

***Percorsi di integrazione  
Sociosanitaria sul territorio:***

***Messa a punto di strumenti per rendere  
operativi i CDCD (Centri Disturbi Cognitivi e  
Demenze) sul territorio regionale***

**3 LUGLIO 2019**

## Hanno collaborato a redigere il Rapporto

### I partecipanti al corso

BONGIOVANNI	ALESSANDRA	Asl3-distretto 13	Geriatra
CASTOLDI	LORETTA	Asl3-distretto 11	Geriatra
DI DIADORO	GIUSEPPE	Asl1-distretto 1	Geriatra – Direttore Distretto
DIJK	BABETTE	Asl4	Geriatra - coordinatore
GIACOBBE	SARA	Asl4	Dirigente Professioni Sanitarie SC Qualità Accreditamento e Risk management
IVALDI	CLAUDIO	Asl3	Geriatra - coordinatore
LEONARDI	ALESSANDRO	Asl1-	Neurologo - coordinatore
LI CALZI	PIETRO	Asl2	Area Amministrativa Dipartimento Cure Primarie
MONAGHEDDU	SABRINA	Asl3	Assistente Sanitaria Unità di Valutazione Ospedaliera e CDCD
NOVELLO	MARIA CRISTINA	Galliera	Neuropsicologo
PRETE	CAMILLA	Galliera	Geriatra
SPOTORNO	MARIA TERESA	Asl1	Assistente Sociale U.V.M.O. IMPERIA – P.O. Interazione Sociosanitaria. Funzioni Coordinamento 3 U.V.M.O. ASL 1
VALLE	PATRIZIA	San Martino	Infermiera degenza neurologia

### I docenti del corso

*Angela Testi, Daniela Congiu, Sara Liga, Elisa Lidonnici, Elisa Malagamba, Enrica Orsi, Mauro Palumbo, Ernesto Palummeri, Elena Tanfani, Anna Zunino*

## **PREFAZIONE**

Il Rapporto è il risultato del lavoro di gruppo svolto dai partecipanti a un corso finanziato da INPS nell'ambito del Progetto Valore P.A. e realizzato dall'Accademia per il Management in Sanità (AMAS) dell'Università di Genova.

Il corso si è basato su una didattica attiva e partecipata (*learning by doing*). E' il risultato di approfondimenti della letteratura, conoscenze acquisite durante gli incontri per acquisire tecniche di base, fonti documentali e sulle esperienze portate dai partecipanti al corso. La discussione e il lavoro comune hanno consentito di trasferire competenze tecniche, organizzative, relazionali in strumenti operativi che possono aiutare gli operatori nel difficile compito di rendere concretamente attuabile dal punto di vista manageriale e organizzativo il Programma Regionale Demenze che a partire dalla Delibera Giunta Regionale 55/2017) e dal Piano Regionale Sociosanitario si propone di innovare l'offerta assistenziale per le persone con deficit cognitivi.

Si tratta della prosecuzione di un progetto già iniziato l'anno scorso, sempre finanziato da INPS, reso possibile dalla collaborazione con Alisa e la Rete regionale demenze, ai quali va il nostro ringraziamento.

Siamo convinti di essere sulla strada buona. Un problema così complesso come quello della demenza con implicazioni di tipo sociale, economico ed affettivo si può affrontare soltanto con l'integrazione tra operatori, tra le diverse amministrazioni e la società civile, da nuovi criteri di distribuire le risorse della collettività. E' soprattutto una questione di cultura, di etica, di civiltà: attitudine a prendersi cura degli altri, a non lasciare solo chi è più debole.

*Il Direttore del corso*



## Indice

### **Introduzione, p 7**

### **Capitolo 1. La nuova architettura della presa in carico attraverso la rete dei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze: monitoraggio e attuazione nel territorio ligure, p.11**

### **Capitolo 2. La rete: come rappresentarla e comunicarla, p.19**

#### 2.1. La rete sul territorio

#### 2.2. La comunicazione: il punto di vista del paziente e della sua famiglia; il punto di vista degli operatori e dei medici curanti

##### 2.2.1 La carta dei servizi CDCD Regionale

##### 2.2.2 Proposta di brochure rivolta al MMG

##### 2.2.3 Proposta di brochure rivolta ai pazienti/caregiver con diagnosi di disturbo cognitivo

##### 2.2.4. Proposta di poster informativo destinato alla popolazione che non ha ancora una diagnosi, ma potrebbe meritare un test di screening da parte del MMG

### **Capitolo 3. Il percorso e le procedure per la presa in carico, p.33**

#### 3.1. I percorsi di cura (PDTA)

#### 3.2. Le procedure definite per ciascuna delle principali attività individuate

### **Capitolo 4. La job description e le competenze per la funzione di Coordinatore del CDCD, p.47**

#### 4.1. Funzionigramma

#### 4.2. Job description e competenze della funzione di coordinamento

### **Capitolo 5. La mappatura degli stakeholder e la costruzione della rete territoriale, p.53**

#### 5.1. La mappa degli stakeholder

#### 5.2. Stakeholder engagement: il caso del Comune di Genova

### **Capitolo 6 – La situazione operativa attuale: percorso effettivo vs percorso ideale, p.69**

#### 6.1. Le criticità e le difficoltà operative ritenute più rilevanti

#### 6.2. La rilevazione delle attività degli operatori nei diversi punti della rete

#### 6.3. Indagine conoscitiva delle attività organizzative esterne a supporto del percorso del paziente

#### 6.4. Swot analysis



## Introduzione

Obiettivo del Rapporto è la messa a punto di strumenti organizzativi in grado di facilitare l'implementazione dei CDCD sul territorio regionale. Si tratta della seconda fase di un più ampio progetto iniziato un anno fa i cui risultati sono contenuti nel Rapporto 2018 scaricabile dal sito [www.amas.unige.it](http://www.amas.unige.it). Il progetto è finanziato da INPS nell'ambito dell'iniziativa Valore P.A. e consiste in attività di formazione secondo il metodo learning by doing. Il risultato è particolarmente innovativo perché consente, acquisendo nuove conoscenze e nuove metodologie di progettazione, ma soprattutto sperimentandole concretamente in gruppo di formulare proposte condivise volte a migliorare il servizio e i rapporti tra le strutture coinvolte.

L'attività progettuale di quest'anno ha seguito a seconda fase del progetto ha proseguito secondo l'approccio 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. Si è, pertanto, partiti dalla discussione della situazione demenze in regione Liguria, che era stata analizzata con il modello interpretativo dell'albero dei problemi (Figura 1.1)

### BOX 1. ALBERO DEI PROBLEMI E ALBERO DEGLI OBIETTIVI

La progettazione inizia con la mappatura dell'esistente e la sua interpretazione in termini di criticità permette poi di progettare al meglio gli interventi necessari. Il problema è inteso come situazione negativa vissuta dai destinatari cui si intende dare risposta attraverso il progetto. L'albero dei problemi ha il vantaggio di considerare tutti i problemi in un quadro complessivo in cui tutti i problemi sono tra loro collegati da legami di causa effetto. 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.

L'albero degli obiettivi si costruisce 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. E' utile perché consente di individuare quali sono le azioni, e i relativi strumenti, che si dovrebbero mettere in atto per risolvere i problemi.

Come *key problem* è stato individuato il punto di vista del cittadino, ossia la *Presa in carico continuativa del paziente con deterioramento cognitivo e del suo contesto (famiglia, care giver, ambiente di vita)*, in linea con quanto evidenziato nel Libro Bianco della Sanità ligure (2016) e Piano Sociosanitario 2017-2019.

I tre sotto problemi individuati, destinati ad aggravarsi a seguito dell'aumento del numero degli anziani e dell'allungamento della durata della vita, sono:

1. *La 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 fanno fatica a

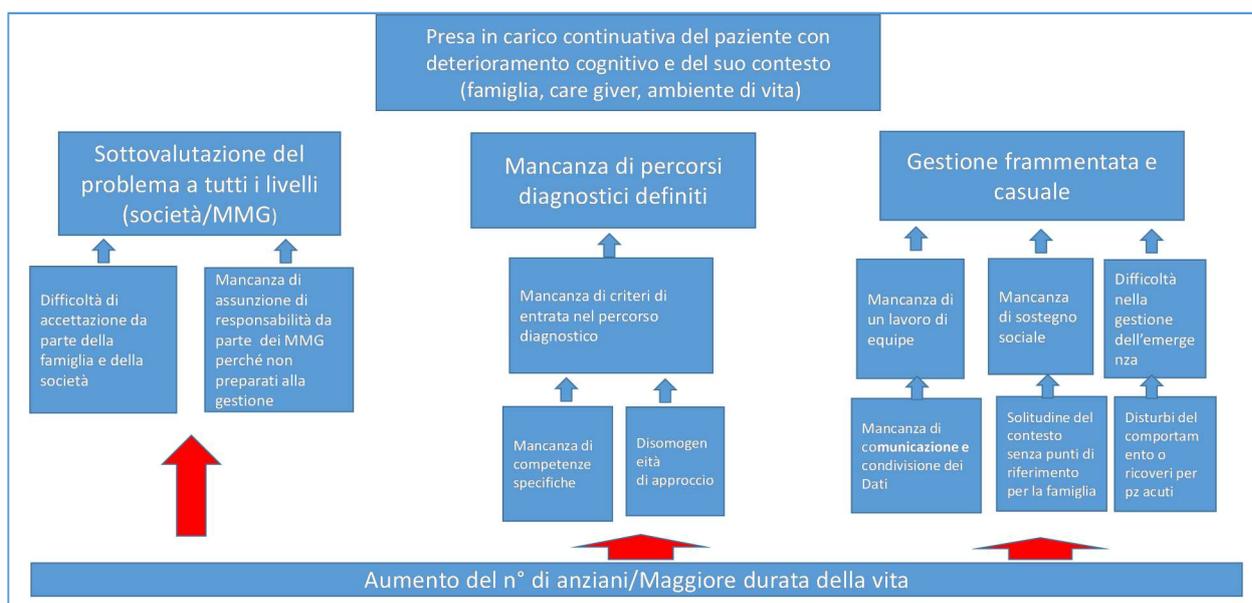
riconoscere il problema del deterioramento cognitivo cui è spesso ancora associato uno stigma molto difficile da rimuovere.

I medici di famiglia, che spesso non si sentono preparati, fanno fatica ad assumere le proprie responsabilità per la segnalazione precoce e la prevenzione per una scarsa diffusione di medicina di iniziativa e per la paura di assumersi la responsabilità della gestione di questa tipologia di pazienti.

2. *La 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. *Una 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 équipe 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 dei ricoveri ospedalieri;
- iii) mancanza di sostegno sociale, causato da una solitudine della famiglia che si trova senza punti di riferimento



*Figura 1.1. Albero dei problemi (Rapporto 2018)*

Coerentemente con l'albero dei problemi si è costruito l'albero degli obiettivi, riportato nella Figura 1.2.

La prima fase dell'attività progettuale di quest'anno è stata quella di riprendere in esame albero dei problemi e albero degli obiettivi per capire se ci siano state delle modifiche, arrivando a confermare tutto lo schema concettuale già sviluppato.

La novità della progettazione di quest'anno è consistita nell'affrontare non soltanto il ramo centrale, ossia la metodologia per costruire un percorso completo volto a definire il percorso per la presa in carico e tutti gli aspetti organizzativi connessi come la matrice delle attività, la stesura delle procedure e l'individuazione delle relative competenze, ma anche nell'approfondire strumenti collegabili agli altri due rami di problemi.

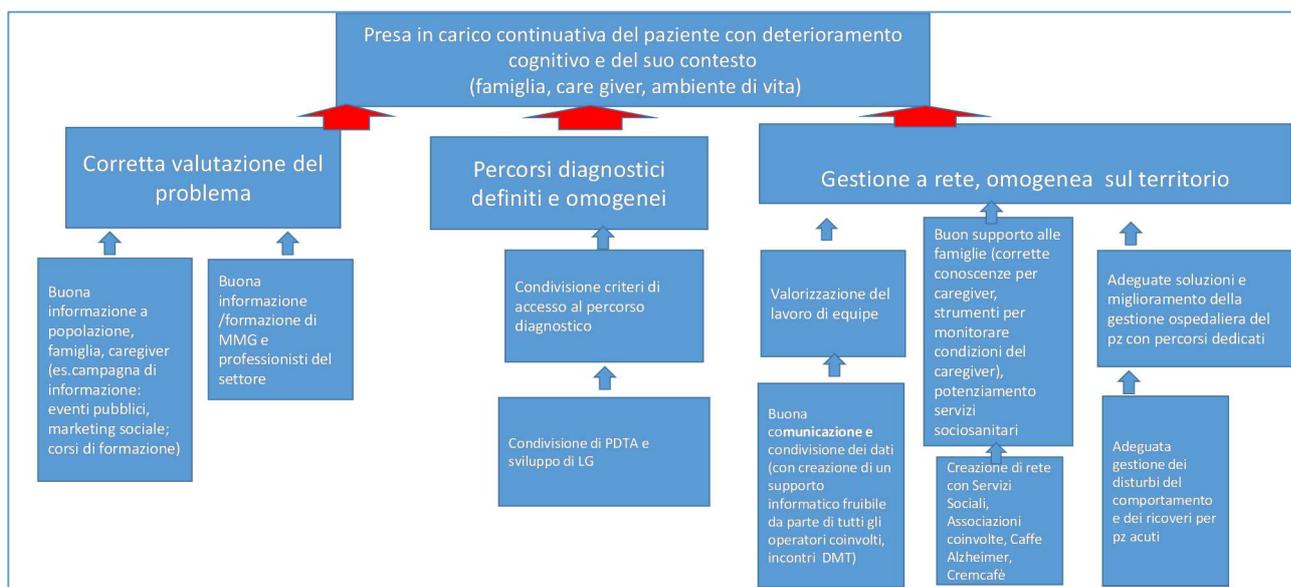


Figura 1.2. Albero degli obiettivi (Rapporto 2018)

In particolare:

- Si è completato il lavoro sul flow chart aggiungendo altri due percorsi: l'ingresso al CDCD prescritto dallo specialista ospedaliero e la gestione dei disturbi comportamentali.
- In secondo luogo si è affrontato il problema della comunicazione sia verso le famiglie e i cittadini, sia verso i medici curanti, proponendo alcuni strumenti omogenei per tutte le aziende della regione.
- In terzo luogo, si è incominciato a lavorare sul terzo ramo, che appare il più difficile, che riguarda il coordinamento di tutti gli operatori e di tutte le attività e quindi la prima condizione per gestire il paziente in modo non frammentato e non casuale. I due aspetti che si sono approfonditi riguardano le competenze distintive della funzione di coordinamento e il coinvolgimento degli stakeholder, in particolare, dei servizi sociali del Comune.

I capitoli del rapporto seguono, pertanto, questa logica.

Nel primo capitolo si fa il punto sullo stato di avanzamento del Programma Ligure Demenze nell'ambito delle indicazioni del Piano nazionale e soprattutto degli obiettivi operativi assegnati da Alisa alle Aziende Sanitarie

Nel secondo capitolo si mette in evidenza come si sta procedendo a costruire la rete e come si deve comunicare agli operatori e ai cittadini

Nel Capitolo 3 si approfondiscono gli aspetti organizzativi indispensabili per tradurre le indicazioni cliniche della Rete demenze in un percorso di presa in carico in cui il paziente e la sua famiglia possano essere accompagnati e sostenuti. In particolare si forniscono tre percorsi con i relativi flow chart e le procedure per ciascuna delle principali attività previste dai percorsi.

Nel quarto capitolo si definiscono le competenze distintive del ruolo di "Coordinatore di CDCD", figura chiave per il funzionamento della rete, per sviluppare attività di pianificazione, controllo, gestione dei collaboratori, orientamento al risultato. Non solo manager, ma anche leader, orientato al cambiamento e alla promozione.

Nel Capitolo 5, si riporta il risultato di una prima attività operativa di stakeholder engagement, messa in atto con il Comune di Genova, completa di scheda per la segnalazione di una preziosa raccolta di riferimenti di persone e indirizzi per i due ambiti (sociale e sanitario).

Nel Capitolo 6, infine, si approfondisce l'esame dello stato attuale della rete e dei legami esistenti tra le diverse strutture, dei sistemi informativi utilizzati per arrivare a mettere in evidenza tramite una swot analysis quali siano punti di forza e debolezza sui quali impostare obiettivi strategici per consentire di realizzare il modello to be.

In conclusione si può dire che si è sulla buona strada: sono stati fatti notevoli passi avanti dal punto di vista della governance e della committenza politica, ma devono ancora essere migliorati gli strumenti organizzativi che consentano l'operatività dei CDCD.

## Capitolo 1

### *La nuova architettura della presa in carico attraverso la rete dei CDCD: monitoraggio e attuazione nel territorio ligure*

La Demenza rappresenta una patologia neurodegenerativa a decorso progressivo e ingravescente, con evoluzione epidemiologica crescente.

Regione Liguria sta attuando strategie di riorganizzazione della presa in carico delle persone con demenza.

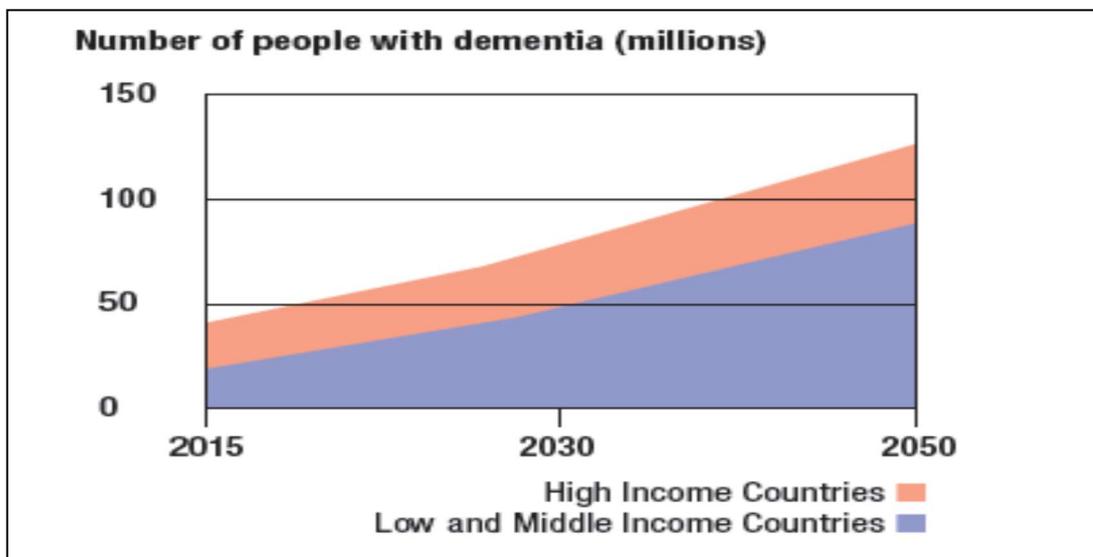
Il fenomeno è mondiale, l'organizzazione Mondiale della Sanità nel descrivere i tratti salienti delle demenze afferma<sup>1</sup>:

- La demenza non è parte del normale invecchiamento;
- Ogni anno ci sono 7.7 milioni di nuovi casi e un nuovo caso di demenza in qualche parte nel mondo ogni 4 secondi; ciò richiede un'azione immediata, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito, dove le risorse sono scarse;
- L'enorme costo della malattia costituirà una sfida per i sistemi sanitari nazionali che dovranno affrontare un numero sempre maggiore di malati;
- La gente vive per molti anni dopo l'insorgenza dei sintomi di demenza, con un adeguato sostegno, molte possono e devono essere in grado di continuare ad impegnarsi e contribuire all'interno della società ed avere una buona qualità di vita;
- La demenza è stressante per i familiari e per loro è necessario un supporto adeguato da parte dei sistemi sanitari, sociali, finanziari e giuridici;
- Tutti i paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica a livello internazionale, nazionale, regionale e locale e sono necessari programmi e coordinamento su più livelli e tra tutte le parti interessate;
- Le persone affette da demenza e i loro familiari hanno spesso una consapevolezza unica delle loro reali condizioni e necessità. Dovrebbero essere coinvolti nella formulazione delle politiche, piani, leggi e servizi che li riguardano;

Il World Alzheimer Report<sup>2</sup>, aggiornamento annuale basato sulla revisione sistematica delle previsioni relative a prevalenza, incidenza e costi della demenza a livello mondiale, evidenzia che nel mondo il numero di persone sopra i 60 anni è di quasi 900 milioni e tra il 2015 e il 2050, si prevede che il numero di persone anziane crescerà nei paesi ad alto reddito del 56%, nei paesi a reddito medio-alto del 138%, in quelli a reddito medio-basso del 185% e nei paesi a reddito basso del 239% (Figura 1.1).

