. Requisiti preliminari e criteri di eccezione
13. Allegati ed Appendici
14. Diagrammi di flusso.

DA DISTRIBUIRE A: (elencare dove viene distribuito il documento)

Medici di Medicina Generale	Indirizzo di posta elettronica
Medici specialisti CDCD	
Infermieri CDCD	
Assistenti sociali CDCD	
Personale Amministrativo CDCD	

DISTRIBUITO IL 26 giugno 2018.

Premessa: la procedura descrive le attività operative del Neuro Psicologo a cui afferisce il paziente con presunto disturbo cognitivo e il suo caregiver, preliminarmente alla eventuale valutazione di equipe e/o alla seconda visita

1. SCOPO

Valutazione neuro psicologica del PZ preliminare alla diagnosi definitiva

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Approfondimento diagnostico nell'ambulatorio CDCD

4. TERMINOLOGIA ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI (Glossario e descrizione degli acronimi e delle abbreviazioni)

MMG - medici di Medicina Generale
CDCD – Centro Disturbi Cognitivi e Demenze
Pz = paziente
Inf = Infermiere
CG = caregiver
BPSD=Behavioural and psychological synthoms of dementia
CDR. Clinical demential rating
QoL= quality of life
CBI: caregiver burden inventory scale

5. RESPONSABILITA'

(Individuazione delle responsabilità previste dalla documentazione in funzione del proprio ruolo)

Neuropsicologo CDCD
Infermiere del CDCD-case manager
: Counseling familiare ed eventuale percorso non farmacologico

6. RIFERIMENTI

Piano Nazionale Demenze
Piano sanitario regionale
Delibera Regionale n°55 del 26/01/2017

Linee guida NIAAA 2011

7. MOTIVAZIONI

Garantire omogeneità di trattamento ai cittadini della regione Liguria
Avviare il percorso di cura terapeutico assistenziale

8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Descrivere le attività necessarie e previste per la procedura rispondendo alle domande cosa, chi, come, quando, dove, con quali strumenti, nella sequenza temporale della procedura, in coerenza con l'eventuale diagramma di flusso
<p>NEUROPSICOLOGO nel corso del primo incontro con il Paziente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effettua una visita neuro psicologica del paziente alla presenza del caregiver e dell'infermiere case manager • Valuta l'opportunità di intraprendere un percorso di Counseling con il Pz e con i familiari/caregiver • In caso di valutazione di opportunità di avvio del percorso di Counseling ne definisce modalità operative e tempi di attuazione (numero incontri, cadenza periodica degli incontri, ecc.) • Aggiorna la cartella clinica del Pz per la parte di sua competenza <p>NEUROPSICOLOGO nel corso degli incontri di Counseling con il Paziente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornisce eventuali indicazioni al case manager per necessità del Pz di carattere sociale e/o sanitario • Aggiorna la cartella clinica del Pz per la parte di sua competenza

9. ARCHIVIAZIONE

La presente procedura sarà inserita nel manuale organizzativo del CDCD
La presente procedura sarà consultabile on line sulla intranet del CDCD (?)

10. CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE DATI

Definire gli indicatori con eventuali riferimenti a standard, responsabilità e tempistica per la valutazione dei dati.
Neuropsicologo: numero di Counseling/numero pazienti presi in carico; Tempi di attesa del Counseling tra quando prescritto e quando realizzato.

11. APPARECCHIATURE

Indicazione, quando previsti, di software, computer, apparecchiature e strumentazione

Indicazione, quando previsti, di software, computer, apparecchiature e strumentazione
Computer;
Cartella informatizzata aziendale

12. REQUISITI PRELIMINARI E CRITERI DI ECCEZIONE

Descrivere le condizioni per l'applicazione della documentazione
Procedura di formazione per il personale del CDCD

13. ALLEGATI E APPENDICI

Comporre un elenco degli allegati e della modulistica prevista dalla procedura descritta.
<ul style="list-style-type: none"> • Schede di valutazione • CDR / altri strumenti utilizzati dai professionisti • ...

14. DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITÀ

Descrivere la procedura attraverso un diagramma di flusso (in coerenza con la descrizione delle attività)
Vedi Diagramma di flusso allegato

Centro disturbi cognitivi e demenze
Procedura n°005

Data	Revisione	Redazione	Approvazione	Autorizzazione	N° archiviazione
Data 1° emissione 26 giugno 2108	Data della revisione (successiva)	Chi ha fatto la stesura	Chi verifica e approva i contenuti	Chi autorizza emissione e applicazione	005

INDICE:

1. Premessa
2. Scopo
3. Campo di applicazione
4. Terminologia, abbreviazioni, definizioni
5. Responsabilità
6. Riferimenti
7. Motivazioni
8. Descrizione attività
9. Archiviazione
10. Criteri di valutazione e registrazione dati
11. Apparecchiature e strumenti utilizzati nell'attività
12. Requisiti preliminari e criteri di eccezione
13. Allegati ed Appendici
14. Diagrammi di flusso.

DA DISTRIBUIRE A: (elencare dove viene distribuito il documento)

	Indirizzo di posta elettronica???
Medici di Medicina Generale	
Medici specialisti CDCD	
Infermieri CDCD	
Assistenti sociali CDCD	
Personale Amministrativo CDCD	

DISTRIBUITO IL 26/06/2018.....

Premessa:

La procedura descrive le attività operative del personale amministrativo del CDCD finalizzate al supporto del personale sanitario del CDCD e del paziente con demenza e dei suoi familiari per poter effettuare, riducendo al minimo i disagi burocratici, le visite e gli esami necessari al corretto inquadramento diagnostico e il percorso terapeutico

1. SCOPO

Definire il ruolo e le attività di competenza del personale amministrativo afferente al CDCD

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Gestione delle attività di supporto amministrativo e organizzativo dal primo accesso del Pz al CDCD fino alle azioni di follow up

4. TERMINOLOGIA ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

(Glossario e descrizione degli acronimi e delle abbreviazioni)

MMG - medici di Medicina Generale
CDCD – Centro Disturbi Cognitivi e Demenze

5. RESPONSABILITA'

(Individuazione delle responsabilità previste dalla documentazione in funzione del proprio ruolo)

Medico specialista del CDCD
Personale amministrativo del CDCD
Psicologi del CDCD
Infermieri CDCD
Assistenti sanitari CDCD

6. RIFERIMENTI

Piano Nazionale Demenze
Piano sanitario regionale
Delibera Regionale

7. MOTIVAZIONI

Garantire la presenza di una figura amministrativa specificatamente formata con funzioni segretariali
Garantire lo svolgimento dei passaggi previsti dal percorso e delle visite mediche nei tempi stabiliti dalla Delibera regionale
Garantire il servizio front-office telefonico per i pazienti già in carico al CDCD per la gestione di situazioni di criticità che richiedano indicazioni o programmazione di rivalutazione clinica

8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

<p>Descrivere le attività necessarie e previste per la procedura rispondendo alle domande cosa, chi, come, quando, dove, con quali strumenti, nella sequenza temporale della procedura, in coerenza con l'eventuale diagramma di flusso</p> <p>ATTIVITA' TRASVERSALI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornire informazioni al MMG, al paziente, al suo caregiver, ai servizi sociali e ad altri portatori di interessi attraverso contatto diretto, telefonico, via mail • Prenotazione accertamenti tramite CUP, contatto diretto con il servizio erogante, • Fornisce al caregiver la calendarizzazione degli appuntamenti e le informazioni relative agli accertamenti mediante consegna di promemoria scritto e complementi informativi • Front office telefonico per le urgenze, segnalazione al personale sanitario mediante triage concordato • Segreteria per gli incontri con i MMG mediante comunicazione telefonica e/o mail • Segreteria per le iniziative formative del personale mediante gestione aspetti organizzativi e informazione diretta e/o mail • Calendarizzazione riunioni organizzative del personale mediante avviso via mail • Gestione report dell'attività del CDCD su programma informatizzato dedicato <p>ATTIVITA' PRIMA VISITA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ricevimento richieste per prima visita dal CUP, dal paziente o caregiver, dal MMG, Ass. sociale • Prenotazione prima visita tramite CUP e/o agenda interna informatizzata • Comunicazione al paziente e professionisti del CDCD mediante consegna di promemoria scritto e programma informatizzato <p>ATTIVITA' SUCCESSIVE LA PRIMA VISITA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ricevimento richieste accertamenti dallo specialista del CDCD • Segnalazione all'assistente sociale di zona su indicazione dello specialista/ Assistente Sanitario mediante contatto telefonico, modulistica dedicata trasmessa informaticamente

<ul style="list-style-type: none"> • Prenota, quando necessaria, visita neuropsicologica su indicazione del medico specialista • Prenotazione seconda visita tramite CUP e/o agenda interna informatizzata • Fissa la riunione d'equipe precedente la seconda visita mediante avviso via mail su indicazione del Coordinatore del CDCD <p>ATTIVITA' SUCCESSIVE LA SECONDA VISITA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prenotazione eventuali ulteriori accertamenti necessari tramite CUP e contatto diretto con il servizio erogante, • Fornisce al caregiver la calendarizzazione degli appuntamenti e le informazioni relative agli accertamenti mediante consegna di promemoria scritto e complementi informativi • Prenotazione eventuale terza visita tramite CUP e/o agenda interna informatizzata <p>ATTIVITA' Di FOLLOW UP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calendarizzazione delle visite di follow up tramite CUP e/o agenda interna informatizzata • Remind appuntamenti in prossimità delle visite programmate mediante contatto telefonico al caregiver

9.ARCHIVIAZIONE

La presente procedura sarà inserita nel manuale organizzativo del CDCD
La presente procedura sarà consultabile on line sulla rete intranet del CDCD

10.CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE DATI

Definire gli indicatori con eventuali riferimenti a standard, responsabilità e tempistica per la valutazione dei dati.
Numero di prime e seconde visite prescritte / numero di prime e seconde visite prenotate nei tempi prestabiliti
Numero di visite di controllo prescritte / numero visite prenotate nei tempi prestabiliti
Completo e corretto mantenimento dei verbali delle riunioni di Equipe

11.APPARECCHIATURE

Indicazione, quando previsti, di software, computer, apparecchiature e strumentazione
Linea telefonica e mail dedicata
Computer con accesso privilegiato negli orari in cui il servizio è attivo
Calendario condiviso sul Sistema Informativo Aziendale per la gestione in tempo reale degli appuntamenti con i diversi medici specialisti

12. REQUISITI PRELIMINARI E CRITERI DI ECCEZIONE

Descrivere le condizioni per l'applicazione della documentazione
Procedura di formazione del Personale del CDCD

13. ALLEGATI E APPENDICI

Comporre un elenco degli allegati e della modulistica prevista dalla procedura descritta.
<ul style="list-style-type: none">• Modulo promemoria per il paziente per appuntamenti visite ed esami• Modulo per verbale riunione CDCD• Modulo per suggerimenti, reclami, lodi• Modulo per report attività del CDCD