<sup>1</sup> Atti del Rapporto Organizzazione Mondiale Sanità, 2012.

<sup>2</sup> World Alzheimer Report 2018: The state of the art of dementia research: New frontiers; Alzheimer's Disease International;



*Figura 1.1. Crescita del numero di persone affette da demenza 2015-2050 (World Alzheimer Report, 2018)*

In Figura 1.1 viene evidenziato come l'incremento dei casi di demenza nel prossimo trentennio interessi maggiormente i paesi a basso e medio reddito.

Tali evidenze devono portare ad una riflessione sistemica sulla gestione dei disturbi cognitivi concernente gli aspetti di vita della persona malata e della sua famiglia, intendendo per famiglia il contesto sociale ristretto o allargato che affronta la malattia.

Queste considerazioni sono alla base del Piano Globale di Salute Pubblica per rispondere alla Demenza 2017-2025.

Le parole introduttive del documento lanciano un segnale chiaro agli Stati, in esso si legge: *«La demenza è una delle principali cause di disabilità e dipendenza tra gli anziani in tutto il mondo, che colpisce la memoria, le abilità cognitive e comportamentali, interferendo in ultima analisi con la capacità di svolgere le attività quotidiane. L'impatto della demenza non è solo significativo in termini finanziari, ma rappresenta anche sostanziali costi umani per il paese, società famiglia e individui. Il piano d'azione globale sulla risposta pubblica alla demenza 17-25 segna un importante passo avanti nel raggiungimento del benessere fisico, mentale e sociale per le persone affette da demenza, i loro accompagnatori e le loro famiglie...»*

Altrettanto chiaro è l'invito agli Stati di indirizzarsi verso la creazione di politiche di governo che abbiano un favorevole impatto sulla qualità della vita delle persone con disturbo cognitivo e nelle loro famiglie.

Le aree di azione di intervento sulle quali si deve lavorare vengono previste come:

- La demenza è una priorità di salute pubblica;
- Necessità di una maggiore consapevolezza nelle comunità;
- Prevenzione;
- Diagnosi, trattamento, cura e supporto;
- Supporto alle persone che si occupano della demenza,
- Un sistema informativo per la demenza;
- Ricerca e innovazione.

Nel contesto italiano a conclusione del progetto CRONOS si avvia una fase di riflessione sulla presa in carico delle demenze si evidenzia come, nonostante gli sforzi delle Amministrazione, delle Associazioni e della gran parte degli operatori dell' area

sociosanitaria, la gestione delle demenze viene affrontata in momenti e spesso con percorsi distinti: quello diagnostico, quello assistenziale e quello riabilitativo, dimenticando che solo un approccio integrato a tutti i livelli può rappresentare un **efficace risposta** alle complesse istanze che la patologia porta con sé.<sup>3</sup>

Questa riflessione porta il 30 ottobre 2014 all'approvazione dell'Accordo in Conferenza Unificata del documento recante "Piano Nazionale Demenze: Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze".

Risulta evidente come l'utilizzo dello strumento giuridico dell'Accordo rappresenti la volontà politica di adeguare la normativa per rendere eguale e omogenea la presa in carico su tutto il territorio nazionale.

Ad oggi più della metà delle regioni hanno recepito con propria delibera il documento.<sup>4</sup>

I presupposti essenziali sui quali le regioni devono agire verso l'attuazione del Piano si evidenziano in processi e strumenti di identificazione della *popolazione target*, *linee guida* basate su prove di efficacia; *modelli di collaborazione* per promuovere un'*assistenza multidisciplinare*; strumenti psicoeducativi per promuovere *l'autogestione dei pazienti e dei familiari*; *misure di esito* e di *processo*; *sistemi informativi sostenibili* ed integrati sul territorio e meccanismi e programmi di *formazione/aggiornamento* per specialisti e per MMG.

Dopo aver evidenziato i presupposti, il Piano Nazionale Demenze dedica la riflessione a quelli che devono essere gli obiettivi e le azioni prioritarie da mettere in atto sia al livello nazionale che al livello regionale.

#### Piano Nazionale Demenze: Obiettivi e azioni prioritarie

- 1. INTERVENTI E MISURE DI POLITICA SANITARIA E SOCIOSANITARIA;**
- 2. CREAZIONE DI UNA RETA INTEGRATA PER LE DEMENZE E REALIZZAZIONE DELLA GESTIONE INTEGRATA;**
- 3. IMPLEMETAZIONE DI STRATEGIE ED INTERVENTI PER L'APPROPRIATEZZA DELLE CURE;**
- AUMENTO DELLA CONSAPEVOLEZZA E RIDUZIONE 4. DELLO STIGMA PER UN MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLA VITA.**

L'attuazione del Piano Demenze in Regione Liguria, con la Delibera di Giunta Regionale n.55 del 2017, prevede di riorganizzare la rete clinico-assistenziale per le demenze attraverso la creazione e lo sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e per le Demenze (CDCD) al fine di garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza della presa in carico del paziente affetto da demenza e della sua famiglia nella logica *della continuità e circolarità territorio- ospedale-territorio*.

Ad oggi la diagnosi e la terapia veniva effettuata dalle Unità Valutazione Alzheimer (UVA), ambulatori specialistici presenti in ogni azienda ma spesso non collegati agli altri servizi e tra loro, che quindi non assolvono la funzione di sistema integrato in grado di garantire

<sup>3</sup> Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 recante "Piano Nazionale Cronicità"

<sup>4</sup> Per un approfondimento si rimanda all' Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità (<https://demenze.iss.it/>).

*la presa in carico tempestive, la continuità assistenziale per la persona affetta da ogni tipo di demenza considerando che i bisogni cambiano nel tempo e anche la famiglia ha bisogno di essere sostenuta in ogni stadio della malattia*

Il CDCD costituisce la riorganizzazione e l'evoluzione dell'attuale rete degli ambulatori UVA e si configura quale organizzazione a rete in cui un ambulatorio centrale coordina e sovrintende l'attività di altri ambulatori e servizi identificandosi come centro di coordinamento di tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nel processo di cura della persona e della sua famiglia. Proprio per tale ragione all'interno degli ambulatori opera un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da diversi specialisti e figure professionali, che lavorano secondo protocolli condivisi.

Il CDCD costituisce il centro di coordinamento di processo di cura del paziente con demenza e della sua famiglia.

La caratteristica peculiare del territorio ligure è l'elevata percentuale di persone over 65, il 28% della popolazione, che in alcune aree tocca il 29%

Prima di dare avvio ad un processo di revisione dell'assetto organizzativo gestionale, Regione Liguria ha intrapreso un lavoro di analisi dei dati, con la volontà di effettuare una stima di pazienti affetti da demenze.

Lo studio ha evidenziato la presenza di persone affette da demenze, che a vario titolo (assunzione farmaci, esenzione, diagnosi a seguito di ricovero ospedaliero) sono prese in carico dal sistema sociosanitario per un totale di 17.103 assistiti di cui il 53,6% tra i 65 e 84 anni e 43,2% sopra gli 85 anni. Del totale 11.653 sono donne e 5.450 uomini.

Il modello prende in considerazione le persone che, in conseguenza della malattia di Alzheimer o di un tipo di demenza, hanno assunto farmaci specifici per un determinato periodo o hanno richiesto un'esenzione per queste patologie o hanno avuto la diagnosi specifica durante un ricovero ospedaliero e non comprende persone che, pur avendo la malattia non hanno avuto rapporti con il sistema sociosanitario.

Per tale ragione, come suggerisce, Istituto Superiore di Sanità, è necessario parlare di stima e si può ragionevolmente asserire che il dato sia sottostimato.

Ad oggi non è ancora stato creato, nel contesto italiano, un registro come avviene negli altri paesi che operi un "censimento" delle persone con la malattia.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> L'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti Locali su "Linee di Indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le Demenze e "Linee di indirizzo nazionali sull' uso dei Sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze" del 26 ottobre 2017, rappresentano i documenti frutto di due gruppi di lavoro di approfondimento nati dal Piano Nazionale Demenze. Il secondo sui sistemi informativi si pone l' obiettivo di creare sistemi informativi nelle regioni, dialoganti tra loro in grado di dare evidenza del reale numero delle persone con disturbi neuro cognitivi in carico ai servizi sociosanitari.

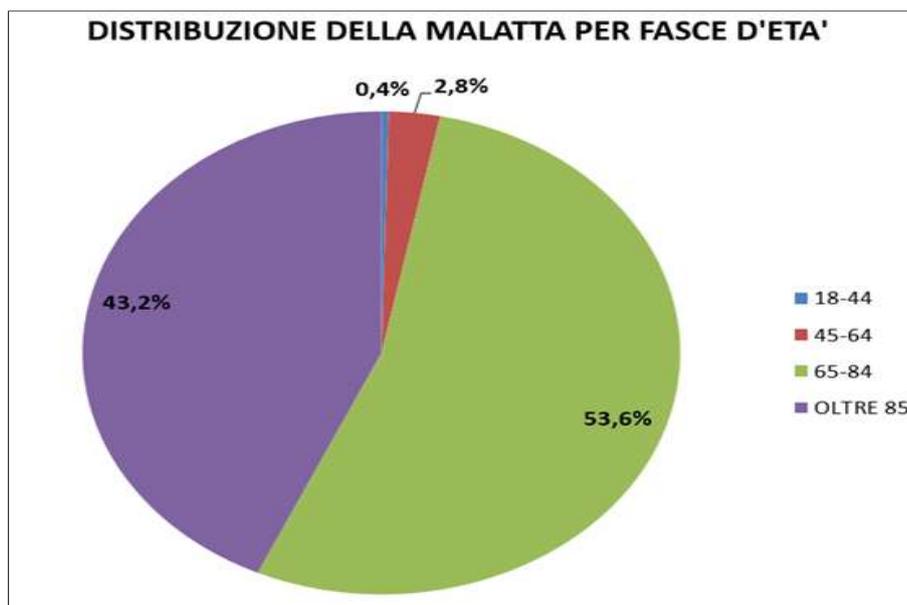


Figura 2.2. Distribuzione dei casi di demenza per fascia di età (Fonte dati A.li.sa., 2018)

All'interno degli ambulatori del CDCD opera un **gruppo di lavoro multidisciplinare** composto da:

- un neurologo, un geriatra ed uno psichiatra;
- uno psicologo specializzato con competenze neuropsicologiche;
- un infermiere o altro operatore delle professioni sanitarie con ruolo di coordinatore assistenziale con funzioni di case manager;
- una figura amministrativa specificamente formata con funzioni segretariali.

Inoltre, la Direzione dell'azienda individua, attraverso una selezione comparativa in base all'esperienza clinico- organizzativa e al curriculum vitae, un coordinatore funzionale del CDCD, con un mandato di tre anni eventualmente rinnovabile una sola volta.<sup>6</sup>

La presenza degli specialisti può essere distribuita nell'arco dell'apertura settimanale dell'ambulatorio mentre la figura del coordinatore assistenziale deve essere sempre presente negli orari di apertura dell'ambulatorio e svolge una funzione di raccordo e concertazione con gli altri CDCD presenti sul territorio.

Il ruolo del Coordinatore risulta *strategico* per il *buon funzionamento dell'organizzazione* in quanto garantisce:

- il funzionamento del CDCD;
- la presenza e il funzionamento dell'equipe multidisciplinare;
- il collegamento tra la sede centrale e la sede periferica dei CDCDC;
- la presenza di procedure utili alla presa in carico dei pazienti e le loro famiglie tra la sede centrale e le sedi periferiche;
- il collegamento tra CDCD e la rete dei servizi (Distretto Sociosanitario, Comune, MMG , Associazioni..)
- il processo formativo agli operatori

I coordinatori assicurano uniformità nella presa in carico dei cittadini e delle loro famiglie attraverso un dialogo costante.

<sup>6</sup> Delibera di Giunta Regione Liguria n.55 del 2017

Questo gruppo di lavoro è integrato da altre figure complementari disponibili nel distretto (es. tecnico della riabilitazione, assistente sociale, operatore sociosanitario), tramite precisa procedura di attivazione.

**La nuova architettura dei CDCD prevede che assolvano le seguenti funzioni:**

- Formulare la diagnosi di demenza e avviare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale;
- Definire e applicare il PDTA aziendale per la gestione del paziente con demenza secondo gli indirizzi regionali;
- Gestire le criticità per i pazienti affetti da disturbo comportamentale secondo uno specifico PDTA, tramite la segnalazione del medico di medicina generale o del *caregiver*;
- Mantenere relazioni operative con il Centro di Riferimento per la diagnosi di casi complessi per la valutazione critica delle neuroimmagini, lo studio liquorale e la consulenza genetica;
- Sviluppare e coordinare la rete territoriale sociosanitaria ivi compresi i rapporti con i servizi sociali;
- Organizzare incontri clinico organizzativi coinvolgendo i CDCD;
- Promuovere stili di vita favorevoli alla prevenzione o al contenimento dei fattori degeneranti la malattia;
- Organizzare i percorsi di formazione per gli operatori a vario titolo

Nel territorio ligure sono presenti 7 CDCD, alcuni già entrati in piena attività, altri che saranno operativi a breve, nella tabella di seguito si evidenzia lo scheletro dell'architettura maggiori dettagli sono forniti nei capitoli 2 e 5 del presente Rapporto):

<b>Azienda Sociosanitaria 1 Ligure</b>	<b>Un CDCD con Una sede centrale e due periferiche</b>
<b>Azienda Sociosanitaria 2 Ligure</b>	<b>UN CDCD con Una sede centrale e due periferiche</b>
<b>Area Metropolitana Genovese</b>	<b>Tre CDCD CDCD Ponente sede centrale e periferiche CDCD Centro sede centrale e periferiche CDCD Levante sede centrale e periferiche</b>
<b>Azienda Sociosanitaria 4 Ligure</b>	<b>Un CDCD con una sede centrale e periferiche</b>
<b>Azienda Sociosanitari 5 Ligure</b>	<b>Un CDCD con una sede centrale e due periferiche</b>

(Fonte dati A.li.Sa -marzo 2019)

Risulta evidente dall'immagine dell'architettura di come l'intento della riorganizzazione abbia puntato a fornire una copertura territoriale in grado di rendere agevole l'accesso e la presa in carico dei pazienti.

Come si può comprendere l'evoluzione della rete dei CDCD è in via di sviluppo e punta come da delibera di programmazione delle indicazioni operative sanitarie e sociosanitarie ad entrare a pieno regime nel corso del 2019.<sup>7</sup>

Una volta definiti e resi operativi gli elementi minimi dei CDCD, il mandato che dovranno affrontare sarà quello di creare sinergie con gli altri servizi presenti sul territorio, così come previsto dal Piano Regionale Demenze ovvero: Comuni singoli o Associati, INPS, Associazioni di familiari, Sportelli di Prossimità, CAF.

Anche in questo caso l'obiettivo è quello di allargare la rete al fine di collegare tutti i *setting* clinico assistenziali e nodi della rete che concorrono alla presa in carico del malato e della sua famiglia in quanto rappresentanti delle diverse aree di vita del soggetto.

A tal riguardo nel territorio ligure, così come in altre realtà italiane è in atto la sperimentazione delle *Dementia Community Friendly* nel comune di Recco e di Imperia. Le Comunità amiche delle persone con Demenza si pongono l'obiettivo principale di sviluppare un alto livello di consapevolezza pubblica sulle demenze e di ciò che comporta essere in grado di offrire supporto e comprensione alle persone che ne soffrono e che se ne prendono cura.

Come delineato dalle indicazioni presenti nel Piano di azione globale per le Demenze la *"Necessità di una maggiore consapevolezza nelle comunità"* è una delle azioni da intraprendere per essere in grado di affrontare il fenomeno della sempre maggior incidenza di disturbi neuro cognitivi.

I riferimenti normativi in tema di presa in carico delle demenze sono riportati nel BOX 1

---

<sup>7</sup> Delibera di Giunta Regionale Liguria n. 7/2019 "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2019

### BOX 1. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Global Action Plan on the Public health response to dementia 2017-2025;
- Progetto CRONOS – *Protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la malattia di Alzheimer*;
- D.G.R. Liguria n. 930 del 25.07.2014 “ *Aggiornamento del sistema regionale delle reti per il governo clinico*”;
- Accordo tra Governo, Regioni, Prov Auton, Comuni e Comunità montane del 30 ottobre 2015 sul documento recante “ *Piano Nazionale Demenze- Strategie per la promozione e il miglioramento della qualità e dell’ appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore demenze*”;
- D.G.R Liguria n.267 del 13.03.2015 “Recepimento Accordo del 30 ottobre 2015 sul documento Piano Regionale Demenze”;
- D.G.R Liguria n. 55 del 26.01.2017 “Indirizzi per il Piano Regionale Demenze. Determinazione di ARS n. 103/2016”;
- D.G.R n. 6 del 13.01.2017 “Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l’anno 2017. Deliberazione di A.li.Sa n. 1/2017”;
- Deliberazione A.li.sa 166/2017 « *Indicazioni alle Aziende del Sistema Sanitario Ligure per la realizzazione di percorsi formativi di interesse regionale 2017-2018* »;
- Accordo Governo, Regioni, Prov. Auton ed Enti Locali sui documenti “Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi diagnostici Assistenziali (PDTA) per le demenze” e “Linee di indirizzo nazionali sull’ uso dei sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze”.
- D.G.R n. 362 del 10.05.2019 recepimento Accordo Stato.Regioni.Prov Autonome .Enti Locali del 26.10.2017 sui sui documenti “Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi diagnostici Assistenziali (PDTA) per le demenze” e “Linee di indirizzo nazionali sull’ uso dei sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze”.

Il lavoro che si sta attuando nel contesto ligure rappresenta una rivoluzione degli assetti organizzativo-gestionali per la presa in carico delle persone con demenza e delle loro famiglie, molto è stato impostato e altrettanto è ancora da attuare, così come avviene in tutti i processi che presuppongono alla base un cambiamento culturale attraverso una nuova forma mentis.

La nuova impostazione del lavoro del metodo ligure, nel quale A.li.sa coordina e sovrintende il lavoro delle Aziende e degli Enti liguri, ora anche in stretta collaborazione con il DIAR Neuroscienze punta ad ottenere un modello per la presa in carico che ruoti attorno al persona con demenza e alla sua famiglia, nella logica della circolarità territorio-ospedale-territorio nella logica del modello delle gestione integrata.

Come suggerisce l’Osservatorio Demenze dell’Istituto Superiore di Sanità « ***Nella Gestione Integrata il paziente e i suoi cari rappresentano il centro di una rete di cui fanno parte i servizi specialistici ambulatoriali, i Centri Diurni, i servizi di assistenza domiciliare, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), le Lungodegenze, l’Ospedale. La Gestione Integrata è resa più agevole dall’uso di cartelle cliniche elettroniche, che permettono la condivisione delle informazioni sul paziente da parte di tutti gli operatori coinvolti. L’adozione di questo approccio sembra permettere un rallentamento nella progressione della malattia e un miglioramento della qualità di vita per il malato e i suoi familiari.*** ». Un processo così delineato richiede oltre che un profondo sforzo organizzativo, un percorso informativo e formativo.

Quanto narrato e delineato in questa raccolta, rappresenta la volontà e lo sforzo dei professionisti e delle loro rispettive Aziende/Enti di accompagnare i processi di riorganizzazione attraverso una serie e responsabile formazione.

## Capitolo 2

### La rete: come rappresentarla e comunicarla

La logica della rete può essere definita come una risposta organizzata volta a: *“Promuovere e sviluppare un approccio che veda integrato il sistema delle Cure Primarie con la ricchezza delle realtà locali (Ospedale, Amministrazioni locali, Strutture residenziali, ecc.) al fine di consentire un approccio di presa in carico globale dei bisogni (del singolo e della collettività), secondo un modello di continuità dell’assistenza a forte integrazione socio-sanitaria”*. [Agenas, 2016]. Alla luce di tale definizione diventa indispensabile conoscere e far conoscere i diversi snodi/punti della rete a tutti i portatori di interesse. Nel presente capitolo si è partiti, quindi, dal rappresentare graficamente lo stato dell’arte in termini di CDCD principali e periferici ad oggi attivati/in fase di attivazione (paragrafo 2.1), per poi utilizzare tale rappresentazione grafica all’interno:

- Della costituenda carta dei servizi CDCD Regionale
- Della brochure rivolta al MMG
- Della brochure rivolta ai pazienti/caregiver con diagnosi di disturbo cognitivo
- Del poster informativo destinato alla popolazione che non ha ancora una diagnosi, ma potrebbe meritare un test di screening da parte del MMG.

### 2.1. La rete sul territorio

L’attuale disposizione dei CDCD principali e periferici sul territorio ligure è rappresentata di seguito differenziata per ASL di appartenenza. La disponibilità di CDCD sul territorio dipende in prima istanza dalla numerosità della popolazione, nonché da differenti livelli di sviluppo e implementazione del CDCD.

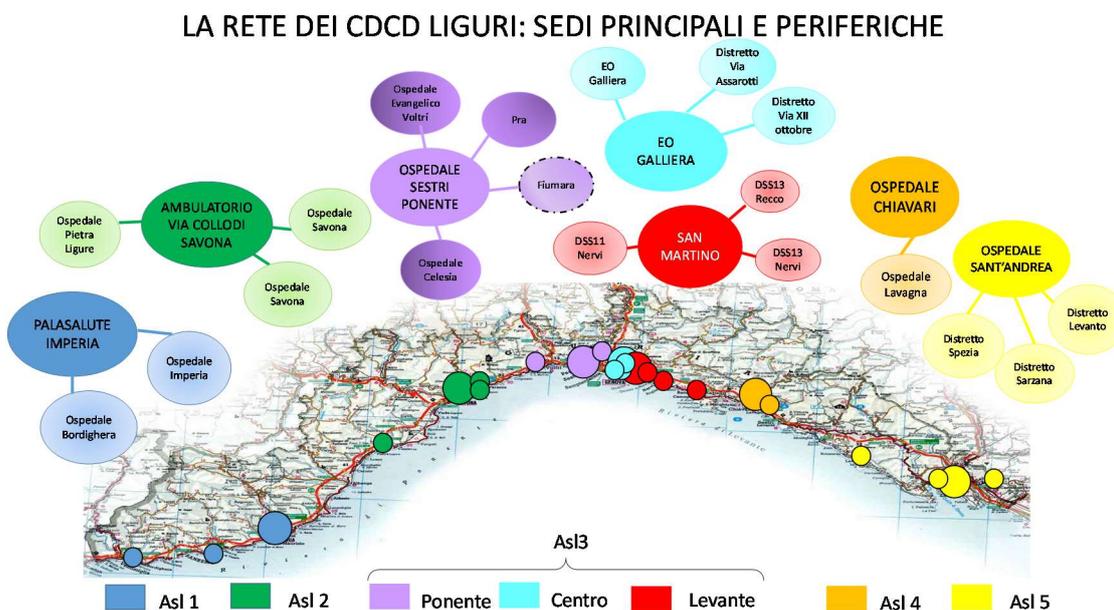


Figura 2.1. La rete dei CDCD liguri (Fonte A.li.Sa, 2018)

## 2.2. La comunicazione: il punto di vista del paziente e della sua famiglia; il punto di vista degli operatori e dei medici curanti

### 2.2.1 La carta dei servizi CDCD Regionale

La Carta dei Servizi è lo strumento attraverso il quale qualsiasi soggetto che offre un servizio pubblico individua gli standard della propria prestazione, dichiarando i propri obiettivi e riconoscendo specifici diritti al cittadino. Si tratta, quindi, di un mezzo che risponde alle richieste provenienti da un'utenza sempre più attenta alla tutela dei propri interessi nel tentativo di adeguare l'erogazione di servizi di pubblica utilità a quelle che sono le istanze ed i bisogni effettivi dei consumatori-utenti rispettando determinati standard quantitativi e qualitativi. Ciò vale anche per il settore salute nell'ambito del quale le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono tenute a pubblicare una Carta dei Servizi per illustrare ai cittadini le strutture disponibili, i servizi offerti e gli strumenti di tutela a loro disposizione. La Carta dei Servizi Sanitari serve, quindi, a tutelare i diritti degli utenti, attraverso l'attribuzione al cittadino di un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati.

In particolare l'ente erogatore:

- adotta gli standard di quantità e di qualità del servizio di cui assicura il rispetto: è questo il principio cardine della "Carta dei servizi";
- pubblicizza gli standard adottati e ne informa il cittadino, verifica il rispetto degli standard ed il grado di soddisfazione degli utenti;
- garantisce il rispetto dello standard adottato, assicurando al cittadino la specifica tutela rappresentata da forme di rimborso nei casi in cui sia possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore, per qualità e tempestività, allo standard pubblicato.

#### **BOX 2. La carta dei servizi: normativa di riferimento**

I principali riferimenti normativi in materia di Carta dei servizi sono:

- **legge 7 agosto 1990, n. 241** ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi") che ha dettato nuove regole per i rapporti tra i cittadini e le amministrazioni, viste nel momento dell'esercizio di poteri autoritativi;
- **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994** ("Principi sull'erogazione dei servizi pubblici") che individua i principi cui deve essere uniformata progressivamente, in generale, l'erogazione dei servizi pubblici, anche se svolti in regime di concessione o mediante convenzione;
- **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 ottobre 1994** ("Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico") che definisce i principi e le modalità per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico.
- **DPCM 19 maggio 1995 Carta dei servizi pubblici sanitari**

In generale la normativa investe, con l'autorevolezza della legge, tutti i temi cardine della "Carta dei servizi" individuando nella personalizzazione, nell'umanizzazione, nel diritto all'informazione, nelle prestazioni alberghiere e nell'andamento dell'attività di prevenzione i principali fattori della qualità dei servizi sanitari.

Tutti i modelli di Carta dei servizi sanitari devono contenere i principi fondamentali di • Eguaglianza • Imparzialità • Continuità • Diritto di scelta • Partecipazione • Efficienza ed efficacia.

Le Carte dei servizi delle strutture sanitarie possono essere articolate secondo la seguente struttura suggerita, articolata in quattro sezioni:

- Presentazione dell'azienda sanitaria e principi fondamentali
- Informazioni sulle strutture e i servizi
- Standard di qualità impegni e programmi - L'adozione di standard di qualità è l'elemento di differenza tra le Carte dei servizi delle strutture sanitarie e semplici (ma comunque utili) opuscoli informativi. Gli standard di qualità costituiscono "obiettivi di qualità" e possono essere:
  - standard generali, riferiti al complesso delle prestazioni rese e verificabili solo sul piano collettivo in occasione delle riunioni pubbliche o delle conferenze di servizi annuali;
  - standard specifici, riferiti alle prestazioni rese singolarmente al cittadino e quindi direttamente verificabili dal cittadino stesso.
- Meccanismi di tutela e di verifica

I contenuti suggeriti per l'elaborazione della propria Carta dei servizi delle aziende sanitarie, orientativi e non vincolanti per l'ASSISTENZA SPECIALISTICA, SEMIRESIDENZIALE E TERRITORIALE sono:

- Contenuto, in forma generale, del livello di assistenza garantito
- Definizione della tipologia delle prestazioni
- Modalità di attivazione
- Modalità di prenotazione
- Modalità di pagamento della tariffa
- Modalità di ritiro della refertazione.



## I Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) Regione Liguria

### PROPOSTA DI CARTA DEI SERVIZI

Il Centro per i disturbi cognitivi e demenze (indicato con l'acronimo CDCD) garantisce il percorso diagnostico e la presa in carico terapeutica-gestionale dei soggetti affetti da disturbi cognitivi e demenza, della famiglia e della rete di assistenza, e costituisce il centro di coordinamento del processo di cura.

Il CDCD rappresenta l'evoluzione degli ambulatori UVA (Unità di Valutazione Alzheimer) e si configura quale organizzazione a rete in cui un ambulatorio centrale coordina e sovrintende l'attività di altri ambulatori e servizi periferici identificandosi come centro di coordinamento di tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nel processo di cura e assistenza della persona e della sua famiglia. Proprio per tale ragione all'interno degli ambulatori opera un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da diversi specialisti e figure professionali, che lavorano secondo protocolli condivisi.



#### Obiettivi del CDCD sono:

- garantire una diagnosi adeguata e tempestiva
- favorire l'accesso alla rete dei servizi sia istituzionali che non
- favorire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile
- adeguare, espandere e specializzare la rete dei servizi
- migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari, fornendo specifiche indicazioni terapeutiche ed assistenziali durante tutto il decorso della malattia
- contribuire ad attuare interventi di formazione e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria
- contribuire alla conoscenza della malattia e della sua gestione sia a livello scientifico, che informativo e culturale
- evitare accessi impropri in pronto soccorso e ricoveri ospedalieri



**Più nel dettaglio i CDCD hanno il compito di:**

- Garantire una diagnosi adeguata e tempestiva attraverso la fornitura diretta di una diagnostica di primo livello e il coordinamento degli interventi necessari alla diagnostica di secondo livello (neuropsicologica, strumentale e laboratoristica) avvalendosi anche di accessi privilegiati ad altri servizi della rete.
- Garantire la prescrizione e la fornitura degli interventi non farmacologici e farmacologici (direttamente o tramite piano terapeutico)
- Garantire la formulazione di progetti terapeutici di riabilitazione cognitiva e motoria, e di interventi assistenziali individualizzati in collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG)
- Garantire il supporto psicologico dei famigliari che assistono le persone affette da demenza.
- Garantire una consulenza specialistica alle strutture ospedaliere maggiormente interessate dai ricoveri di persone affette da demenza (Ortopedia, Chirurgia generale, Cardiologia e Medicina Interna), ai servizi territoriali e ai MMG per la gestione dei sintomi psico-comportamentali.
- Svolgere attività informativa e formativa per i familiari degli utenti e per il personale dei Servizi della rete.

**All'interno degli ambulatori del CDCD opera un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da:**



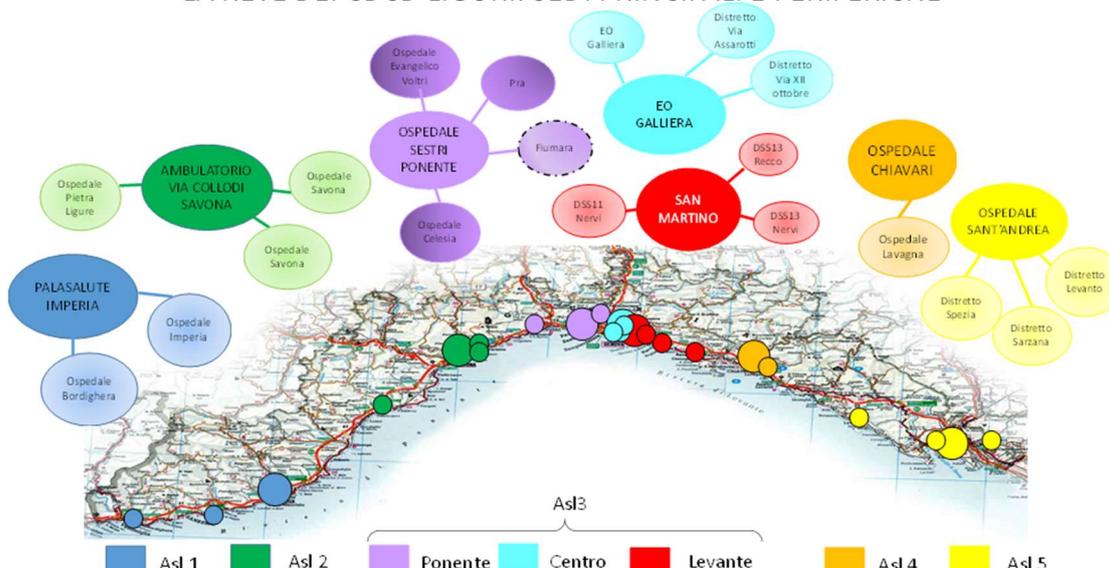
- a) medici neurologi, geriatri e psichiatri;
- b) psicologi con competenze neuropsicologiche;
- c) infermieri o altro operatore delle professioni sanitarie con ruolo di coordinatore assistenziale con funzioni di case manager;
- d) figure amministrative specificamente formata con funzioni segretariali.

Inoltre, la Direzione dell'azienda individua un coordinatore funzionale del CDCD.

**Nel territorio ligure sono presenti 7 CDCD, alcuni già entrati in piena attività, altri che saranno operativi a breve**



LA RETE DEI CDCD LIGURI: SEDI PRINCIPALI E PERIFERICHE



Azienda Sociosanitaria	CDCD	Stato
Azienda Sociosanitaria 1 Ligure	Un CDCD con una sede principale e due secondarie	In fase di attivazione
Azienda Sociosanitaria 2 Ligure	UN CDCD con una sede principale e due secondarie	Attivo e operativo
Area Metropolitana Genovese	Tre CDCD: CDCD Ponente CDCD Centro CDCD Levante	Attivi e operativi
Azienda Sociosanitaria 4 Ligure	Un CDCD con una sede principale	Attivo e operativo
Azienda Sociosanitari 5 Ligure	Un CDCD con una sede principale e due secondarie	In fase di attivazione

I CDCD attivati e in via di attivazione in Liguria

La riorganizzazione vuole fornire una copertura territoriale in grado di rendere agevole l'accesso e la presa in carico dei pazienti.

In particolare l'architettura dei CDCD dell'area metropolitana è stata così delineata:

CDCD	Sede principale	Sede periferica
CDCD Ponente	Distretto Sociosanitario 9 Azienda Sociosanitaria Locale 3	- Distretto Sociosanitario 8 (Asl 3) - Distretto Sociosanitario 10 (Asl 3)
CDCD Centro	Ente ospedaliero Galliera	- Ente Ospedaliero Galliera - Distretto Sociosanitario 11 (Asl 3) - Distretto Sociosanitario 11 (Asl 3)
CDCD Levante	Ospedale policlinico San Martino - IRCCS	- Distretto Sociosanitario 12 (Asl 3) - Distretto Sociosanitario 13 (Asl 3)

Architettura dei CDCD dell'area metropolitana

Nei CDCD vengono realizzate **azioni di supporto al paziente e ai familiari** (counseling e incontri psicoeducazionali con lo psicologo) e di tipo sociale con attivazione dell'Assistente Sociale.

Il **CDCD**, intrattiene rapporti con la Rete dei servizi territoriali (Servizio Assistenza Anziani, Residenze Sanitario-Assistenziali, centri Diurni) ed è collegato con le Associazioni di volontariato.

**entrata**

### Ma come ci si accede?

- Per la prima visita si accede con richiesta del **Medico di Medicina Generale** o di uno specialista del SSN per visita geriatrica o neurologica con quesito clinico specifico per disturbi cognitivi. La prenotazione/disdetta si effettua tramite **CUP**
- Le visite successive vengono programmate dal medico di riferimento del centro. Queste ultime possono essere spostate o disdette contattando direttamente l'ambulatorio.



**Al termine del percorso diagnostico** viene rilasciata la relazione clinica conclusiva da consegnare al **Medico di Medicina Generale**, la prescrizione terapeutica e/o piano terapeutico per la prescrizione di farmaci specialistici che richiedono un monitoraggio periodico, una sintetica pianificazione del percorso riabilitativo /o assistenziale suggerito, la prenotazione della visita successiva, se necessaria.

Fin dal primo accesso, l'infermiere del centro è disponibile a fornire tutte le informazioni in merito al percorso ambulatoriale.

### Informazioni, orari e contatti

Sede	Orari	Riferimento	Contatti
ASL 1 (Imperia)			
ASL 2 (Savona)			
ASL 3 (Genova)			
ASL 4 (Chiavari)			
ASL 5 (La Spezia)			

Proposta di Standard di qualità:

tempo massimo/medio di risposta dalla segnalazione del MMG/H alla prima visita al CDCD.....

tempo massimo/medio di attesa per erogazione delle prestazioni specialistiche.....

Di seguito un questionario facoltativo da compilare in anonimato per esprimere il suo gradimento nei confronti del servizio e aiutare i CDCD a migliorare la propria organizzazione! Grazie per la collaborazione.



PROPOSTA Questionario CDCD - ALISA – Regione LIGURIA

1. Con chi e con quale mezzo si è recato al CDCD?

- autobus  da solo  
 auto  accompagnato  
 a piedi  
 altro

2. Secondo lei il servizio è:

- accessibile;  poco accessibile;  non accessibile;  non so

3. la segnaletica esterna al servizio è:

- adeguata;  poco adeguata;  non adeguata;  non c'è

4. la segnaletica interna al servizio è:

- adeguata;  poco adeguata;  non adeguata;  non c'è

5. la sala di attesa è:

- accogliente;  poco accogliente;  non adeguata;  non c'è

6. il tempo di attesa per l'accettazione e l'espletamento della prestazione è stato complessivamente:

- meno di 15 minuti;  da 15 a 30;  da 30 a 60;  da 60 a 90;  oltre

7. ha trovato un atteggiamento corretto e disponibile da parte degli operatori?

- si;  no

8. E' a conoscenza della possibilità che lei ha di presentare reclami o proposte sul funzionamento del servizio?

sì;  no

Suggerimenti per il servizio:

---

---

---

---

---

### *2.2.2 Proposta di brochure rivolta al MMG*

In ottemperanza al piano demenze nazionale la regione Liguria, tra le prime ad attivarsi in tal senso, sono stati individuati obiettivi per i quali è indispensabile la partecipazione del Medico di Medicina Generale.

Infatti, i criteri generali per la riorganizzazione dei CDCD per cui la rete regionale ha espresso consenso sono i seguenti:

- il CDCD a livello aziendale deve avere caratteristiche funzionali anche in relazione alla dimensione del territorio aziendale
- chiari e definiti devono essere i rapporti operativi tra CDCD e Distretto socio-sanitario
- il ruolo dei MMG è cruciale e va rinforzato in modo significativo

Nell'ambito della rete integrata al MMG è attribuito un ruolo strategico per:

- identificazione precoce del paziente con demenza o decadimento cognitivo
- attivazione del PDTA mediante invio al CDCD territoriale
- attivazione dei servizi della rete
- monitoraggio del decorso clinico e gestione terapie
- partecipazione ad un'adeguata assistenza domiciliare
- monitoraggio dell'evoluzione della malattia e gestione di eventuali complicanze.

Si propone di seguito il fronte e il retro di una brochure per facilitare la partecipazione del MMG al PDTA.