14 DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITA'

Descrivere la procedura attraverso un diagramma di flusso (in coerenza con la descrizione delle attività)

Centro disturbi cognitivi e demenze
Procedura n°006 Valutazione Equipe Multidisciplinare

Data	Revisione	Redazione	Approvazione	Autorizzazione	N° archiviazione
Data 1° emissione 26/0618	Data della revisione 05/06/18	A. Giorgeschi B. Senesi A. Trentarossi	Servizio Qualità Direzione Sanitaria Direzione di Struttura	Direzione Sanitaria	006

INDICE:

1. Premessa
2. Scopo
3. Campo di applicazione
4. Terminologia, abbreviazioni, definizioni
5. Responsabilità
6. Riferimenti
7. Motivazioni
8. Descrizione attività
9. Archiviazione
10. Criteri di valutazione e registrazione dati
11. Apparecchiature e strumenti utilizzati nell'attività
12. Requisiti preliminari e criteri di eccezione
13. Allegati ed Appendici
14. Diagrammi di flusso.

DA DISTRIBUIRE A: (elencare dove viene distribuito il documento)

Medici di Medicina Generale	Indirizzo di posta elettronica
Medici specialisti CDCD	
Infermieri CDCD	
Assistenti sociali CDCD	
Personale Amministrativo CDCD	

DISTRIBUITO IL 26 giugno 2018.

Premessa: la procedura descrive le attività operative dell'équipe del CDCD preliminari alla seconda visita a cui afferra il paziente affetto da disturbo cognitivo e il suo caregiver.

1. SCOPO

Valutazione sinergica da parte dell'équipe multiprofessionale per definire il percorso terapeutico assistenziale per tutti i pazienti

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Incontro periodico nell'ambulatorio CDCD dell'équipe multiprofessionale

4. TERMINOLOGIA ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI (Glossario e descrizione degli acronimi e delle abbreviazioni)

MMG - medici di Medicina Generale
CDCD – Centro Disturbi Cognitivi e Demenze
Pz = paziente
Inf = Infermiere
CG = caregiver
BPSD=Behavioural and psychological symptoms of dementia
CDR. Clinical dementia rating
QoL= quality of life
CBI: caregiver burden inventory scale

5. RESPONSABILITA'

(Individuazione delle responsabilità previste dalla documentazione in funzione del proprio ruolo)

Coordinatore dell'Equipe multiprofessionale
Medici specialisti del CDCD componenti dell'Equipe multiprofessionale

6. RIFERIMENTI

Piano Nazionale Demenze
Piano sanitario regionale
Delibera Regionale n°55 del 26/01/2017
Linee guida NIAAA 2011 ...

7. MOTIVAZIONI

Garantire omogeneità di trattamento ai cittadini della regione Liguria
Avviare il percorso di cura terapeutico assistenziale
Favorire il lavoro di Equipe, modello della gestione integrata e seguire più unitariamente i pazienti affetti da demenza
Favorire il coinvolgimento dei caregiver e del paziente

8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

<p>Descrivere le attività necessarie e previste per la procedura rispondendo alle domande cosa, chi, come, quando, dove, con quali strumenti, nella sequenza temporale della procedura, in coerenza con l'eventuale diagramma di flusso</p> <p>RIUNIONE DI EQUIPE (le riunioni possono anche essere realizzate a distanza)</p> <p>a) Periodicamente, secondo la scadenza definita (quindicinale) il coordinatore del CDCD convoca presso HUB del CDCD la riunione obbligatoria dell'Equipe multiprofessionale composta dai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medici specialisti del CDCD • Neuro Psicologo del CDCD • Infermieri case manager del CDCD • Assistente sanitari del CDCD • Personale Amministrativo <p>b) I professionisti portano in discussione tutti i casi, approfondendo quelli che ritengono meritevoli di valutazione multidisciplinare in base al livello di complessità (a discrezione del medico specialista che segue il paziente) per la condivisione della valutazione e la definizione del percorso con il coinvolgimento dei diversi professionisti del CDCD</p> <p>c) A conclusione della discussione di ogni singolo caso, viene redatto un "verbale" con le indicazioni terapeutiche sulla presa in carico del pz condivise dai professionisti, che vengono assegnate al professionista che vedrà il Pz alla seconda visita presso l'ambulatorio del CDCD. Il professionista lo comunicherà al PZ e alla famiglia e stabilirà la presa in carica definitiva.</p> <p>d) Il Coordinatore definisce insieme con Equipe eventuali priorità per la programmazione della seconda visita da assegnare ai casi ritenuti più urgenti ed incarica il personale amministrativo di provvedere alla convocazione dei Pz.</p> <p>e) Nel caso si evidenzia la necessità di consultazione di professionisti esterni (medico legale, avvocato, ecc.) il Coordinatore del CDCD dà incarico al case manager/ assistente sanitario di prendere/mantenere rapporti necessari</p> <p>f) Il case manager/ Assistente Sanitario aggiorna la cartella clinica del Pz per le parti di sua competenza</p> <p>g) Nelle successive riunioni periodiche di Equipe, i professionisti, se ne riscontrano la necessità di ulteriori valutazioni/approfondimenti, relazionano sullo stato di avanzamento del percorso terapeutico assistenziale dei Pz valutati nelle riunioni precedenti,</p>

9. ARCHIVIAZIONE

La presente procedura sarà inserita nel manuale organizzativo del CDCD
La presente procedura sarà consultabile on line sulla intranet del CDCD (?)

10. CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE DATI

Definire gli indicatori con eventuali riferimenti a standard, responsabilità e tempistica per la valutazione dei dati.
Giorni di attesa tra valutazione di equipe e seconda visita inferiori a XX (sono i casi più complessi e urgenti)

11. APPARECCHIATURE

Indicazione, quando previsti, di software, computer, apparecchiature e strumentazione
Computer; cartella clinica digitale, programma di gestione delle visite

12. REQUISITI PRELIMINARI E CRITERI DI ECCEZIONE

Descrivere le condizioni per l'applicazione della documentazione
Procedura di formazione del personale del CDCD anche sul lavoro di gruppo

13. ALLEGATI E APPENDICI

Comporre un elenco degli allegati e della modulistica prevista dalla procedura descritta.
• Schede di valutazione

14 DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITÀ

Descrivere la procedura attraverso un diagramma di flusso (in coerenza con la descrizione delle attività)
Vedi Diagramma di flusso allegato

Centro disturbi cognitivi e demenze
Procedura n°007 seconda visita

Data	Revisione	Redazione	Approvazione	Autonizzazione	N° archiviazione
Data 1° emissione 26/0618	Data della revisione 05/06/18	A. Giorgeschi B. Senesi A. Trentarossi	Servizio Qualità Direzione Sanitaria Direzione di Struttura	Direzione Sanitaria	007

INDICE:

1. Premessa
2. Scopo
3. Campo di applicazione
4. Terminologia, abbreviazioni, definizioni
5. Responsabilità
6. Riferimenti
7. Motivazioni
8. Descrizione attività
9. Archiviazione
10. Criteri di valutazione e registrazione dati
11. Apparecchiature e strumenti utilizzati nell'attività
12. Requisiti preliminari e criteri di eccezione
13. Allegati ed Appendici
14. Diagrammi di flusso.

DA DISTRIBUIRE A: (elencare dove viene distribuito il documento)

Medici di Medicina Generale	Indirizzo di posta elettronica
Medici specialisti CDCD	
Infermieri CDCD	
Assistenti sociali CDCD	
Personale Amministrativo CDCD	

DISTRIBUITO IL 26 giugno 2018.

Premessa: la procedura descrive le attività operative del Medico specialista del CDCD durante la seconda visita a cui afferra il paziente affetto da disturbo cognitivo e il suo caregiver.

1. SCOPO

Comunicazione diagnosi
Presenza in carico del paziente

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Seconda visita nell'ambulatorio CDCD da parte del medico specialista

4. TERMINOLOGIA ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI (Glossario e descrizione degli acronimi e delle abbreviazioni)

MMG - medici di Medicina Generale
CDCD – Centro Disturbi Cognitivi e Demenze
Pz = paziente
Inf = Infermiere
CG = caregiver
BPSD=Behavioural and psychological symptoms of dementia
CDR. Clinical dementia rating
QoL= quality of life
CBI: caregiver burden inventory scale

5. RESPONSABILITÀ

(Individuazione delle responsabilità previste dalla documentazione in funzione del proprio ruolo)

Medico specialista di turno nel CDCD comunica diagnosi e definisce il percorso terapeutico
Infermiere del CDCD-case manager: formazione caregiver e paziente per percorso terapeutico non farmacologico
Assistente sanitario del CDCD definisce il percorso socioassistenziale

6. RIFERIMENTI

Piano Nazionale Demenze
Piano sanitario regionale
Delibera Regionale n°55 del 26/01/2017
Linee guida NIAAA 2011 ...

--

7. MOTIVAZIONI

Garantire omogeneità di trattamento ai cittadini della regione Liguria
Avviare il percorso di cura terapeutico assistenziale

8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

<p>Descrivere le attività necessarie e previste per la procedura rispondendo alle domande cosa, chi, come, quando, dove, con quali strumenti, nella sequenza temporale della procedura, in coerenza con l'eventuale diagramma di flusso</p> <p>MEDICO specialista (lo stesso della 1 visita) Sulla base dei referti neuropsicologici (nel caso in cui il paziente abbia precedentemente effettuato visita neuro psicologica), di laboratorio e strumentali (già valutati in precedenza con gli altri membri dell'equipe per i casi per cui è prevista discussione in equipe), il medico del CDCD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nei casi più complessi prescrive e prenota ulteriori accertamenti (presso Hub di secondo livello) • Definisce la stadiazione di malattia (da 0 a 5 in base a CDR) che indirizzerà verso una terapia farmacologica specifica ed un Percorso Assistenziale Individuale • Stabilisce la terapia farmacologica –se necessario - in caso di BPSD e stabilisce l'intervallo tra le visite successive di controllo e se sono necessari ulteriori approfondimenti nel paziente comorbido. • Aggiorna la cartella informatica del paziente • Formalizza il PIA e lo comunica al case manager e all'assistente sanitario (se necessario) • Comunica al paziente e ai suoi caregiver la diagnosi e la terapia e il PIA • Stila una relazione di sintesi che invia al MMG attraverso lo "Sportello distrettuale" (da attivare la possibilità di essere abilitati ad accedere allo sportello da parte di tutti i medici specialisti del CDCD) <p>INFERMIERE\CASE MANAGER L'infermiere dopo aver individuato i bisogni socio-assistenziali del pz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si occupa del sostegno al caregiver fornendo indicazioni su quali atteggiamenti, attività, strategie mettere in atto, tra cui indicazioni che aiutino il CG ad affrontare l'emergenza del delirium, ma soprattutto come prevenirlo, quindi formazione sulle cause scatenanti. • Forma il CG a seconda della stadiazione di malattia del pz fornendo indicazioni su quali strategie comunicative attivare • Aggiorna la cartella informatica del paziente per la parte di competenza • Se nella prima visita il caso è stato segnalato ai servizi sociali competenti per territorio, verifica lo stato degli interventi/misure attivate ed eventualmente prende contatto con l'assistente sanitario per segnalare necessità/ problematiche emergenti <p>ASSISTENTE SANITARIO L'assistente Sanitario, nel caso in cui durante la prima visita il medico o l'infermiere- case manager, rilevi bisogni sociali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizza un colloquio con i caregiver al fine di perfezionare la valutazione sociale • Supporta i familiari e li indirizza nella scelta tra domicilio / centro diurno / residenzialità; • Indirizza/orienta rispetto alle risorse disponibili sul territorio e nella rete dei Servizi • Offre consulenza / informazioni sugli aspetti giuridico amministrativi (es: invalidità civile, nomina di un amministratore di sostegno, fondo per la non autosufficienza ecc.). • Aggiorna la cartella informatica del paziente per la parte di sua competenza
--