**Piano Regionale Demenze Regione Liguria**

Il Medico di Medicina Generale è la porta di accesso alla rete assistenziale delle demenze, per un primo riconoscimento dei sintomi e l'esecuzione dei test di screening. Nel caso di un sospetto di decadimento cognitivo il MMG esegue un test di screening (GPCog), se il test eseguito evidenzia sospetto clinico fondato di disturbo cognitivo, prescrive i seguenti esami :

•Ematochimici → Emocromo, VES, glicemia, creatinina, azotemia, vit. D, Ca, ALT, AST, GGT, ALP, proteine totali, Na, K, TSH, B12, folati, esame delle urine  
•ECG

Successivamente con richiesta di prestazione indirizza il paziente/care giver al CDCD più vicino previo contatto telefonico o attraverso prenotazione attraverso CUP.

Il CDCD garantirà inquadramento diagnostico e presa in carico del paziente nonché un'informazione di ritorno al MMG.

Il GPCog è scaricabile al sito [www.demenzemedicinagenerale.net](http://www.demenzemedicinagenerale.net)

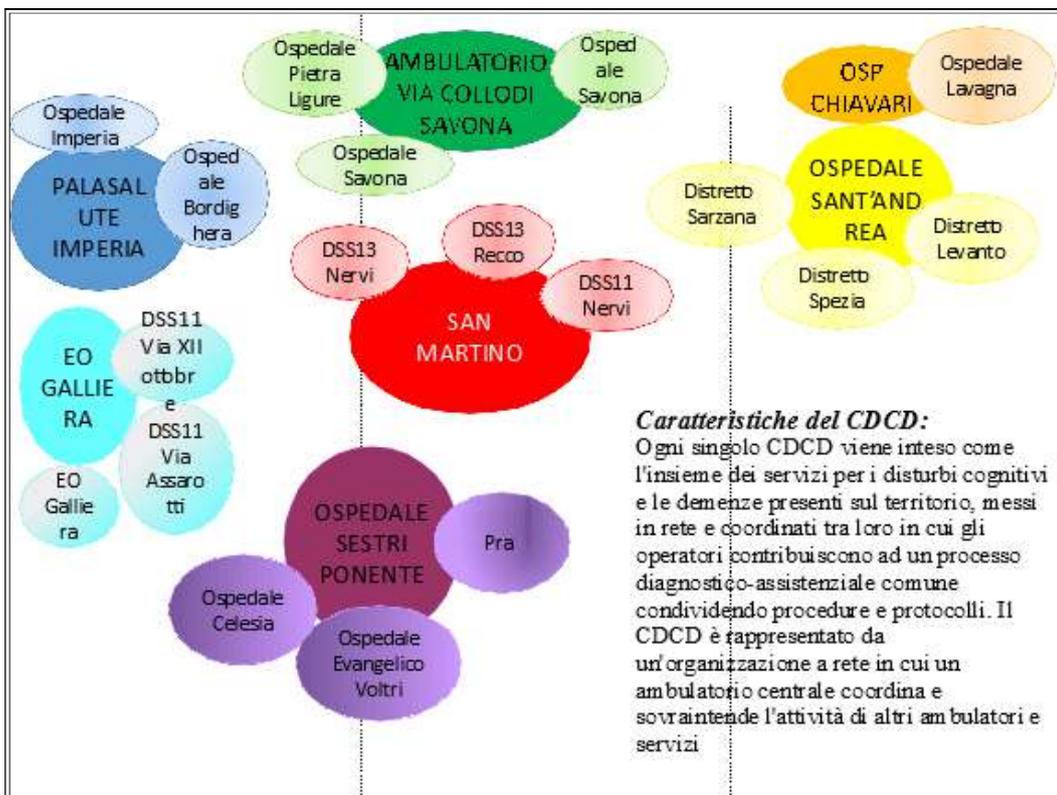


**Modello organizzativo del CDCD in Regione Liguria**



**Centri disturbi cognitivi e demenze (CDCD)**

*Egregio Collega... Sono stati attivati i CDCD sul nostro territorio regionale, certi della tua collaborazione ti inviamo le informazioni necessarie per affrontare assieme una sfida di tale complessità..*



### ***2.2.3 Proposta di brochure rivolta ai pazienti/caregiver con diagnosi di disturbo cognitivo***

La comunicazione in sanità pubblica è considerata un elemento fondamentale per la promozione della salute e va concepita in modo strategico e organizzato, diretta ad un target specifico, delimitata da confini temporali e orientata al raggiungimento di obiettivi. All'interno di questo processo globale, la creazione di una campagna di comunicazione per la salute può avere come obiettivo quello di informare e sensibilizzare i cittadini rispetto ad un tema di salute, oppure può puntare ad un maggiore coinvolgimento dei destinatari per favorire in loro il cambiamento di credenze, valori, atteggiamenti e comportamenti.

Il messaggio propone ai destinatari una descrizione degli aspetti legati a un determinato comportamento attraverso argomentazioni di tipo razionale, facendo appello alla riflessione, alla ragione, al senso del dovere e della responsabilità, ma senza far ricorso al senso di colpa.

In tal senso è stato pensato un volantino in formato cartaceo rivolto alla popolazione che affrisce al Medico Curante, ma può essere anche utilizzato all'interno del CDCD per illustrare ai pazienti / famigliari la rete dei servizi.

L'obiettivo è strettamente informativo per far conoscere la presenza del CDCD sul territorio, funzioni e correlazioni con la rete dei servizi.

Naturalmente tale brochure è una proposta da rivisitare all'interno di ogni ASL ligure per fornire indirizzi e recapiti propri del territorio a cui si riferisce.

La demenza è una delle principali cause di disabilità e dipendenza tra gli anziani in tutto il mondo, che colpisce la memoria, le abilità cognitive e comportamentali, interferendo in ultima analisi con la capacità di svolgere le attività quotidiane. L'impatto della demenza rappresenta sostanziali costi umani per il paese, società famiglia e individui. La nascita del Centro Disturbi Cognitivi e Demenze segna un importante passo avanti nel raggiungimento del benessere fisico, mentale e sociale per le persone affette da demenza, i loro accompagnatori e le loro famiglie...

**Come attivare il CDCD?**

Il **Medico curante** attraverso il riconoscimento dei sintomi di un disturbo cognitivo prescrive richiesta. (Valutazione per disturbo cognitivo)

Attraverso il CUP al numero 800 090 543 fissare un appuntamento.

**Dove siamo? (ES CDCD Ponente)**

- Ospedale Micone Largo Nevio Rosso 2
- Distretto Socio sanitario 8 Via Camozzini 15
- Distretto Socio Sanitario 8 Via De Mari 18
- Distretto Socio Sanitario 9 Via Operai 80
- Ospedale Cesia Via Negrotto Cambiaso 62
- Ospedale Gallino Via Ospedale Gallino 5

**Chi siamo?**

Nel CDCD operano diverse figure professionali (medici, psicologi, infermieri, ecc) che operano in equipe e che supportano il paziente, il suo familiare e il MMG in tutto il percorso di malattia, o fornendo direttamente servizi (per es., diagnosi e terapia), o fornendo indicazioni e modalità di accesso ad altri servizi od opportunità disponibili nel territorio di appartenenza (per es., Centri Diurni, INPS, RSA).

Il CDCD opera pertanto in rete con gli altri servizi sanitari e sociali presenti, siano essi pubblici che privati

Coordina e indirizza le attività di assistenza per le persone con disturbi cognitivi e demenza e i loro familiari nel territorio di competenza, in accordo con le indicazioni che vengono promulgate a livello nazionale e regionale.



Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) (Es. Ponente)

*Se pensi di avere un problema di memoria, rivolgiti al tuo medico di famiglia. Lui sa come aiutarti, e se esiste la necessità, indirizzarti ad una rete di specialisti che sono in grado di comprendere e gestire le tue problematiche: il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze.*

*Il CDCD nasce infatti allo scopo di rispondere ai bisogni della persona con disturbi cognitivi o demenza e dei suoi familiari. (DGR n.55 del 2017)*

**Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) (Es. Ponente)**

Largo Nevio Rosso 2  
presso Ambulatorio Neurologia Padiglione B  
1 piano  
Telefono: 0108498359  
Fax: [Numero di fax]

[www.asl3.liguria.it](http://www.asl3.liguria.it)

**Rete dei Servizi**

**Medico Curante** identificazione precoce del paziente con demenza o decadimento cognitivo

**Comune di Genova (Esempio)**

- DO.GE Sistema Domiciliarità Genova– Servizi a domicilio per le persone anziane o disabili adulte
- Accessibilità/barriere architettoniche
- Affido Anziani

•Progetto CAREGIVER: una serie di incontri a piccoli gruppi, con operatori dei servizi territoriali ed "esperti".

Alzheimer Caffè, punto di ritrovo per malati e caregiver, luogo protetto e rilassato per socializzare e avere informazioni

Caffè Alzheimer "Piccolo Principe", Viale Bracelli 156 r

Caffè Alzheimer "Seconda Stella", presso il Polo Polifunzionale in Via Prà 164 r

Caffè Alzheimer "Le panchine nel parco", Via Nino Cervetto 35

**ASL**

**Cure domiciliari:** su richiesta del Medico Curante per interventi di tipo sanitario e/o riabilitativo

**Cure palliative:** si rivolgono ai pazienti in fase terminale di malattia, affetti da patologie evolutive e irreversibili.

**Servizi residenziali e semiresidenziali**

**Ricovero a carattere temporaneo**

"sollievo" alla famiglia nei casi in cui venga a mancare in modo improvviso il familiare di riferimento dell'anziano (caregiver)

**Ricoveri a carattere definitivo per pazienti Non Autosufficienti Parziali e Non Autosufficienti Totali**

Vedi elenchi sul sito ASL

**Ricoveri in Nucleo Alzheimer (Es ASL3)**

Nucleo Alzheimer Rossiglione, Rivarolo e RSA Galliera

**Ricovero semiresidenziale in Centro Diurno**

1° livello: rivolto ad anziani con limitata autonomia fisica e in cui il disturbo cognitivo non è prevalente

2° livello: rivolto ad anziani con patologie psicosociali severe. Vedi elenchi sul sito ASL

**Associazioni dei familiari**

•collaborano con enti pubblici per la creazione di Centri Diurni Alzheimer, organizzazione dei corsi di Memory Training

•organizzano e gestiscono gli Alzheimer Caffè in collaborazione con i servizi socioassistenziali del territorio.

(Es Genova)

AFMA Associazione Famiglie Malati Alzheimer Via Merano 3, 16154 Genova

Associazione Alzheimer Liguria Salita Salvatore Viale 1/18 16128 Genova



**Le principali misure socioassistenziali Regionali per gli utenti con disturbo cognitivo**

•Invalidità Civile e Indennità di Accompagnamento e Permessi mensili dal lavoro (L.104/1992 e s.m.i.): attraverso segnalazione del Medico Curante a INPS

•Fondo Regionale per la Non Autosufficienza FRNA: per pazienti in possesso di Invalidità Civile al 100% e Indennità di Accompagnamento

•Gravissime Disabilità: Gli interventi di sostegno potranno essere offerti sotto forma di prestazioni assistenziali sulla base di quanto stabilito nel Piano Individuale di Assistenza.

•Attività Fisica Adattata: attraverso richiesta di MMG e/o Medico del CDCD

•Memory Training processo terapeutico per la riabilitazione cognitiva.

•Registro Regionale degli Assistenti Familiari vedi sito Regione Liguria

•INPS: Home Care Premium: assistenza domiciliare per persone non autosufficienti

•Protezione giuridica e tutela dei pazienti affetti da demenza/alzheimer: Amministratore di sostegno (L. 6/2004) o Fiduciario (L. 219/2017)

***2.2.4. Proposta di poster informativo destinato alla popolazione che non ha ancora una diagnosi, ma potrebbe meritare un test di screening da parte del MMG***

Al fine di ottimizzare la comunicazione e conseguentemente l'attivazione del PDTA è stata anche elaborata un semplice poster che potrebbe essere affisso nelle sale di attesa del MMG o in altri luoghi pubblici.

Obiettivo di tale poster è coinvolgere persone che non conoscono i servizi attivi e impegnano la loro quotidianità cercando di gestire i problemi legati ai disturbi cognitivi e alle demenze senza le risorse della rete, con scarsi risultati, anche per un problema legato al timore del giudizio degli altri /stigma sociale.



## Capitolo 3

### *Il percorso e le procedure per la presa in carico*

#### 3.1. I percorsi di cura (PDTA)

La seconda macro problematica individuata grazie all'albero dei problemi è quella relativa alla definizione di un percorso ideale per la presa in carico (*to be*) per il CDCD. Non è un problema solo ligure, o italiano, ma mondiale. Questo è messo in evidenza da un recente report europeo (European Carers' Report, 2018), presentato al Parlamento Europeo.

#### **BOX 3.1. European Carers' Report, 2018**

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/figlia (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 confermate nella pratica corrente. Il primo strumento organizzativo da sviluppare è, pertanto, il PDTA, o percorso clinico, che deve essere formalizzarlo in una flow chart per descrivere il percorso ideale (*to be*).

Quando si costruisce un percorso clinico, è necessario definire in primo luogo quali sono gli episodi rilevanti sia dal punto di vista clinico che 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. Il passaggio tra un episodio e l'altro richiede in molti casi una scelta, rappresentata nella flow chart con un rombo.

Il primo flow chart descritto (Figura 3.1) si riferisce al percorso seguito dal paziente per arrivare alla diagnosi e alla presa in carico. Tale percorso consiste di molti episodi che si svolgono in luoghi diversi. Ogni episodio è composto da diverse attività, ed è rappresentato da un rettangolo nella flow-chart. Per esempio, il primo episodio è la "visita generale", quando il paziente con un sospetto di disturbo cognitivo consulta il proprio MMG. Le attività che compongono questo episodio, sono molteplici, per esempio esami ematochimici, test Gpcog, etc

Nelle rappresentazioni dei flow-chart che seguono (Figura 3.1, 3.2, 3.3) 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.

Sotto ad ogni figura è riportata in dettaglio la descrizione della flow chart e delle attività che compongono i diversi percorsi.

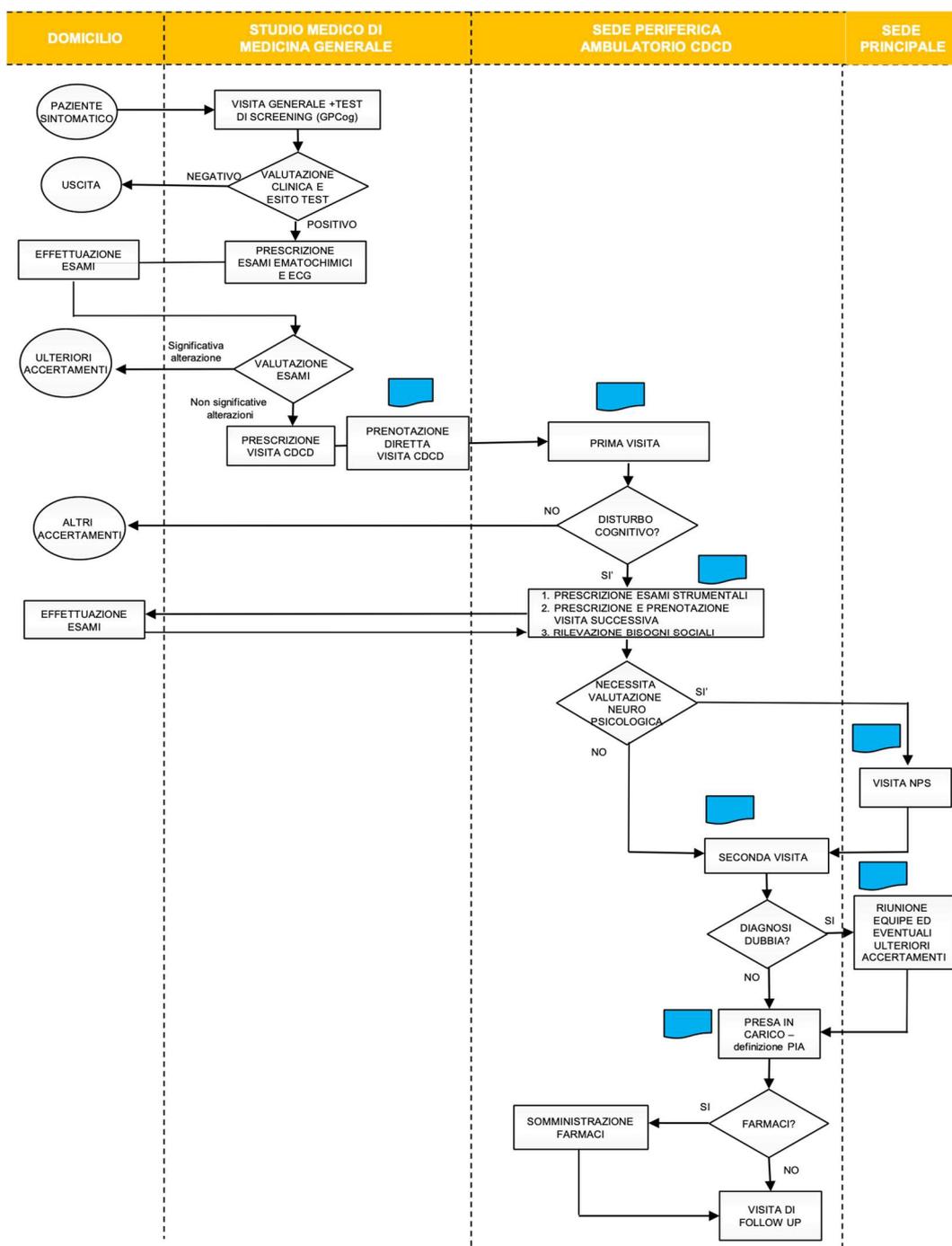


Figura 3.1. Flow-chart invio del paziente al CDCD da parte del MMG

L'ingresso nel percorso avviene quando un paziente si reca dal medico di medicina generale, da solo o accompagnato dai familiari, per un sospetto declino cognitivo il MMG effettua una **visita generale** e il GP-COG. Se il GP-COG non conferma la presenza di deficit cognitivo il paziente esce dal percorso.

In caso di positività del test di screening il MMG effettua la prescrizione di esami ematochimici e dell'ECG: se agli esami emergono alterazioni significative e meritevoli di ulteriori accertamenti questi verranno fatti direttamente presso il MMG; in caso contrario il medico compila la richiesta di visita neurologica (in caso di pazienti <65 anni o con alterazioni delle capacità motorie da possibile deficit neurologico), geriatrica (per pazienti <80 anni o con disabilità o comorbilità rilevanti) o psichiatrica (per pazienti con nota

contabilità psichiatrica o con anamnesi positiva per depressione) con quesito diagnostico CDCD nella ricetta dematerializzata. Il MMG prenota direttamente la visita su agende dedicate del CDCD.

Nel corso della **prima visita** viene effettuata dallo Specialista un'anamnesi patologica remota, prossima, farmacologica e cognitiva con particolare attenzione alla personalità premorbo. È preferibile la presenza di un accompagnatore per una raccolta più dettagliata dell'anamnesi cognitiva. Durante la visita viene valutato lo stato cognitivo tramite il MMSE o tramite il MOCA, lo stato funzionale tramite le ADL e le IADL, i disturbi comportamentali tramite la scala NPI. Una parte delle scale di valutazione riguardanti l'autonomia e i disturbi comportamentali può essere effettuata dall'infermiere durante il colloquio con il famigliari.

L'accoglienza del soggetto con sospetto declino cognitivo, che precede la visita, è effettuata da personale dedicato. Se nella visita non viene confermato la presenza di disturbo cognitivo il paziente esce dal follow-up; in caso di conferma del deficit cognitivo viene richiesta la TC cerebrale o la RM, a seconda dell'età del paziente, della fase del declino cognitivo, della sua comorbilità e della disponibilità della lista d'attesa. Non è necessario richiedere un nuovo esame strumentale se è già disponibile un esame pregresso portato dai familiari o recuperabile nel fascicolo sanitario elettronico.