9. ARCHIVIAZIONE

La presente procedura sarà inserita nel manuale organizzativo del CDCD
La presente procedura sarà consultabile on line sulla intranet del CDCD (?)

10. CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE DATI

Definire gli indicatori con eventuali riferimenti a standard, responsabilità e tempistica per la valutazione dei dati.
Medico: numero diagnosi pazienti con demenza/numero pazienti alla seconda visita; rispetto dei tempi programmati; numero diagnosi pz con demenza/numero piani terapeutici anti-colinesterasici; numero diagnosi pz con demenza/numero piani terapeutici anti-psicotici atipici.
Infermieri: n. telefonate pazienti o caregiver/pz presi in carico; andamento QoL e CBI rispetto alla prima visita.
Assistente sanitario: numero pazienti valutati da ASS/numero tot presi in carico; numero pz con percorso residenziale o semiresidenziale attivato /numero pz presi in carico.

11. APPARECCHIATURE

Indicazione, quando previsti, di software, computer, apparecchiature e strumentazione
Computer; programma "Sportello polifunzionale ASL 3 genovese" per inserimento in lista residenzialità
Cartella informatizzata aziendale

12. REQUISITI PRELIMINARI E CRITERI DI ECCEZIONE

Descrivere le condizioni per l'applicazione della documentazione
Procedura di formazione del Personale del CDCD

13. ALLEGATI E APPENDICI

Comporre un elenco degli allegati e della modulistica prevista dalla procedura descritta.
<ul style="list-style-type: none"> • Schede di valutazione • CDR / altri strumenti utilizzati dai professionisti • ...

14. DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITÀ

Descrivere la procedura attraverso un diagramma di flusso (in coerenza con la descrizione delle attività)

Vedi Diagramma di flusso allegato

Centro disturbi cognitivi e demenze
Procedura n°008

Data	Revisione	Redazione	Approvazione	Autorizzazione	N° archiviazione
Data 1° emissione 26 giugno 2018	Data della revisione (successiva)	Chi ha fatto la stesura	Chi verifica e approva i contenuti	Chi autorizza emissione e applicazione	008

INDICE:

1. Premessa
2. Scopo
3. Campo di applicazione
4. Terminologia, abbreviazioni, definizioni
5. Responsabilità
6. Riferimenti
7. Motivazioni
8. Descrizione attività
9. Archiviazione
10. Criteri di valutazione e registrazione dati
11. Apparecchiature e strumenti utilizzati nell'attività
12. Requisiti preliminari e criteri di eccezione
13. Allegati ed Appendici
14. Diagrammi di flusso.

DA DISTRIBUIRE A: (elencare dove viene distribuito il documento)

Medici di Medicina Generale	Indirizzo di posta elettronica???
Medici specialisti CDCD	
Infermieri CDCD	
Assistenti sociali CDCD	
Personale Amministrativo CDCD	

DISTRIBUITO IL 26/06/2018

Premessa: La procedura descrive le attività di monitoraggio da effettuare sul paziente e la sua famiglia da parte del team d'assistenza dopo la seconda visita e la definitiva presa in carico

1. SCOPO

Monitoraggio/ follow up dopo seconda visita

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Ambulatorio CDCD (con il Pz presso il suo domicilio)

4. TERMINOLOGIA ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

(Glossario e descrizione degli acronimi e delle abbreviazioni)

MMG - medici di Medicina Generale
CDCD – Centro Disturbi Cognitivi e Demenze

5. RESPONSABILITA'

(Individuazione delle responsabilità previste dalla documentazione in funzione del proprio ruolo)

Case manager (IP)
Personale amministrativo
Medico CDCD
MMG
Cure Domiciliari distrettuali (eventuali)

6. RIFERIMENTI

Piano Nazionale Demenze
Piano sanitario regionale
Delibera Regionale

7. MOTIVAZIONI

Verificare svolgimento del piano di assistenza individuale (PIA) del paziente formulato in precedenza
Garantire adeguato appoggio al paziente ed ai suoi familiari
Fornire consigli e assistenza su problematiche di nuova insorgenza
Pianificare e programmare eventuali nuovi accessi in ambulatorio
Pianificare e programmare eventuali interventi a domicilio
Fornire supporto al MMG su eventuali problematiche sanitarie insorte

8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

<p>Descrivere le attività necessarie e previste per la procedura rispondendo alle domande cosa, chi, come, quando, dove, con quali strumenti, nella sequenza temporale della procedura, in coerenza con l'eventuale diagramma di flusso</p>
<p>1) Il case manager</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Contatta telefonicamente dopo un mese dalla seconda visita (o secondo diversa indicazione ricevuta dall'Equipe multiprofessionale) e poi regolarmente ogni due mesi (o secondo diversa indicazione come sopra) la famiglia del paziente per valutare aderenza al PIA concordato con la famiglia b) Fornisce alcune risposte alle domande del familiare (FAQ precompilate) c) Se la situazione non è soddisfacentemente risolta, mette in contatto la famiglia con il professionista competente (Medico del CDCD, Assistente sanitario, ecc.) <p>2) Il personale amministrativo risponde al telefono e risolve i problemi di propria competenza; altrimenti come nel caso 1) b</p> <p>3) Il medico del CDCD, contattato direttamente o tramite i casi 1) e/o 2), fornisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Alla famiglia <ul style="list-style-type: none"> i) Indicazioni su come gestire la situazione clinica riferita, in particolare su come gestire gli eventuali problemi del comportamento, anche a livello farmacologico ii) Programma una rivalutazione ambulatoriale anticipata se clinicamente necessario iii) Attiva, insieme alle Cure Domiciliari distrettuali, eventuale accesso domiciliare su problematiche specifiche b) Al MMG <ul style="list-style-type: none"> i) Indicazioni cliniche sulla gestione del paziente (delirium in particolare) ii) Supporto su modifiche terapeutiche per problemi intercorrenti iii) Supporto per la gestione del fine vita del paziente e dei familiari (nutrizione artificiale, dolore, LDD ecc.)

9. ARCHIVIAZIONE

La presente procedura sarà inserita nel manuale organizzativo del CDCD
La presente procedura sarà consultabile on line sulla rete intranet del CDCD (?)

10. CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE DATI

Definire gli indicatori con eventuali riferimenti a standard, responsabilità e tempistica per la valutazione dei dati.
Risposta alle telefonate durante orario d'ufficio (8-16) dei giorni feriali (lun-ven); segreteria telefonica dalle 20 alle 8
Reperibilità telefonica con cellulare di servizio negli altri orari (Numero Verde dalle 16 alle 20 feriali e 8-20 nei festivi e al sabato) (?)
Risposta alle telefonate (richiamata) entro le 12 ore (48 se segreteria telefonica) successive alla richiesta registrata

11. APPARECCHIATURE

Indicazione, quando previsti, di software, computer, apparecchiature e strumentazione
Telefono con segreteria telefonica
Cellulare di servizio
Attivazione Numero Verde

12. REQUISITI PRELIMINARI E CRITERI DI ECCEZIONE

Descrivere le condizioni per l'applicazione della documentazione
Informativa ai familiari durante la seconda visita
Procedura di formazione del Personale del CDCD

13. ALLEGATI E APPENDICI

Comporre un elenco degli allegati e della modulistica prevista dalla procedura descritta.
<ul style="list-style-type: none"> • Dépliant con spiegazione del servizio e orari e numeri di reperibilità • FAQ precompilate

14 DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITA'

Descrivere la procedura attraverso un diagramma di flusso (in coerenza con la descrizione delle attività)
Vedi Diagramma di flusso allegato

Allegati:

FAQ precompilate:

Mirate a verificare la funzionalità complessiva del paziente in modo "ecologico" ovvero al di fuori delle classiche batterie di test ma nel suo ambiente naturale

- Efficacia della terapia farmacologica / criticità rilevate (effetti collaterali intolleranza, difficoltà di somministrazione all'orario consigliato ecc.)
- Effetti sul ritmo sonno/veglia
- Effetti sulla funzionalità del paziente (ha ripreso a compiere qualche azione che prima aveva abbandonato)
- Effetti sul comportamento e sul tono dell'umore (aumento dell'agitazione comune all'inizio della terapia con anticolinesterasici, aumento o diminuzione della depressione)
- Effetti sul comportamento alimentare
- Effetti sul linguaggio e la comunicazione
- Effetti sulla capacità di concentrazione e attenzione

ALLEGATO 2 - JOB DESCRIPTION

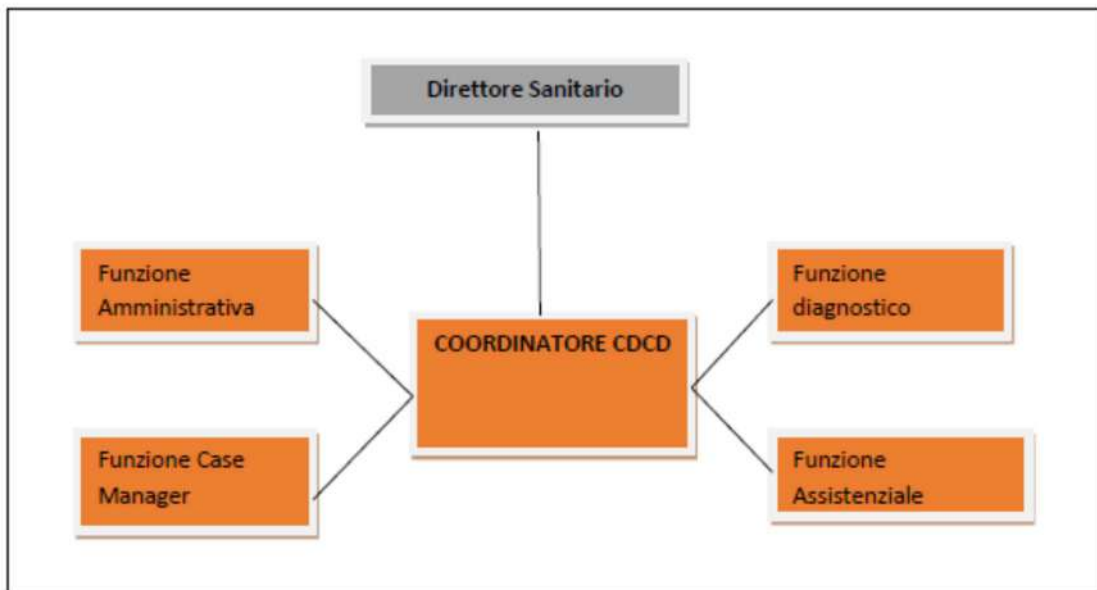
Elenco Job Description

- 1. Funzione di Coordinamento del CDCD**
- 2. Funzione di Case Manager del CDCD**