Per i pazienti con MMSE < 18/30 viene richiesta una **valutazione neuropsicologica**, da effettuarsi anche in un giorno diverso con prenotazione tramite agenda interna dedicata. Durante la visita viene eseguita anche la scala AGED plus per facilitare l'accesso alla rete delle strutture residenziali e semiresidenziali della Liguria. Al termine della visita viene consegnato al paziente e ai famigliari un referto dettagliato con scritto tutto quello che è stato fatto durante la visita e se necessario viene consegnato il piano terapeutico dei farmaci anticolinesterasici o dei neurolettici atipici; se il paziente viene preso in carico la seconda visita viene prenotata direttamente dall'ambulatorio entro 6 mesi-1 anno.

Durante la visita viene effettuata una **valutazione sociale**: i soggetti meritevoli di approfondimento vengono rivisti da personale (assistente sociale/sanitario) dedicato, anche in un secondo momento con registrazione dell'accesso sulla cartella clinica o tramite agenda interna dedicata. In caso di diagnosi dubbia e in ogni caso per almeno il 70% dei nuovi casi viene convocato mensilmente il gruppo di lavoro che tramite la metodica del DMT discute i casi clinici. Nel corso della seconda visita si rivede la terapia prescritta e vengono effettuate nuovamente le scale di valutazione.

In Figura 3.2 è riportato il percorso specifico che dovrebbe seguire il paziente per la gestione dei disturbi comportamentali.

Spesso l'esordio del disturbo cognitivo viene ascritto ai disturbi comportamentali, anche se non è così, almeno nella maggior parte dei casi.

Se il disturbo del comportamento si sviluppa nell'ambito di un deficit cognitivo di un soggetto già noto al CDCD, proprio il CDCD, tramite contatti ripetuti, tenta, con l'equipe multidisciplinare, di risolvere la problematica, o meglio, grazie all'informazione dei caregiver, di prevenire l'esordio dei sintomi. Se la situazione non viene risolta telefonicamente, sarà cura del CDCD programmare una visita di controllo nel più breve tempo possibile compatibilmente con le liste d'attesa. Se il disturbo si sviluppa in paziente non noto al CDCD e durante un orario in cui non presente il MMG deve essere chiamata la GM che può decidere di inviare il paziente in PS oppure di praticare una terapia all'occorrenza e di indirizzare il paziente verso il MMG, che deciderà se richiedere o meno

una visita CDCD con eventuale criterio d'urgenza contattando direttamente il CDCD di riferimento.

Altrimenti, nel caso di un disturbo del comportamento dirompente, in un soggetto non noto in precedenza né per deficit cognitivo, né tantomeno per la presenza di disturbi del comportamento, non è il CDCD il setting adeguato per la gestione di tale problematica.

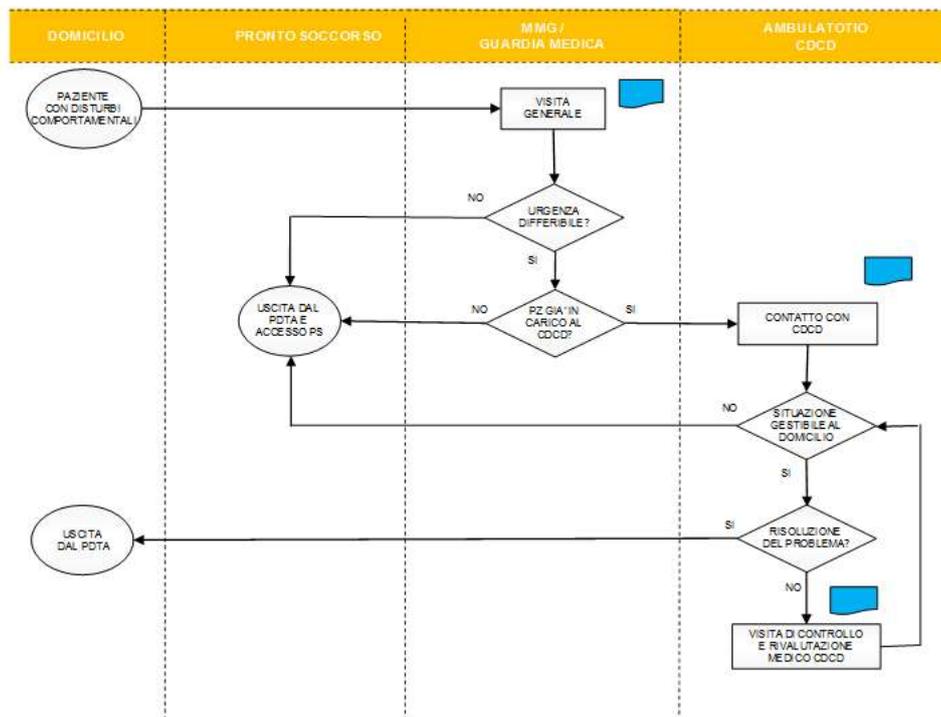
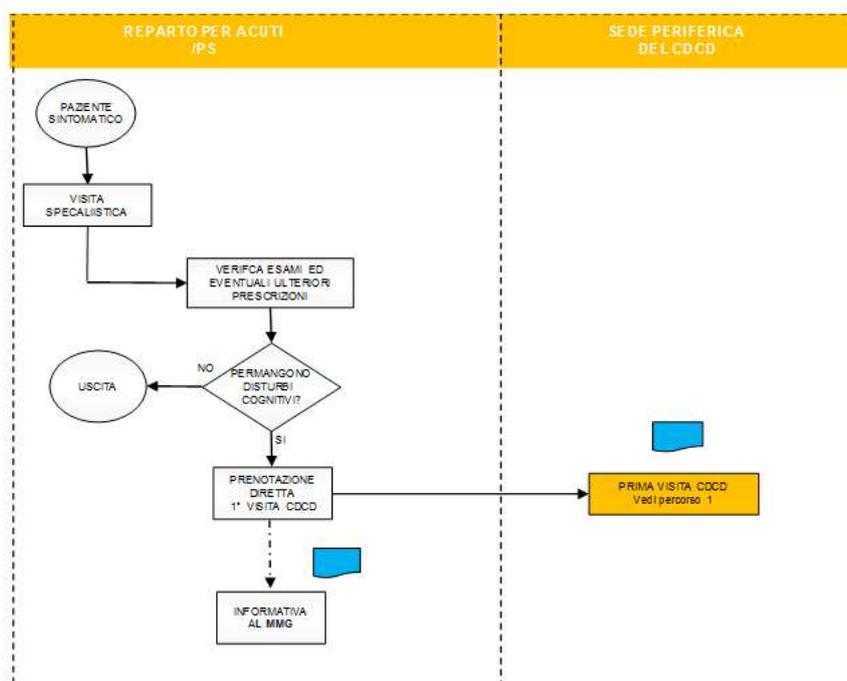


Figura 3.2. Flow-chart del percorso di gestione dei disturbi comportamentali.

Ultimo percorso rappresentato riguarda la gestione dei disturbi comportamentali riportato in Figura 3.3. Se durante una visita specialistica in un reparto di degenza o durante un accesso al PS il medico rileva un sospetto declino cognitivo deve verificare la presenza degli esami ematochimici ed eventualmente prescrivere gli ulteriori accertamenti necessari. In caso di assenza di disturbi cognitivi il paziente uscirà dal PDTA dedicato, altrimenti in caso di conferma del disturbo cognitivo viene fatta la prescrizione di una visita al CDCD con prenotazione diretta della visita stessa su agenda dedicata, viene data informativa al MMG e il paziente rientra nel percorso descritto in Figura 3.1 a partire dalla

prima visita presso il CDCD. Non è possibile l'accesso diretto al CDCD dal PS senza una visita specialistica e una valutazione degli esami.



*Figura 3.3. Flow-chart per invio del paziente al CDCD da parte del medico specialista ospedaliero (da degenza o da Pronto soccorso).*

Per far sì che il percorso del paziente diventi operativo sono necessari altri strumenti oltre al flow chart. Occorre infatti entrare nel dettaglio delle attività previste dando risposta a ciascuna delle seguenti domande:

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

Per rispondere a queste domande esistono strumenti specifici tipici della progettazione organizzativa, ossia:

1. Le procedure
2. Il funzionigramma e la Job Description
3. Il sistema di definizione delle competenze

In particolare, in questo rapporto, verranno riportate le procedure delle principali attività inserite nella flow-chart riportata in Figura 3.1, riprendendo e aggiornando quanto esposto nel Rapporto 2018 e quanto riportato nella job description e nelle competenze del Coordinatore del CDCD riportata nel Capitolo 4 del presente Rapporto.

### 3.2. Le procedure definite per ciascuna delle principali attività individuate

Nel Rapporto 2018 erano già state individuate le procedure relative alle attività indicate nel flow chart riportata in Figura 3.1. Poiché nel frattempo, negli incontri della Rete Regionale Demenze si sono aggiornati e meglio specificati alcuni aspetti, le procedure sono state riprese, discusse e modificate quando necessario.

Di seguito se ne riporta la versione definitiva, concordata, per quanto riguarda il punto relativo alla DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ (punto 8). Per tutti gli altri punti si rimanda al Rapporto 2018.

#### **BOX 3.2. PARTI COMPONENTI DELLE PROCEDURE**

Le procedure 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 la strumentazione necessaria.

Le procedure sono esplicitate in documenti composti di varie parti:

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 validate sono le seguenti:

- Visita MMG
- Prima visita Medico specialista CDCD
- Visita NPS
- Procedure amministrative CDCD
- Valutazione équipe multidisciplinare
- Seconda visita Medico specialista CDCD
- Monitoraggio paziente dopo la seconda visita

**PROCEDURA: VISITA MMG**

**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.**

**Il MMG nel corso della 1° visita**

- a) Effettua una valutazione generale del Paziente
- b) 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, profilo lipidico (colesterolo totale, HDL e trigliceridi), esame urine) ed ECG

**Il MMG nel corso della 2° visita**

- a) Valuta i risultati degli esami prescritti
- b) Invia il PZ al CDCD e prenota direttamente la visita chiamando il CUP e compila ricetta dematerializzata per visita geriatrica, neurologica o psichiatrica con quesito diagnostico CDCD
- c) 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)
- d) Consegna al PZ scheda informativa e prenotazione e fornisce indicazione di recarsi alla visita al CDCD accompagnato da un familiare/caregiver
- e) In caso di PZ privi di rete sociale, se ritiene necessario, attiva l'assistente sociale dei Servizi del Comune

**PROCEDURA PRIMA VISITA MEDICO SPECIALISTA CDCD**

**La procedura 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 paziente al CDCD.**

**Il Medico specialista del CDCD nel corso della 1° visita**

- a) Apre la cartella clinica sul Sistema Informativo Aziendale e registra tutti i dati
- b) Effettua l'anamnesi familiare, personale generale, cognitiva, neurologica, psichiatrica e farmacologica in presenza di un caregiver
- c) Registra e/o trascrive i risultati degli esami inviati dal MMG
- d) Effettua l'esame obiettivo generale e neurologico
- e) Somministra i test per le funzioni cognitive e per il tono dell'umore (MMSE, MOCA, CDT, GDS)
- f) Effettua il MOCA
- g) Effettua il Clock test
- h) Effettua test NPI
- i) Compila scheda AGED plus
- j) Compila scheda CIRS se non già disponibile all'interno dell'AGED plus
- k) Effettua richiesta di valutazione neuropsicologica se MMSE  $\geq$  20 o secondo diversa valutazione del medico, concordando con lo psicologo la finalità e fattibilità di una valutazione neuropsicologica di tipo analitico
- l) Effettua se occorre la prescrizione di ulteriori accertamenti diagnostici (esami strumentali o visite specialistiche)
- m) Rileva i bisogni sociali e se occorre, in accordo con la famiglia, tramite l'assistente sociale/sanitario del CDCD, effettua segnalazione all'assistente sociale dei servizi sociali competente per territorio.
- n) Prescrive la richiesta per la visita successiva

**L'infermiere nel corso della 1° visita**

- a) Effettua la misurazione dei parametri
- b) Effettua la misurazione dei dati antropometrici
- c) Effettua il test ADL se non ancora effettuato
- d) Effettua test IADL se non ancora effettuato
- e) Effettua una prima educazione terapeutica al caregiver
- f) 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**

## PROCEDURA VISITA NPS

**Visita con il NEUROPSICOLOGO nel corso del primo incontro con il Paziente finalizzata alla diagnosi differenziale e alla messa a punto di eventuali interventi non farmacologici**

Il neuropsicologo del CDCD nel corso del primo incontro col paziente:

- a) effettua un'analisi della domanda, anche attraverso l'accesso alle informativi cliniche del paziente, presenti nel Sistema Informativo Aziendale
- b) raccoglie i dati anamnestici del paziente
- c) effettua un colloquio psicologico clinico col paziente e i familiari
- d) esegue l'esame neuropsicologico formale, con l'obiettivo di codificare la prestazione del paziente, tramite l'utilizzo di valori numerici standardizzati per la popolazione italiana.
- e) esegue una restituzione dei risultati della valutazione, tramite colloquio con il paziente e i suoi familiari, purchè il malato sia d'accordo, ponendo particolare attenzione alle sue difficoltà di comprensione ed elaborazione, nonchè del suo livello di istruzione, capacità di ragionamento e background culturale.
- f) fornisce una relazione scritta delle risultanze della valutazione ed aggiorna la cartella clinica, per la parte di sua competenza.
- g) valuta l'opportunità di intraprendere un percorso di counseling con il Pz. e/o i familiari, definendone modalità operative e tempi di attuazione (intervento individuale o di gruppo, numero di incontri, cadenza periodica...)
- h) valuta l'utilità di un intervento di stimolazione cognitiva
- i) si confronta col medico inviante e l'equipe interdisciplinare del CDCD, al fine di condividere e cercare di rispondere ai bisogni terapeutici, sanitari, sociali e assistenziali intercettati.

### **NEUROPSICOLOGO nel corso degli incontri di Counseling con il Paziente**

- 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

## PROCEDURA AMMINISTRATIVE DEL CDCD

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

### ATTIVITÀ GENERALI

- Accoglienza/informazione al paziente, al suo caregiver, al MMG, ai servizi sociali e ad altri portatori di interessi, attraverso contatto diretto, telefonico, via mail.
- Front office telefonico per le urgenze → segnalazione al personale sanitario.
- Segreteria e convocazione incontri con MMG.
- Interfaccia con Settore Formazione Aziendale per la gestione degli aspetti organizzativi relativi alle iniziative formative del personale.
- Calendarizzazione e segreteria riunioni organizzative/informative del personale.
- Gestione reportistica dell'attività del CDCD.
- Verifica degli adempimenti "Privacy".

### ATTIVITÀ PRIMA VISITA

- Ricevimento richieste per prima visita dal CUP, dal paziente o caregiver, dal MMG, dai servizi sociali.
- Eventuale prenotazione prima visita tramite agenda interna informatizzata.
- Report programmazione visite.

### ATTIVITÀ SUCCESSIVE LA PRIMA VISITA

- Prenotazione accertamenti/visite tramite CUP o 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 seconda visita tramite CUP e/o agenda interna informatizzata.
- Su indicazione del Coordinatore del CDCD, convoca la riunione d'équipe precedente la seconda visita.

### ATTIVITÀ SUCCESSIVE LA SECONDA VISITA

- Prenotazione eventuali ulteriori accertamenti necessari tramite CUP o 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.

### ATTIVITÀ di FOLLOW UP

- Su indicazione del Coordinatore del CDCD, 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

### PROCEDURA VALUTAZIONE EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

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

#### **RIUNIONE DI EQUIPE (le riunioni possono anche essere realizzate a distanza)**

- a) Periodicamente, secondo la scadenza definita (quindicinale o mensile) il coordinatore del CDCD convoca presso la sede centrale del CDCD la riunione obbligatoria dell'Equipe multiprofessionale composta dai
  - Medici specialisti del CDCD
  - Neuro Psicologo del CDCD
  - Infermieri case manager del CDCD
  - Assistente sanitari del CDCD
  - Personale Amministrativo
- 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
- 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.
- 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.
- e) Nel caso si evidenzia la necessità di consultazione di professionisti esterni (medico legale, avvocato, ecc.) il Coordinatore del CDCD da incarico al case manager/ assistente sanitario di prendere/mantenere rapporti necessari
- f) Il case manager/ Assistente Sanitario aggiorna la cartella clinica del Pz per le parti di sua competenza
- 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,

## PROCEDURA – SECONDA VISITA MEDICO SPECIALISTA CDCD

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

### **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:

- 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)

### **INFERMIERE\CASE MANAGER**

L'infermiere dopo aver individuato i bisogni socio-assistenziali del pz:

- 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

### **ASSISTENTE SANITARIO**

L'assistente Sanitario, nel caso in cui durante la prima visita il medico o l'infermiere- case manager, rilevi bisogni sociali:

- 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

## PROCEDURA – MONITORAGGIO

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) Il case manager

- 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.)

### 2) Il personale amministrativo risponde al telefono e risolve i problemi di propria competenza; altrimenti come nel caso 1) b

### 3) Il medico del CDCD, contattato direttamente o tramite i casi 1) e/o 2), fornisce:

- a) Alla famiglia
  - 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
  - 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.)

Si noti che le procedure si riferiscono alla situazione ideale o progettata, ossia al *to be*. Sono di particolare rilevanza specialmente per quelle figure o quelle attività che per ora non esistono, quale per esempio quella della figura amministrativa o delle riunioni di équipe. Possono essere particolarmente utili per le aziende per indirizzare assunzione di personale o modalità organizzative che per ora non esistono.

## Capitolo 4

### *La job description e le competenze per la funzione di Coordinatore del CDCD*

#### 4.1. Funzionigramma

La progettazione organizzativa del CDCD si è focalizzata prioritariamente sulla definizione delle funzioni che devono essere assicurate per l'erogazione del servizio e sul loro sistema di integrazione (Figura 4.1) non essendo possibile definire, in questa fase, un organigramma, ossia la struttura gerarchica di una organizzazione e le correlate responsabilità individuali.

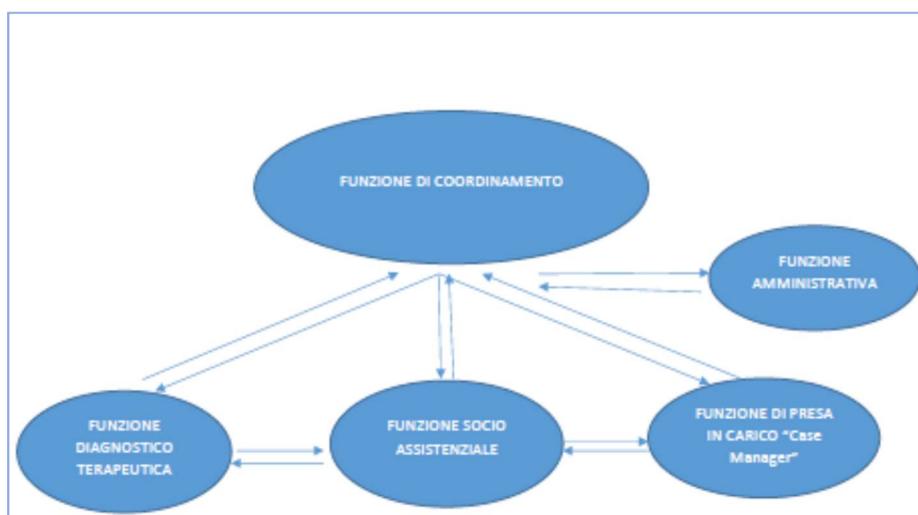
Allo stato attuale, infatti, l'unica dipendenza gerarchica formalizzata è quella del Coordinatore del CDCD dal Direttore Sanitario o Sociosanitario a seconda delle singole realtà aziendali.