Denominazione del ruolo

FUNZIONE DI COORDINAMENTO del CDCD (Incarico triennale)

Collocazione organizzativa



Numero e tipologia di risorse gestite

- MEDICI SPECIALISTICI (Geriatrici, Neurologi, Psichiatri)
- PSICOLOGI
- ASSISTENTI SANITARI e ASSISTENTI SOCIALI dipendenti ASL
- INFERMIERI
- PERSONALE AMMINISTRATIVO

Contenuti specifici del ruolo

Nei confronti degli enti esterni:

- Mantiene i Rapporti con la Regione, Alisa e le altre Aziende e assicura che l'azione del CDCD sia coerente con le indicazioni del Piano Sociosanitario Regionale
- Promuove l'integrazione con gli altri Enti sul territorio e con gli Stakeholder
- Progetta e coordina azioni di promozione della salute (prevenzione, formazione dei MMG, formazione dei caregiver)
- Promuove e applica il modello DMT
- Partecipa a progetti di ricerca a livello nazionale e internazionale

Nei confronti degli operatori interni:

- Organizza le risorse professionali a disposizione del CDCD in modo da assicurare la corretta gestione del percorso di diagnosi e cura per i pazienti
- Programma e coordina gli incontri periodici di Equipe multiprofessionale (v. procedura 005)
- Promuove e organizza la formazione continua e l'aggiornamento delle competenze degli operatori del CDCD

Principali responsabilità

- Garantisce una organizzazione del servizio CDCD adeguato a rispondere alle esigenze di quanti ne facciano richiesta (orari di servizio, numero e professionalità operatori, logistica e strumenti)
- Garantisce l'omogeneità dei percorsi per i Pazienti nelle diverse strutture territoriali (ambulatori) attraverso il coordinamento delle diverse funzioni organizzative
- Garantisce l'integrazione tra le diverse professionalità finalizzata alla valutazione multiprofessionale, alla presa in carico, al trattamento, al follow up del paziente
- Garantisce la rendicontazione delle attività del CDCD e il debito informativo secondo i criteri di rilevamento regionali
- Effettua un monitoraggio periodico delle competenze degli operatori del CDCD al fine di mantenerne l'adeguatezza (medici specialistici, infermieri, assistenti sanitarie, amministrativi, ecc. vedi delibera regionale), rispetto alla funzione che devono svolgere nel CDCD
- Effettua un monitoraggio periodico del clima organizzativo al fine di favorire livello di benessere organizzativo degli operatori
- Costruisce e mantiene in maniera sistematica e con accordi definiti la rete delle relazioni con gli stakeholder del territorio
- Progetta e coordina, in accordo con la Direzione sanitaria azioni di comunicazione, prevenzione, educazione e formazione dei MMG

Competenze distintive del ruolo

Tecnico professionali:

- Competenze proprie delle Specialità di Area Medica
- Comprovata esperienza nel trattamento e gestione di pazienti con disturbi cognitivi

Organizzative:

- Conoscenza della normativa di riferimento a livello nazionale e regionale
- Conoscenza delle procedure interne del CDCD e delle procedure organizzative della ASL di appartenenza
- Conoscenza dei sistemi informativi aziendali per quanto di interesse del CDCD
- Conoscenza dei sistemi e dei criteri di rendicontazione definiti dalla Regione

Manageriali:

Pianificazione, controllo e rispetto dei tempi	Essere capaci di predefinire le attività da svolgere, fissando obiettivi e tempi, strutturando le attività proprie e degli altri e monitorandole nel corso del tempo	LIV 5
Orientamento al risultato	Essere capaci di lavorare secondo standard qualitativi-quantitativi e di impegno al miglioramento continuo degli stessi	LIV 4
Gestione dei collaboratori	Essere capaci di coordinare ed integrare energie e caratteristiche dei collaboratori valorizzandone le potenzialità	LIV 4

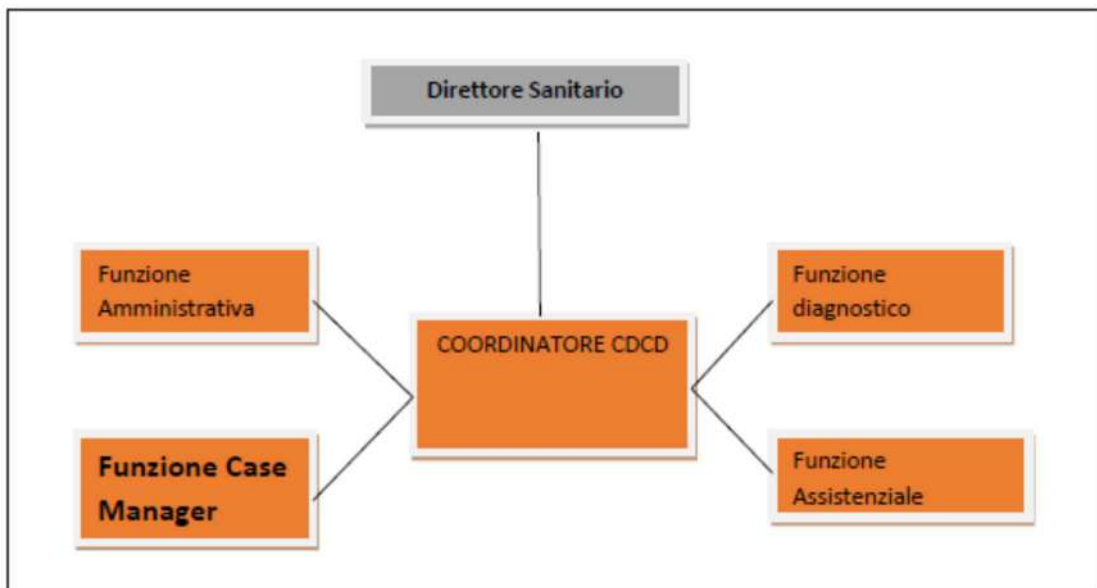
LEGENDA

1. Nessuna competenza
2. Padronanza non completa della competenza, che ne consente l'applicazione a situazioni poco complesse e con un'operatività limitatamente autonoma
3. Ampia padronanza della competenza, che consente di operare con sufficiente autonomia operativa anche in situazioni mediamente complesse
4. Padronanza completa della competenza, che consente di operare con ampia autonomia e flessibilità, in situazioni complesse e variabili
5. Competenza specialistica, che consente di affrontare con piena autonomia operativa e di giudizio situazioni complesse e nuove, costituendo, su tali ambiti, un valido punto di riferimento

Denominazione del ruolo

FUNZIONE DI Case Manager del CDCD (Infermieri o professioni sanitarie)

Collocazione organizzativa



Numero e tipologia di risorse gestite

Il case manager non gestisce direttamente risorse umane, ma collabora e si integra con tutti i ruoli presenti nel CDCD e con gli interlocutori esterni.

Contenuti specifici del ruolo

- Mantiene rapporti continuativi con il paziente e con i caregiver per i quali rappresenta il punto di contatto con il CDCD
- Affianca il medico specialista del CDCD nel corso delle visite con il Pz
- Svolge attività di informazione/formazione dei caregiver su gestione/prevenzione dei disturbi comportamentali del Pz
- Attiva e gestisce eventuali rapporti con servizi sociali del territorio
- Effettua il monitoraggio dello stato di salute del Pz, nel corso di tutto il percorso terapeutico, secondo i tempi e le indicazioni ricevute dal medico specialista del CDCD e mantiene aggiornata la cartella del Pz
- Rileva eventuali necessità di ulteriori interventi terapeutici da parte del Pz e/o caregiver e li trasmette ai medici del CDCD
- Partecipa agli incontri di Equipe multiprofessionale e dà attuazione agli interventi di sua competenza
- Collabora con il personale amministrativo per la gestione di prenotazioni esami e/o visite definite per il Pz.

Principali responsabilità

- Garantisce la presa in carico del paziente e la corretta attuazione del percorso terapeutico definito dal personale medico
- Garantisce il rispetto dei tempi definiti per il percorso terapeutico del paziente
- Garantisce la reperibilità per il Pz secondo i criteri definiti dagli accordi aziendali
- Garantisce la corretta tenuta della cartella clinica del Pz
- Garantisce il mantenimento lo sviluppo delle proprie competenze professionali partecipando agli eventi formativi specifici

Competenze distintive del ruolo

Tecnico professionali:

- Laurea/Diploma di Infermiere Professionale/Professioni Sanitarie
- Comprovata esperienza nel trattamento e gestione di pazienti con disturbi cognitivi

Organizzative:

- Conoscenza della normativa di riferimento a livello nazionale e regionale
- Conoscenza delle procedure interne del CDCD e delle procedure organizzative della ASL di appartenenza
- Conoscenza dei sistemi informativi aziendali per quanto di interesse del CDCD
- Conoscenza dei sistemi e dei criteri di rendicontazione definiti dalla Regione
- Conoscenza delle procedure da attivare con gli Enti esterni inerenti le problematiche trattate

Manageriali:

Pianificazione, controllo e rispetto dei tempi	Essere capaci di predefinire le attività da svolgere, fissando obiettivi e tempi, strutturando le attività proprie e degli altri e monitorandole nel corso del tempo	LIV. 3
Soluzione dei problemi	Essere capaci di cogliere gli aspetti essenziali dei problemi e sviluppare strategie di risoluzione che abbiano efficacia pratica	LIV. 3
Comunicazione e relazioni interpersonali	Essere capaci di ascoltare attentamente e di capire e rispondere ai sentimenti e alle preoccupazioni degli altri anche se non manifestati o parzialmente espressi	LIV. 4

LEGENDA

1. Nessuna competenza
2. Padronanza non completa della competenza, che ne consente l'applicazione a situazioni poco complesse e con un'operatività limitatamente autonoma
3. Ampia padronanza della competenza, che consente di operare con sufficiente autonomia operativa anche in situazioni mediamente complesse
4. Padronanza completa della competenza, che consente di operare con ampia autonomia e flessibilità, in situazioni complesse e variabili
5. Competenza specialistica, che consente di affrontare con piena autonomia operativa e di giudizio situazioni complesse e nuove, costituendo, su tali ambiti, un valido punto di riferimento