All'interno del CDCD il Coordinatore svolge funzioni di coordinamento di personale con diversi ruoli che dipende gerarchicamente da altre Unità Organizzative all'interno dell'Azienda.

Nei confronti di queste figura il Coordinatore svolge pertanto un ruolo di integrazione tra più funzioni, tutte importanti ai fini dell'erogazione del servizio

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 4.1. Funzionigramma del CDCD*

In Figura 4.1 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.

Queste funzioni sono nella maggioranza dei casi esercitate 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.

Le due funzioni più caratteristiche del CDCD per la gestione del servizio sono la funzione di coordinamento e la funzione di presa in carico (case manager), già analizzate in termini teorici nel Rapporto 2018.

A ogni funzione corrispondono diverse attività e responsabilità. Per descrivere le attività che competono alle diverse funzioni viene utilizzata la scheda di Job Description che evidenzia i seguenti fattori:

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

Il lavoro di compilazione della Scheda di Job Description è stato realizzato da tre coordinatori, partecipanti al percorso formativo, nominati nel corso dell'ultimo anno. Questi nuovi Coordinatori presentano caratteristiche diverse tra loro sia dal punto di vista tecnico professionale, sia dal punto di vista dell'esperienza lavorativa e anche dal punto di vista geografico:

- Professionale: due specialisti in geriatria e uno specialista neurologo.
- Geografiche: un bacino utenza metropolitano, due bacini utenza periferici, uno a ponente e uno a levante.
- Esperienza lavorativa: uno con esperienza pluriennale in qualità di responsabile dell'UVA (Unità di Valutazione Alzheimer), dipendente da ASL, uno che da tempo svolge funzioni di coordinatore di CDCD, dipendente da ASL e uno di recentissima nomina inquadrato in struttura ospedaliera.

Con riferimento alla funzione di coordinamento, la scheda di Job Description concordata nell'ambito del gruppo di lavoro sulla base dei principi teorici e dell'esperienza dei partecipanti, può diventare, pertanto, una **proposta che il gruppo offre alla Regione come punto di riferimento per rendere omogenea le gestione di tale fondamentale ruolo trasversalmente alle diverse aziende a livello regionale.**

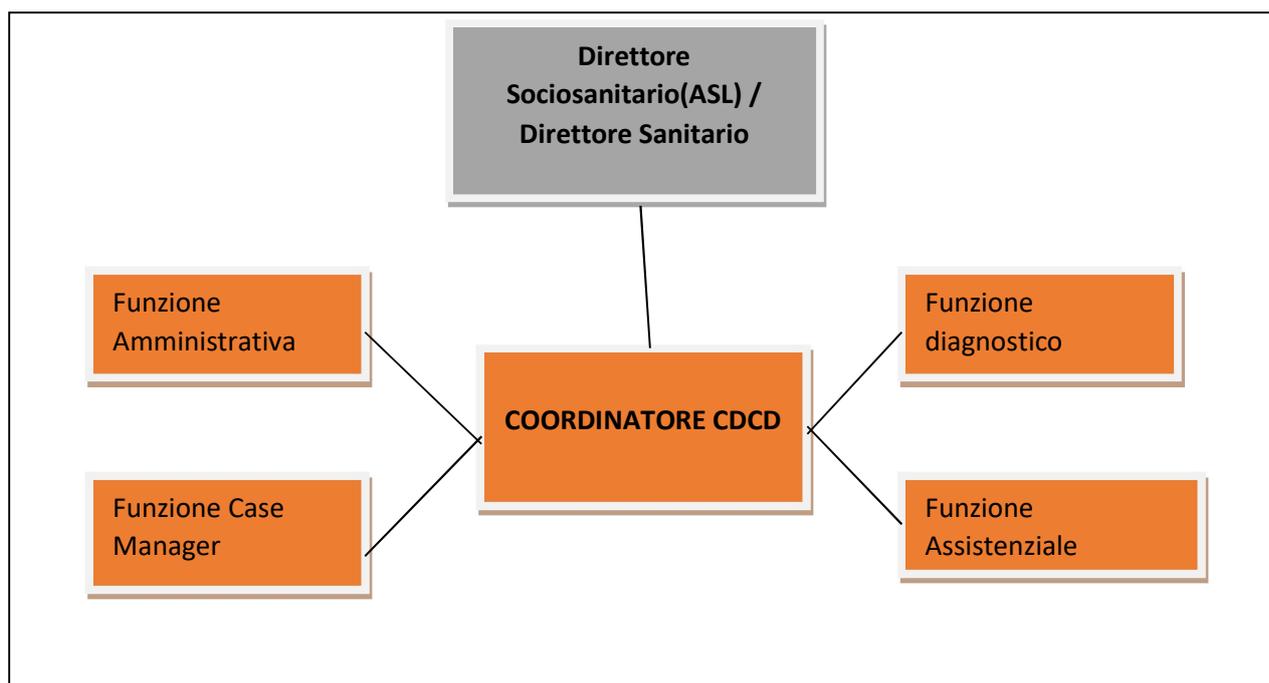
Si riporta qui di seguito la scheda elaborata dal gruppo di lavoro

## 4.2. Job description e competenze della funzione di coordinamento

### Denominazione del ruolo

FUNZIONE DI COORDINAMENTO del CDCD (Incarico triennale, rinnovabile una sola volta)

### Collocazione organizzativa



### Numero e tipologia di risorse gestite

- MEDICI SPECIALISTI (Geriatra, Neurologo, Psichiatra)
- PSICOLOGI (Psicologo clinico e/o Neuropsicologo)
- ASSISTENTI SANITARI e/o ASSISTENTI SOCIALI
- INFERMIERI
- PERSONALE AMMINISTRATIVO

## Contenuti specifici del ruolo

### Nei confronti degli enti esterni:

- Mantiene i Rapporti con la Regione, Alisa e le altre Aziende Sanitarie 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 del declino cognitivo, 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:

- Coordina 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
- Promuove e organizza la formazione continua e l'aggiornamento delle competenze degli operatori del CDCD

## Principali responsabilità

- Favorisce la realizzazione di un 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 specialisti, 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 e/o Sociosanitaria e in rete con gli altri coordinatori, 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 Struttura sanitaria di appartenenza e del territorio di competenza
- Conoscenza dei sistemi informativi aziendali per quanto di interesse del CDCD
- Conoscenza dei sistemi e dei criteri di rendicontazione definiti dalla Regione

**Manageriali:**

<b>Pianificazione, controllo e rispetto dei tempi</b>	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
<b>Comunicazione e relazioni interpersonali</b>	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 5
<b>Gestione dei collaboratori</b>	Essere capaci di coordinare ed integrare energie e caratteristiche dei collaboratori valorizzandone le potenzialità	LIV 5

**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

#### **BOX 4. Le competenze in ambito organizzativo**

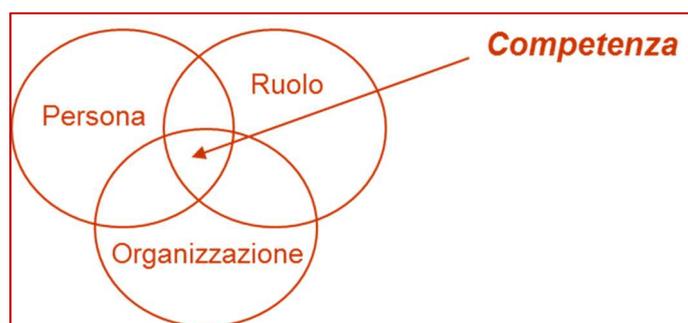
Molte sono le definizioni in questi anni utilizzate per descrivere il concetto di competenza in ambito organizzativo: "...la qualità professionale di un individuo in termini di conoscenze, capacità e abilità, doti professionali e personali..." (Quaglino<sup>8</sup>), oppure "...l'attributo della personalità, inteso come nucleo centrale stabile del soggetto, composto da conoscenze, capacità ed esperienze finalizzate..." (Levati<sup>9</sup>) e anche "... costruzione e risultato di una combinazione pertinente tra molteplici risorse ..." (Le Boterf)<sup>10</sup>.

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 4.2) 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



*Figura 4.2. Il concetto di competenza*

<sup>8</sup> Quaglino GP., Appunti sul comportamento organizzativo, Tirrenia Stampatori, 1990.

<sup>9</sup> Levati W., Saraò M, Il modello delle competenze, FrancoAngeli, 2004.

<sup>10</sup> Boterf G., Construire les competences individuelles et collectives, Editions d'Organisation

## Capitolo 5

### La mappatura degli Stakeholder e la costruzione della rete territoriale

#### 5.1. La mappa degli stakeholder

Il Progetto CDCD interviene in un contesto complesso e denso di attori (si parla di contesti multi stakeholder 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, 2005<sup>11</sup>).

*"The key to success in public and non-profit organizations is the satisfaction of key stakeholders"* (Rainey, 1997)<sup>12</sup>; (Light, 1998)<sup>13</sup>.

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.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.recentiprogressi.it/r.php?v=2812&a=28441&l=332587&f=allegati/02812\\_2017\\_11/fulltext/Rassegna%20-%20Graffigna%20web.pdf](http://www.recentiprogressi.it/r.php?v=2812&a=28441&l=332587&f=allegati/02812_2017_11/fulltext/Rassegna%20-%20Graffigna%20web.pdf)

Uno degli output rilevanti presentati nel rapporto dell'anno scorso è stata la cosiddetta mappa degli stakeholder per identificare i soggetti portatori d'interesse rispetto al Progetto in modo da prevedere le forme più opportune di coinvolgimento e comunicazione. Tali stakeholder sono identificati e classificati in quattro categorie:

Per facilitare la formulazione della strategia più appropriata, 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).

<sup>11</sup> AccountAbility, AA1000SES Stakeholder Engagement Standard, 2015

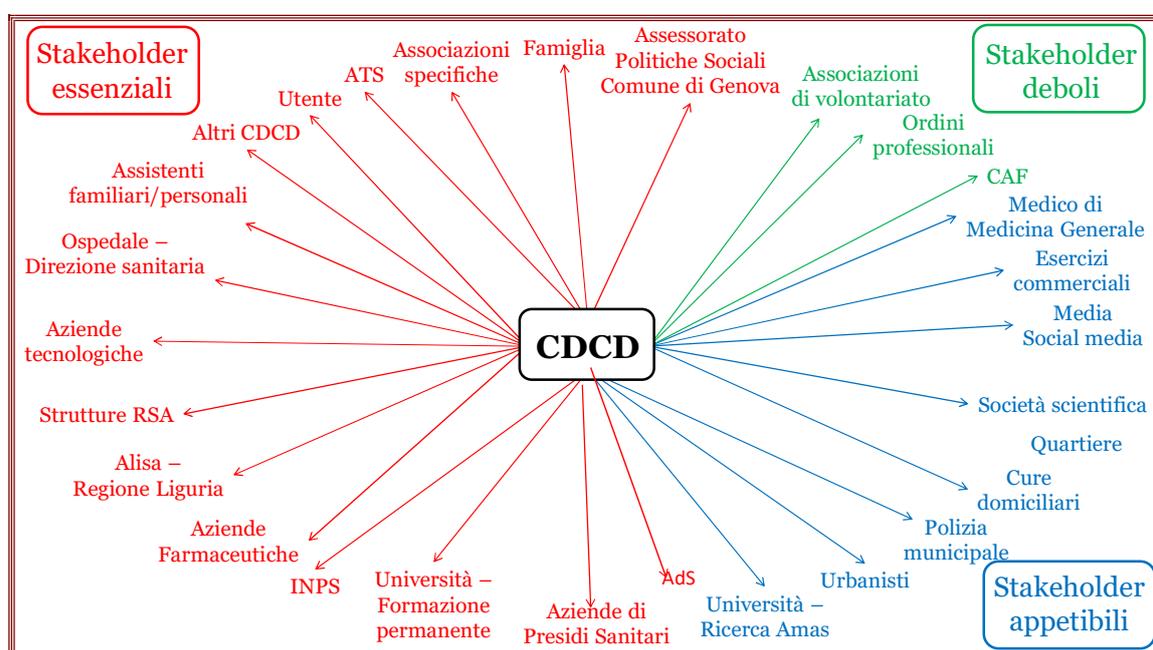
<sup>12</sup> Rainey H., Understanding and managing public organization, JosseyBass, San Francisco, CA, 1997

<sup>13</sup> Light, P.C., Sustaining Innovation: Creating Nonprofit and Government Organizations that Innovate Naturally. San Francisco: Jossey-Bass, 1998.

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.

La mappa degli stakeholder è stata rivista e completata, come evidenziato nella Figura 5.1. 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 5.1. Mappa degli stakeholder*

## 5.2. Stakeholder engagement: il caso del Comune di Genova

L'attività specifica di quest'anno è consistita nel fare esperienza di stakeholder engagement, scegliendo un interlocutore "essenziale" particolarmente importante dal punto di vista della numerosità delle persone coinvolte, il Comune di Genova.

Sono stati invitati e intervistati tre rappresentanti dei Servizi Sociali. In sede di confronto è stata condivisa l'esigenza di maggiore conoscenza ed integrazione dei corrispettivi servizi in quanto gli utenti spesso sono conosciuti e seguiti sia dal punto di vista sanitario sia sociale. A tal fine si è ritenuto opportuno effettuare una mappatura dei rispettivi servizi su tutto l'ambito regionale per agevolare le comunicazioni.

Abbiamo, inoltre, elaborato uno strumento di integrazione che viene di seguito riportato.

Il Comune, in qualità di ente responsabile sia della presa in carico diretta per le necessità di supporto e tutela degli utenti in condizioni di disagio, sia della programmazione di

attività di informazione e sostegno rivolte a specifiche fasce di cittadini, rappresenta uno stakeholder fondamentale nella gestione dei soggetti affetti da disturbi cognitivi/demenza. Tali patologie determinano nel paziente una condizione continuativa di dipendenza da parte di terzi che si estende dalle attività strumentali di vita quotidiana per le fasi precoci di malattia fino alle attività di base negli stadi più avanzati.

L'assenza di supporto sociale in questa tipologia di utenti amplifica il disagio correlato alla patologia, portando spesso ad un precoce deterioramento delle condizioni di salute generale e quindi, ad un utilizzo inappropriato dei servizi sanitari con conseguente consumo di risorse (accesso improprio al PS, gestione farmaci, cadute, ...).

Si può infatti affermare che il soggetto affetto da disturbo cognitivo/demenza rappresenti l'archetipo del paziente geriatrico che per complessità dei bisogni necessita di un efficace supporto in tutti ambiti in grado di incidere sulla condizione di salute.

La presa in carico di tali utenti non può prescindere da una stretta integrazione tra Comune e CDCD che deve essere pianificata a due livelli:

- 1) Livello Istituzionale**
- 2) Livello Operativo**

### **Livello istituzionale**

L'obiettivo del livello istituzionale è quello di garantire la reale presa in carico della persona affetta da disturbo cognitivo e concomitanti bisogni sociali complessi.

Questo livello di integrazione deve consentire la messa in rete del CDCD nell'ambito dei servizi territoriali del Distretto Sociosanitario, strutturando percorsi condivisi per la risposta alle necessità del singolo e della famiglia.

Gli strumenti che si propongono per l'implementazione dei percorsi di cui sopra sono rappresentati da:

1. Conoscenza dei servizi erogati dalle due Istituzioni. Gli attori coinvolti in questa fase sono il Direttore Sociale del Distretto, il Direttore Sanitario di Distretto ed il Coordinatore del CDCD. L'iniziativa per l'avvio della collaborazione è in carico al Coordinatore del CDCD
2. Condivisione dei nominativi/recapiti degli operatori del Comune e del CDCD
3. Definizione di percorsi condivisi per tipologia di utenti ai fini della presa in carico per bisogni socio-sanitari complessi.
4. Individuazione delle figure di riferimento e dei recapiti per le comunicazioni tra Comune e CDCD
5. Programmazione di incontri tra Direttore Sociale del Distretto, il Direttore Sanitario di Distretto (Unità Distrettuale) ed operatori del CDCD per la valutazione congiunta di casi particolarmente complessi.
6. Calendarizzazione di incontri ai fini della valutazione dello stato di avanzamento dei percorsi di integrazione tra Comune e CDCD.

### **Livello Operativo**

Si descrivono due proposte operative in base alla struttura, Comune o CDCD dove sia rilevata per prima la necessità di segnalazione dell'utente.

Nel caso in cui presso il CDCD si presentino pazienti con le seguenti caratteristiche:

- Assenza di familiari di riferimento
- Assenza di protezione giuridica
- Familiari in difficoltà nel fornire adeguato supporto
- Riferite difficoltà economiche

l'operatore del CDCD, segnala il caso alla figura di riferimento dell'ATS secondo quanto programmato nella fase di integrazione istituzionale ed utilizzando apposito modulo (punto 4).

Nel caso in cui gli operatori dei servizi comunali ravvisino la necessità di segnalare un utente al CDCD, l'assistente sociale contatta il Medico di Medicina Generale che, in base a quanto previsto dal PDTA, invia richiesta al CDCD. Contemporaneamente l'Assistente Sociale segnala l'utente alla figura di riferimento del CDCD.

Situazioni particolarmente complesse possono essere discusse negli incontri periodici con l'Unità Distrettuale, come previsto nel punto 5 della fase di integrazione istituzionale. Si prevede di condividere un unico modulo di segnalazione tra Comune e CDCD che possa essere utilizzato anche nelle successive eventuali comunicazioni riguardanti lo stesso utente (Figura 5.2).




---

## MODULO DI SEGNALAZIONE

A: ATS.....  
CDCD.....

DA: CDCD.....  
ATS.....

Data:
NOME COMPILATORE:

### DATI PAZIENTE

**COGNOME** ..... **NOME**.....

DATA di NASCITA ..... LUOGO di NASCITA.....

INDIRIZZO..... TELEFONO.....

NOME FAMILIARE / CONOSCENTE / CARE-GIVER.....

TELEFONO.....

MMG..... TELEFONO.....

Vive: SOLO  FAMIGLIA  BADANTE  SENZA FISSA DIMORA

FIGURA DI SOSTEGNO.....

SERVIZI di cui usufruisce (specificare): ASSISTENZIALI  SANITARI

.....  
**MOTIVO della SEGNALAZIONE:**

---

## RISPOSTA

Data:
NOME COMPILATORE: <span style="float: right;">CDCD <input type="checkbox"/>    ATS <input type="checkbox"/></span>

**SINTESI della VALUTAZIONE:**

---

*Figura 5.2. Modulo di segnalazione proposto*

Per quanto riguarda la necessità di favorire la conoscenza reciproca tra gli operatori del Sistema Sanitario e gli operatori del Sistema Sociale,

Il gruppo di lavoro ha effettuato una mappatura di tutti i servizi oggi attivi nei due ambiti: sanitario (elenco e riferimenti dei CDCD) e sociale (elenco e riferimenti degli ATS), come primo passo per facilitare le possibilità di contatto e di integrazione.

## **ELENCO CDCD NELLA REGIONE LIGURIA**

### **CDCD ASL1**

#### **Sede principale**

**Dr. Alessandro Leonardi coordinatore**

#### **Neurologo**

**Dr. Alessandro Leonardi**

Ospedale di Imperia

Via S. Agata 57

Martedì e il giovedì ore 8.15-13.30

Giovedì ore 14-17.30

0183 537393 (infermiera Sig.ra Anna Lucca)

Sedi periferiche di Bordighera e Sanremo in via di definizione

### **CDCD ASL2**

#### **Sede principale di Savona**

**Dr. Giuseppe Russo coordinatore**

Distretto Sanitario

Via Collodi 13

[ambulatorio.demenze@asl2.liguria.it](mailto:ambulatorio.demenze@asl2.liguria.it)

#### **Geriatra**

**Dr Giuseppe Russo**

Mercoledì ore 14-18

Giovedì ore 9-13

#### **Sede periferica**

Ospedale Santa Corona

Via XXV aprile 38

[s.bonissoni@asl2.liguria.it](mailto:s.bonissoni@asl2.liguria.it)

[s.tonini@asl2.liguria.it](mailto:s.tonini@asl2.liguria.it)

#### **Neurologo**

**Dott.ssa Tiziana Tassinari**

Dal lunedì al giovedì ore 8-14.30

#### **Sede periferica**

Presidio Ospedaliero San Paolo

Via Genova 30

Dati non pervenuti

**CDCD ASL3 GENOVA CENTRO**
**Sede principale:**
**Coordinatore Prof. Alberto Pilotto**
**Ospedale Galliera**
**Geriatra**
**Referente Dott.ssa Camilla Prete**

Dal lunedì al venerdì ore 8-14

**Neurologo**
**Referente Dr. Massimo Del Sette**

dal lunedì al venerdì ore 8-13

**Sede periferica (DSS 11 )**
**Geriatra**
**Dott.ssa Loretta Castoldi**
Poliambulatorio di via Assarotti

Via Assarotti 35

[Loretta.castoldi@asl3.liguria.it](mailto:Loretta.castoldi@asl3.liguria.it)

Lunedì ore 9-13 e mercoledì ore 9-15.30

**Neurologo**
**Dott.ssa Cinzia Moretti**
Poliambulatorio via XXII Ottobre

Via XXII ottobre

[cinzia.moretti@asl3.liguria.it](mailto:cinzia.moretti@asl3.liguria.it)

Lunedì ore 8-12(?)

**CDCD ASL 3 - PONENTE**
**sede principale:**
**Coordinatore Dr. Claudio Ivaldi Referente CDCD ASL 3**
[Claudio.ivaldi@asl3.liguria.it](mailto:Claudio.ivaldi@asl3.liguria.it)
[Luca.mazzella@asl3.liguria.it](mailto:Luca.mazzella@asl3.liguria.it)
Ospedale Micone Sestri Ponente

Via Domenico Oliva 22

**Geriatra**
**Dr Claudio Ivaldi**

Lunedì ore 14-18

Giovedì ore 8-13

**Neurologo**
**Dr. Luca Mazzella**

Lunedì ore 14-18

Giovedì ore 9-13; 14-18

Venerdì ore 8-12

**Sede periferica DSS10**
Ospedale Celesia

Via Negrotto Cambiaso 62 C

**Geriatra**
**Dr. Claudio Ivaldi**

Mercoledì ore 8-14

**Neurologo**
**Dr. Luca Mazzella**

martedì ore 8-13

Mercoledì ore 9-17

Ospedale Gallino

Via Ospedale Gallino

**Neurologo**
**Dr. Davide Massucco**

Martedì ore 8-13

[Davide.massucco@asl3.liguria.it](mailto:Davide.massucco@asl3.liguria.it)

**Sede periferica DSS8**

**Neurologo**

**Dr. Davide Massucco**

Ospedale Evangelico Voltri

Venerdì ore 8-14

**Neurologo**

**Dott.ssa Elisabetta Folis**

Villa de Mari

Mercoledì ore 13.30-17.30

[Elisabetta.folis@asl3.liguria.it](mailto:Elisabetta.folis@asl3.liguria.it)

**CDCD ASL 3 - LEVANTE**

**Prof. Flavio Nobili coordinatore CDCD levante e coordinatore regionale CDCD**

**CDCD ospedale San Martino**

**Neurologi**

**Referente Prof. Flavio Nobili**

Clinica neurologica

Dal lunedì al venerdì ore 8-12.30

Dal lunedì al giovedì ore 14.30 17.30

**Referente Prof. Carlo Serrati**

Padiglione specialità secondo piano

Le prime visite non si prenotano tramite CUP ma in sede

**Geriatra**

**Referente Prof.ssa Fiammetta Monacelli**

Padiglione 5

Mercoledì e venerdì ore 8-12 e ore 14-16 prenotazioni CUP

Lunedì martedì e giovedì ore 8-12 e ore 14-16 prenotazione in sede

**Psichiatra**

**Referente Prof. Mario Amore**

Clinica psichiatrica

Non fanno più prime visite ma solo consulenze per il CDCD dell'Ospedale San Martino

**Sede periferica (DSS 12 )**

Poliambulatori di Struppa

Istituto Doria

**Geriatra**

**Dott.ssa Loretta Castoldi**

Martedì ore 9-13

**Neurologo**

**Dott.ssa Rita Spiritelli**

Giovedì ore 14-18

[Rita.spiritelli@asl3.liguria.it](mailto:Rita.spiritelli@asl3.liguria.it)

**Neurologo**

**Dr. Alessandro Buccolieri**

Lunedì ore 8-12

[Alessandro.buccolieri@asl3.liguria.it](mailto:Alessandro.buccolieri@asl3.liguria.it)

**Sede periferica (DSS13)****Geriatra****Dott.ssa Alessandra Bongiovanni**Poliambulatorio di Recco

Via R. Bianchi 1

Martedì ore 10 -15

Poliambulatorio di Nervi

Via Missolungi 14

Giovedì ore 9-15

[Alessandra.bongiovanni@asl3.liguria.it](mailto:Alessandra.bongiovanni@asl3.liguria.it)**Neurologo****Dr. Alessandro Buccolieri**Poliambulatori di Recco

Via Bianchi 1

Venerdì ore 9-12

Poliambulatori di Nervi

Via Missolungi 14

Giovedì ore 8-12

**CDCD ASL 4****Geriatrici****Dott.ssa Babette Dijk**

Coordinatore CDCD

Martedì ore 13-16.30

Mercoledì ore 10.30-15

Giovedì ore 9-14

Venerdì ore 14-16

**Dott. Francesco Cappelletto**

Giovedì ore 14-16 (visite di controllo)

**Neurologo****Dott.ssa Germana Perego**

Mercoledì ore 9-13

**Psichiatra****Dott.ssa Olga Sofia Schiaffino**

martedì ore 9-14

**CDCD ASL 5****Ambulatorio dei disturbi cognitivi****Geriatra e psicologo**

Distretto sociosanitario

Via paci 1 Sarzana

Dal lunedì al venerdì ore 9-12

## **ELENCO AMBITI TERRITORIALI, COMPOSIZIONE, REFERENTI COORDINATORI RECAPITI TELEFONICI ED INDIRIZZI MAIL**

### **Distretto Sociosanitario n°1 Ventimigliese**

ATS 1 Ventimiglia (Comune Capofila) + Airole, Olivetta San Michele –  
attualmente sprovvisto di Coordinatore –

Dirigente Servizi Sociali Dr. Massimo Mangiarotti

Tel. 0184/6183239

m.mangiarotti@comune.ventimiglis.it

Referente Area Anziani : Dr.ssa A.Livorno

Tel 0184/6183217

a.livorno@comune.ventimiglia.it

ATS 2 Camporosso (Comune Capofila) + Apricale, Castel Vittorio, Dolceacqua, Isolabona, Pigna,  
Rocchetta Nervina

Coordinatore Dr.ssa Debora D'Amico

Tel.0184/287526

servizisociali@comunedicamporosso.it

ATS 3 Vallecrosia (Comune Capofila) + Perinaldo,S.Biagio della Cima, Soldano – Coordinatore  
Dr.ssa Elena Simondo

0184/252253

e.simondo@comune.vallecrosia.im.it

ATS 4 Bordighera (Comune Capofila) + Seborga, Vallebona –

Coordinatore Dr.ssa Francesca Ansaldo

0184/272466 -

Referente AREA INTEGRATA ANZIANI

f.ansaldo@bordighera.it

### **Distretto Sociosanitario n°2 Sanremese**

ATS 5 Sanremo Ovest (Ospedaletti)

ATS 6 Sanremo Centro (Centro)

ATS 7 Sanremo Est (Baiardo , Ceriana)

Per i tre ATS (Comune Capofila Sanremo) + Ospedaletti, Baiardo, Ceriana :

Assistente Sociale Dr.ssa De Marchi

0184/529013

r.demarchi@comunedisanremo.it

ATS 8 Taggia (Comune Capofila) + Badalucco,Carpasio, Castellaro, Molini di Triora, Montalto  
Ligure, Triora - Coordinatore Dr.ssa Ilaria Natta

01840184476222

i.natta@comune.taggia.imperia.it

ATS 9 Riva Ligure (Comune Capofila) + S.Stefano al mare , Pompeiana, Terzorio - Coordinatore  
Dr.ssa Antonella Fagnani

0184/484118/9

servizisociali@comunedirivaligure.it

### **Distretto Sociosanitario n°3 Imperiese**

ATS 10 San Lorenzo al Mare (Comune Capofila) + Cipressa, Civezza, Costarainera, Dolcedo, Pietrabruna, Prelà, Vasia - Coordinatore Dr.ssa Simona Donati

Tel 0183/92336

ser.soc@comune.sanlorenzoalmare.im.it

ATS 11 e ATS 11 bis Imperia (Comune Capofila che comprende Imperia Ponente e Imperia Levante) - Coordinatore Dr.ssa Petricaccio

tel 0183/701318

petricaccio@comune.imperia.it

ATS 12 Diano Marina (Comune Capofila) + Cervo, Diano Arentino, Diano Castello, Diano S.Pietro, S. Bartolomeo al mare, Villa Faraldi – Coordinatore Dr.ssa Cristina Cellone

Tel 0183/490274

servizisociali@comune.dianomarina.im.it

ATS 13 Pontedassio (Comune Capofila) + Aurigo, Borgomaro, Caravonica, Cesio, Chiusanico, Chiusavecchia, Lucinasco – Coordinatore Dr.ssa Francesca Bellando

Tel. 0183/279026

pontedassio@uno.it

ATS 14 Comunità Montana Valle Arroscia + Aquila D'Arroscia, Armo, Borghetto d'Arroscia, Cosio d'Arroscia, Mendatica, Montegrosso Pian Latte, Pieve di Teco, Pornassio, Ranzo, Rezzo, Vessalico – attualmente sprovvisto di Coordinatore – Responsabile Servizi Sociali Dr.ssa Laura Anna Gullo –

Tel. 0183/36278

#### **Distretto Sociosanitario n°4 Albenganese**

ATS 15 Andora - Coordinatore Dr.ssa Lucia Gagliolo -

Tel.0182/6811275

lucia.gagliolo@comunediandora.it

claudia.paparella@comunediandora.it –

tel.0182/6811285

ATS 16 Alassio – Dr.ssa Ivana Sirtori

Tel 0182/602450

ivana.sirtori@comune.alassio.sv.it

ATS 17 Albenga – Dr. Andrea Capitano –

tel. 0182/5685232

andrea.capitano@comune.albenga.sv.it

ATS 18 Comunità Montana Ingauna Laignueglia (Comune Capofila)+Arnasco, Casanova Lerrone, Castelbianco, Castelvecchio di Rocca Barbena, Cisano sul Neva, Erli, Garlenda, Nasino, Onzo, Ortovero, Stellanello, Testico, Vendone, Villanova d' Albenga, Zuccarello.

Dr.ssa Simonetta Missaglia

Tel. 0182/6911229

ragioneria19@comune.laignueglia.sv.it

ATS 19 Ceriale

Dr.ssa Simona Tacchino

Tel.0182/919318

ambito19@comune.ceriale.sv.it

**Distretto Sociosanitario n°5 Finalese**

ATS 20 Loano (Comune Capofila) + Balestrino, Boissano, Borghetto S: Spirito, Toirano –  
Coordinatore Dr.ssa Chiara Pizzimach – Tel. 019/668306

mail?

ATS 21 Pietra Ligure (Comune Capofila) + Borgio Verezzi, Giustenice, Magliolo, Tovo S. Giacomo –  
Coordinatore Dr.ssa Paola Attolini

Tel/01962931700

segreteria.ambito@comunepietraligure.it

ATS 22 Finale Ligure (Comune Capofila) + Calice Ligure, Noli, Orco Feglino, Rialto, Vezzi, Portio –  
Coordinatore Dr.ssa Marina De Cet

Tel. 019/6890315

ambitosociale@comunefinaleligure.it

**Distretto Sociosanitario n°6 Bormide**

ATS 23 Millesimo (Comune Capofila) + Bardineto, Calizzano, Cengio, Cosseria, Massimino,  
Murialdo, Osiglia, Roccavignale - Coordinatore Dr.ssa Lara De Vivo

Tel.019/565841

ambitosociale@comune.millesimo.sv.it

ATS 24 Carcare (Comune Capofila)+ Altare, Plodio, Bormida, Mallare, Pallare – Coordinatore Dr.ssa  
Valeria Cambini –

Tel.019/5154139 –

valeria.cambini@comune.carcare.sv.it

ATS 25 Cairo Montenotte (Comune Capofila)+ Dego, Piana, Giusvalla – Responsabile di Area Dr.  
Giampaolo Vettorato (Direttore Sociale Distretto n°6)

Tel.019/5090656

servizisociali@comunecairo.it

**Distretto Sociosanitario n° 7 Savonese**

ATS 26 Vado Ligure (Comune Capofila) +Bergeggi, Quiliano, Spotorno –

Coordinatore ATS Dr.ssa Silvia Rebattoni (Assistente Sociale)– Tel 019/883949

servizisociali@comune.vado-ligure.sv.it

ATS 27 Savona Centro Porto, 27 bis comprende Comuni/zone di Savona Villapiana Lavagnola e 27  
ter comprende Comuni/zone Savona Oltretimbro – Coordinatore Dr.ssa Ornella Rigotti (Assistente  
Sociale) – Tel.019/83105519

ornella.rigotti@comune.savona.it

ATS 28 Albisola Superiore (Comune Capofila) + Albisola Marina, – Coordinatore Dr.ssa Cristina  
Palli - Tel.019/482295(5)

servizisociali@comune.albisola-superiore.sv.it

ATS 29 Varazze (Comune Capofila) + Celle Ligure – Coordinatore Dr.ssa Stella Buttiglieri –  
Tel.019/9390207

servizio.sociale@comune.varazze.sv.it

ATS 30 Sassello (Comunecapofila) + Mioglia, Pontinvrea, Urbe, Stella – Coordinatore Dr.Daniele  
Pitto – Tel.019/724103

welfare@comune.sassello.sv.it

**GENOVA ( dall'8 al 13)**

Distretto Sociosanitario 8 GE-Ponente + Distretto Sociosanitario 9 GE-Medioponente + Distretto Sociosanitario 10 GE – Valpolcevera e Vallecuvia + Distretto Sociosanitario 11 GE-Centro + Distretto Sociosanitario 12 GE- Valbisagno e Valtrebbia + Distretto Sociosanitario 13 GE Levante

Sarà attivo dal 1° luglio un Direttore Sociale Dr.ssa Letizia Santolamazza-

Tel 010/ 5577245

Sono in via di definizione i Coordinatori di Ambito con funzioni delegate.

Isantolamazza@comune.genova.it

Pro memoria:

ATS 31 Cogoleto – ATS 32 Arenzano- ATS 33 Masone + Campoligure, Rossiglione, Tiglieto – ATS 34 Voltri-Prà-Pegli- Mele – ATS 35 Sampierdarena+Santeodoro - ATS 36 Cornigliano e Sestri Ponente– ATS 37 Busalla + Crocefieschi + Isola del Cantone + Ronco Scrivia + Vobbia – ATS 38 Savignone + Casella + Montoggio + Valbrenna - ATS 39 Campomorone + Ceranesi – –ATS 40 Serra Riccò + S.Olcese + Mignanego – ATS 41 Rivarolo-Bolzaneto- Pontedecimo - ATS 42 Prè, Molo, Maddalena, Portoria, Oregina, Lagaccio, Castelletto – ATS 43 S.Martino, Albaro, Foce - ex ATS 44 Comunità Montana Alta Val Trebbia ora ATS 45 : Fascia, Fontanigorda, Gorreto, Montebruno, Propata, Rondanina, Rovegno, Torriglia Davagna + Bargagli, Lumarzo – ATS 46 Marassi-San Fruttuoso – ATS 47 Staglieno-Molassana-Struppa – ATS 48 Bogliasco + Pieve Ligure, Sori – ATS 49 Recco + Avegno, Uscio + ex ATS 50 Camogli – ATS 51 Vallesturla-Nervi-Quarto-Quinto.

#### **Distretto Sociosanitario n° 14 Tigullio Occidentale**

ATS 52 Santa Margherita Ligure (Comune Capofila) + Portofino

Tel. 0185/205445

ughetti@comunesml.it

rosalba.locci@comune.rapallo.ge.it

–ATS 53 Rapallo (Comune Capofila) + Zoagli

Tel 0185680481

Tel 0185680641

ambitosociale@comune.rapallo.ge.it

Direttore Sociale Dr.ssa Maria Grazia Costa Tel. 0185/680464

mariagrazia.costa@comune.chiavari.ge.it

**Dati non pervenuti**

#### **Distretto Sociosanitario n°15 Chiavarese**

ATS 54 Cicagna (Comune Capofila) + Coreglia Ligure, Favale di Malvaro, Lorsica, Moconesi, Neirone, Orero, Tribogna – Coordinatore Dr.ssa Basso Cristina – Tel?

ambitosociale54@comune.cicagna.ge.it

comune.cicagna@anutel.it

ATS 55 Borzonasca (Comune Capofila) + Mezzanego,Rezzoaglio,S.Stefano D'Aveto – Coordinatore : Dr. Enrico Schenone – Tel?

servizisociali@comune.borzonasca.ge.it

ATS 56 Chiavari (Comune Capofila) + Carasco,Leivi, S.ColombanoCertenoli -

Coordinatore: Dr.ssa Cristina De Martini – Tel ?

ats56@comune.chiavari.ge.it

ATS 57 Lavagna (Comune Capofila) + Cogorno, Nè – Coordinatore Dr.ssa Trimarchi Maria Rosa – Tel ?

Trimarchi.sociale@comune.lavagna.ge.it

**Distretto Sociosanitario n°16 Tigullio Orientale**

ATS 58 Sestri Levante (Comune Capofila) + Casarza Ligure, Castiglione Chiavarese, Moneglia -  
ex ATS 59 Varese Ligure (Comune Capofila) + Carro, Maissana  
N° 1 Coordinatore Dr. Ssa Maria Diletta Di Martini – Tel. 0185/478302  
mariadiletta.demartini@comune.sestri-levante.ge.i

**Distretto Sociale 17 Riviera Val di Vara**

ATS 60 Beverino (Comune Capofila) + Borghetto Vara, Brugnato, Carrodano, Pignone, Rocchetta  
Vara, Sesta Godano, Zignago  
anagrafebeverino@libero.it  
ATS 61 Bolano (Comune Capofila) + Calice al Comoviglio, Follo, Riccò del Golfo  
Tel.0187941725  
servizisociali@comune.bolano.sp.it  
zona3@comune.bolano.sp.it  
dss17@comune.bolano.ap.it  
ATS 62 Levanto (Comune Capofila) + Bonassola, Deiva Marina, Framura, Montegrosso al Mare,  
Riomaggiore, Vernazza.  
Tel.0187802233  
politichesociali@comune.levanto.sp.it  
**Dati non pervenuti**

**Distretto Sociosanitario 18 Spezzino**

ATS 63 Comune di La Spezia (Comune Capofila) + ex ATS 66 Portovenere –  
Coordinatore Dr.ssa Brunella Baldi – Tel 0187/745612  
brunella.baldi@comune.sp.it  
ATS 65 Comune di Lerici (Comune Capofila) – Coordinatore Dr.ssa Serena Calzetta –  
Tel.0187960281  
scalzetta@comune.lerici.sp.it

**Distretto Sociosanitario 19 Val di Magra tel.0187/614285-614292**

ATS 67 Ortonovo (Comune Capofila) + Ameglia, Castelnuovo Magra  
ATS 68 Arcola (Comune Capofila) + Santo Stefano Magra, Vezzano Ligure)  
ATS 69 Sarzana (Comune Capofila)  
**Dati non pervenuti**



## Capitolo 6

### La situazione operativa attuale: percorso effettivo vs percorso ideale

L'ultimo capitolo è dedicato alla rilevazione della situazione effettiva attuale (*as is*), nella quale il modello del CDCD è in via di costruzione, con gradi di implementazione diversi nelle diverse ASL, come è stato messo in evidenza nel primo capitolo e molti operatori devono ancora essere non soltanto formati, ma anche informati della nuova struttura organizzativa.

Gli strumenti operativi messi a punto nel lavoro di gruppo durante il corso, presentati nei capitoli di questo Rapporto (flow chart, brochure informative, procedure, carta dei servizi, schede per la segnalazione ai servizi sociali, *job description* della funzione del Coordinatore) si riferiscono al modello ideale (*to be*) così come viene indicato nelle delibere attuative della Regione e nelle linee guida della Rete ligure per le demenze. E' evidente che lo sforzo cui sono chiamati in questo momento le aziende e tutti gli operatori interessati è rivolto soprattutto al passaggio tra le condizioni operative attuali e quelle ideali cui si sta tendendo a livello strategico.

Questo capitolo è mirato proprio a entrare nel dettaglio la situazione attuale, descrivendo le aspettative dei singoli, in modo che ciascuno diventi consapevole del proprio posizionamento nella rete che si sta costruendo, con le proprie caratteristiche e professionalità, così che possa anche capire meglio quale sarà il disegno futuro a cui tutti sono chiamati a tendere con l'obiettivo di arrivare a un modello omogeneo per tutta la Regione.

La mappatura della situazione attuale è stata fatta in più fasi e avvalendosi di diversi strumenti. In primo luogo, all'inizio del corso, è stato chiesto a ciascuno di esprimere quali fossero le criticità giudicate più rilevanti (paragrafo 6.1). Successivamente si è chiesto a ciascun partecipante di raccogliere alcuni dati riguardanti la propria attività in modo sperimentale (paragrafo 6.2). Con i dati raccolti e con la discussione di gruppo, si è poi sviluppata una analisi *swot* (paragrafo 6.3), come strumento strategico per aiutare a progettare obiettivi e interventi atti a raggiungere la situazione finale ideale.

### 6.1. Le criticità e le difficoltà operative ritenute più rilevanti

Nella prima lezione del corso, prima di cominciare a sviluppare gli strumenti organizzativi per realizzare la rete dei CDCD, è stata posta ai partecipanti la seguente domanda: **Quali sono le criticità e le difficoltà operative più importanti che trovate nel vostro lavoro con riferimento alle indicazioni regionali sui CDCD? Su quali criticità organizzative vi sembrerebbe prioritario concentrarsi?**

Le risposte sono riportate in modo sintetico nella Tabella 6.1, dove in giallo sono evidenziati i termini che si ripetono. Da notare che anche se i partecipanti non sono posizionati tutti nello stesso nodo della rete, né hanno la stessa professionalità (come risulta dalla tabella iniziale del Rapporto, e avendo risposta questa domanda in modo separato uno dall'altro, le criticità sono di fatto le stesse: mancanza di personale, inadeguatezza del sistema informativo, mancanza di strumenti organizzativi adeguati a

livello aziendale, disinformazione anche tra gli operatori, e così via, evidenziando complessivamente che la rete è ancora qualcosa di piuttosto lontano da realizzare..

Partecipante 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Mancanza di personale:</b> al momento il CDCD di cui mi occupo ha solo il geriatra come figura di riferimento</li> <li>● Mancanza di una <b>cartella condivisa</b></li> <li>● Difficoltà a confrontarsi con le altre figure coinvolte (al momento solo il neurologo)</li> </ul>
Partecipante 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● individuazione e assunzione di neuropsicologo esperto (inquadramento difficoltoso nelle ASL italiane per motivi di “riconoscimento del titolo”)</li> <li>● problema del <b>centro di costo</b> (equiparazione tra neurologo, geriatra, psichiatra ma contemporaneamente differenziazione- specificità delle visite effettuate presso il CDCD: come poterle distinguere rispetto alle altre attività del professionista, anche per motivi statistici e scientifici?)</li> <li>● problema dei “piani terapeutici” (per anticolinesterasici, memantina e neurolettici atipici): assunzione del modello Francese? <b>Uniformità</b> nazionale?</li> </ul>
Partecipante 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● L’omogeneizzazione delle procedure (le risorse sono diverse anche nell’ambito della stessa ASL da Struttura a Struttura)</li> </ul>
Partecipante 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Le principali difficoltà organizzative presenti presso l’ASL 1 sono correlate alla necessità di definire la <b>dotazione</b> per le sedi secondarie del Cdc e nella formalizzazione/attivazione di <b>percorsi</b> con le strutture territoriali coinvolte nella gestione dei pazienti affetti da disturbi cognitivi (Distretto sociosanitario, assistenza domiciliare, strutture residenziali, ambulatori specialistici).</li> </ul>
Partecipante 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Personale</b> del CDCD (in particolare infermieristico, amministrativo) e di luogo per procedere a valutazioni in contemporanea (colloquio familiari e visita al paziente)</li> <li>● Utilizzo di <b>cartella informatizzata comune</b></li> <li>● Possibilità di confronto/condivisione rapido (es. utilizzo di Skype o altro) cercando di avere un tempo dedicato per questa attività</li> </ul>
Partecipante 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sarebbe prioritario l’obiettivo di un’erogazione e integrazione dei servizi, lavorando nella direzione di un superamento della parcellizzazione degli interventi, attraverso la creazione di una rete operativa conosciuta e condivisa. Nell’ambito della mia quotidianità lavorativa l’aspetto di maggiore criticità è quello relativo ad <b>un’estrema eterogeneità nelle richieste delle valutazioni nps e quello degli invii</b>.</li> </ul>
Partecipante 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Criticità organizzative potrebbero essere superate con la creazione di équipe dedicate e <b>definizione dei ruoli</b> dei professionisti ad essa afferenti.</li> <li>● Stabilire <b>tempi e modalità d’incontri periodici con tutte le figure</b> interessate</li> <li>● Predisporre interventi concordati tra i diversi attori per fornire ai pazienti ed alle loro famiglie <b>risposte unitarie e chiare</b> nell’ottica dell’efficacia efficienza ed economia ed all’ottimizzazione dei servizi.</li> <li>● Organizzazione di uno <b>sportello</b> dedicato all’accoglienza della domanda</li> </ul>
Partecipante 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Per il momento il CDCD presso la quale presto servizio, è in via di definizione</li> </ul>
Partecipante 9	<p>Le priorità sulle quali mi sembrerebbe prioritario concentrarsi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>il sistema informativo</b></li> <li>● il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale</li> <li>● L’elaborazione del Registro Nazionale / censimento.</li> </ul>

Partecipante 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collegamento prioritario ai CDCD su pazienti con diagnosi non nota che si recano in <b>PS o sono ricoverati negli ospedali</b></li> <li>• Inserimento prioritario di tali pazienti in centro diurno, se presente caregiver, o in strutture ad hoc con lista d'attesa dedicata, spesso vengono ricoverati in Ospedali pazienti non più gestibili al domicilio o che hanno conservato almeno in apparenza capacità residue adatte ad una vita di solitudine e di isolamento fino alla manifestazione della loro fragilità con il ricovero in ospedale.</li> <li>• Essere <b>presenti nella casa</b> nel paziente affetto da disturbo cognitivo: valutazione e presa in carico a domicilio per consigli sulla gestione degli apparecchi potenzialmente pericolosi, nell'organizzazione delle risorse residue.</li> <li>• La mia recente attività presso l'ambulatorio territoriale ha evidenziato che la presenza continuativa del paziente e della rete familiare è rilevante soprattutto nei nuclei con un buon insight della patologia, penso sia necessario intervenire in maniera più efficace sul target a rischio ad esempio attraverso i MMG o attraverso una informazione più estesa anche attraverso i media.</li> <li>• <b>Informazione/</b> formazione della costituzione del CDCD: reperimento di <b>personale</b> da formare nelle Cure domiciliari ma anche nei Comuni.</li> <li>• Formazione personale alla gestione del paziente con disturbo neuro cognitivo lieve e moderato attraverso il corso sull'Approccio Capacitante del Gruppo Anchise.</li> </ul>
Partecipante 11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nessuna criticità inserita nella scheda</li> </ul>
Partecipante 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le criticità più importanti sono sempre la <b>mancanza cronica di personale</b>, soprattutto di <b>neuropsicologi</b> formati: spesso sono disponibili solo per poche ore alla settimana, riescono a fare le valutazioni neuropsicologiche a un gruppo ristretto di pazienti, non riescono a formare e a seguire i gruppi di sostegno per famigliari e hanno contratti a breve scadenza. Basterebbe assumere almeno un neuropsicologo per ogni CDCD regionale! Altro aspetto è la <b>mancanza di comunicazione</b> con i medici di famiglia (ai quali è affidato il compito di farlo screening dei pazienti con decadimento cognitivo per valutare l'appropriatezza dell'invio. Spesso il problema non sono i pazienti troppo lievi, ma pazienti che arrivano alla visita in fase già avanzata senza che il medico di famiglia intervenga prima. Nei CDCD si rileva, invece, una <b>scala comunicazione</b> tra ambulatorio centrale e ambulatori periferici.</li> </ul>
Partecipante 13	Le principali criticità organizzativa che prenderei in esame è <b>l'attuazione della presa carico globale del paziente</b>

**Tabella 6.1. Le criticità evidenziate dai partecipanti sullo stato di attuazione della rete dei CDCD**

## 6.2. La rilevazione delle attività degli operatori nei diversi punti della rete

Successivamente, ci si è posti il problema di avere qualche dato sulle attività che attualmente i partecipanti svolgono nell'ambito del CDCD, spesso in aggiunta ad altri compiti. Ci si è accorti che di fatto è impossibile raccogliere dati retrospettivi su attività svolta, perché da un punto di vista organizzativo-contabile i CDCD non esistono e le attività sono registrate nei modi più diversi.

Si è allora deciso di avviare una raccolta di dati basandosi su una analisi dei casi che i partecipanti incontrano nella loro attività operativa. Questa raccolta di dati fa sì che ciascuno possa cominciare a riflettere sulla sua attività e sul suo posizionamento nel particolare punto della rete in cui si trova al momento a operare.

La scheda proposta (vedi figura 6.1) è stata compilata da ciascun partecipante durante un periodo di due-tre settimane con riferimento a una decina di pazienti che hanno incontrato. Le informazioni richieste sono orientate a mettere in evidenza, a campione, le attività effettuate, le informazioni, le relazioni e i contatti e le relazioni sia durante l'attività espletata sia prima e dopo la stessa, in una logica di flusso per cominciare a rendersi conto di che cosa significhi lavorare in un "modello integrato a rete".

DATA		
ID PAZIENTE		
INFORMAZIONI (sesso, età, CAP residenza, nucleo familiare, primo accesso? Da quanto tempo è seguito?)		
PRIMA	VISITA/CONTATTO	DOPO
Da quale punto della rete arriva il paziente?	Che attività si fanno?	Dove viene mandato?
Arriva accompagnato? Da chi?	Tempo impiegato	Chi prenota esami/visite successive? Come sappiamo esito esami?
Come ha prenotato? Da chi è stato mandato?	Altro personale che aiuta?	Deve tornare? Quando?
Quali dati si hanno già a disposizione? Dove si possono leggere?	Strumenti??	Si perde di vista oppure??
	Si prescrivono esami? Come? Si prenotano direttamente?	
	Quali dati vengono registrati? Dove?	
	Vengono richiesti e forniti contatti nell'ambito della rete?	

*Figura 6.1. Scheda rilevazione contatto singolo paziente*

Dalla lettura di queste schede si sono desunte alcune informazioni (vedi Tabella 6.2), dalle quali risultano confermate e approfondite le criticità già rilevate all'inizio del corso. In particolare risulta che anche se di fatto molti pazienti vengono visitati e seguiti, di fatto gli operatori sono ancora limitatamente consapevoli di far parte di una rete organizzata,

tranne in rarissimi casi, dove l'esperienza di lavorare in gruppo è presente da alcuni anni. Ciononostante esiste omogeneità per quanto riguarda le attività svolte e i tempi impiegati

- Le visite effettuate sono all'incirca metà prime visite e metà seconde visite
- Per le prime visite è necessaria almeno un'ora; per le seconde visite circa 30-40 minuti
- Le prime visite provengono generalmente dal MMG tramite CUP
- Il controllo avviene successivamente dopo 6 mesi, 1 anno in alcune ALS
- Le registrazioni delle attività svolte avvengono in modo piuttosto eterogeneo (su carta, su supporto informatico diverso a seconda dell'azienda, su fogli excel appositamente costruiti dal personale coinvolto, fascicolo personale praticamente inesistente)
- Non esiste personale amministrativo che supporta le attività del CDCD a parte in rarissimi casi
- Non esiste la possibilità a parte in alcune eccezioni di prenotare direttamente le visite e gli esami richiesti
- Molti lavorano da soli, altri hanno un infermiere
- Pochi CDCD hanno anche neurologo, psicologo, neuropsicologo, assistente sociale, altri ne sono apparentemente privi
- Non si riportano evidenze di riunioni di équipe multidisciplinare
- Non si riportano evidenze di contatti con la rete sia pre che post; più avvantaggiati quelli che lavorano in ambiente ospedaliero

*Tabella 6.2. Risultati della sperimentazione (circa 90 schede)*

### 6.3. Indagine conoscitiva delle attività organizzative esterne a supporto del percorso del paziente

Per un corretto svolgimento del percorso del paziente occorre che ci siano alcune condizioni e attività collaterali che lo rendono possibile. Nella flow chart, per esempio, sono indicati con azzurro i simboli che indicano che i risultati di quella attività devono essere iscritti in documenti: questo richiede che sia attivo e funzionante e consultabile da tutti un sistema informativo. In secondo luogo, l'attività degli operatori del CDCD richiede altre figure che collaborano come i MMG, l'assistente sociale/sanitaria, gli amministrativi, e così via.

Tutto questo richiede, pertanto che nelle aziende sanitarie esistano dei collegamenti tra le varie attività e che questi siano strutturati con forme organizzative adeguate. La verifica fatta sulle 5 ASL liguri ha evidenziato anche in questo caso una estrema eterogeneità delle situazioni operative (vedi Tabella 6.3) e la necessità di opportuni interventi per poter supportare il buon funzionamento di un CDCD.

<b>Quesito</b>	<b>Asl1 Liguria</b>	<b>Asl2 Liguria</b>	<b>Asl3 Liguria</b>	<b>Asl4 Liguria</b>	<b>Asl5 Liguria</b>	<b>Policlinico S.Martino</b>	<b>E.O. Galliera</b>
<b>Come avviene la raccolta dati nel CDCD?</b>	Informatizzata con programma aziendale <b>PATDOCK</b> (la cartella viene salvata su server)	Informatizzata con programma <b>ONESYS</b>	Informatizzata con programma della struttura neurologia <b>INFOCLIN</b>	Cartacea su referto	Cartacea	L'azienda sta informatizzando cartella clinica e relativa documentazione negli ambulatori con programma <b>TRACK CARE</b>	Informatizzata con programma aziendale <b>ARGOS</b> in ospedale mentre nella sede periferica di Via Assarotti scheda cartacea
<b>Come avviene la comunicazione con MMG?</b>	Con lettera cartacea	Consegna a mano del referto al care giver per MMG	Via mail (esiste un elenco aziendale delle mail dei Medici di Medicina Generale)	Consegna a mano del referto al care giver per MMG (talvolta per mail)	Consegna a mano del referto al care giver per MMG	Consegna a mano del referto al care giver per MMG (talvolta per mail)	Consegna a mano di lettera scritta al care giver per MMG
<b>È presente la figura dell'assistente sociale / sanitaria nel CDCD?</b>	È presente l'assistente sociale nella sede centrale di Imperia	No	Si	Assistente sociale 2 h a settimana	Al momento non esiste ancora il CDCD. Il DSS 18 e 19 hanno un proprio ambulatorio di geriatria, ove non è presente la figura dell'AS, Le Assistenti sanitarie sono inserite nel consultorio e nella medicina preventiva (ufficio igiene)	no	Assistente sociale dell'Ospedale 1 volta alla settimana

*Tabella 6.3. Indagine conoscitiva su strumenti di supporto a CDCD nelle ASL liguri*

## 6.4. Swot Analysis

In questo ultimo paragrafo si è costruita una matrice Swot per poter utilizzare il materiale raccolto per poter fare dei passi avanti: da una maggiore comprensione dell'analisi si trarre suggerimenti su quali siano gli strumenti per passare al top.

Si è scelto di effettuare una analisi swot perché si tratta di uno strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza (**Strengths**), le debolezze (**Weaknesses**), le opportunità (**Opportunities**) e le minacce (**Threats**) di una situazione al fine di realizzare un obiettivo finale desiderato.

I punti principali dell'analisi SWOT sono la definizione dei:

- **Punti di forza:** le caratteristiche interne dell'organizzazione che sono utili a raggiungere l'obiettivo;
- **Debolezze:** le caratteristiche interne dell'organizzazione che sono dannose per raggiungere l'obiettivo;
- **Opportunità:** condizioni esterne che sono utili a raggiungere l'obiettivo;
- **Minacce:** condizioni esterne che potrebbero impedire il raggiungimento dell'obiettivo.

L'analisi effettuata sulla situazione corrente, come vissuta dal gruppo dei partecipanti del corso, è riportata nella tabella 6.4.

A partire dalla combinazione di questi punti si possono, infatti, definire le azioni da intraprendere per il raggiungimento dell'obiettivo.

I punti di forza e di debolezza infatti sono fattori (positivi o negativi) che incidono sui risultati della attività e quindi sulla performance complessiva dei CDCD, ma che sono sotto il controllo dell'azienda.

Questo significa che: **anche se può risultare difficile modificarli sono comunque oggetto diretto della programmazione strategica aziendale. Si tratta, cioè di chiedersi quali azioni mettere in atto per utilizzare e sfruttare ogni forza e al tempo stesso, migliorare ogni debolezza.**

Le opportunità e le minacce non sono direttamente sotto il controllo della direzione aziendale, ma rientrano comunque nell'ambito della programmazione strategica aziendale: **si tratta di mettere in atto azioni per poter sfruttare e beneficiare delle opportunità esistenti e, definire azioni che permettano di ridurre il danno.**

<p style="text-align: center;"><b>PUNTI FORZA (STRENGTHS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Partecipazione attiva di tutti i partecipanti, nonostante le diverse professionalità e esperienze</li> <li>● Presenza e coinvolgimento di Alisa</li> <li>● Diffusa disponibilità a mettersi in gioco e svolgere qualunque tipo di compito assegnato se funzionale all'obiettivo comune</li> <li>● Scoperta di competenze non legate esclusivamente a contenuti professionali</li> <li>● Sperimentazione diretta del valore del gruppo e di un inizio di rete</li> <li>● Sperimentazione di un modello di coordinamento (e in parte di leadership) basato sulle competenze e non solo sul ruolo</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>DEBOLEZZE (WEAKNESSES)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Scarsa abitudine a ricercare una visione di insieme del progetto per preferire invece la concentrazione su specifici compiti/ difficoltà</li> <li>● Difficoltà di pensare la propria attività nell'ambito di una presa in carico più globale</li> <li>● Scarsa percezione di che cosa sia concretamente un CDCD</li> <li>● Rassegnazione a essere ciascuno per conto suo (visione a canne d'organo)</li> <li>● Non ci si conosce, ognuno ha la sua storia e continua a avere i suoi obiettivi frammentati rispetto a quelli comuni (che non esistono ancora)</li> <li>● Struttura organizzativa ancora non modificata per poter lavorare in rete (non ci sono centro di costo, localizzazione e logistica carenti, contratti diversi per stessi compiti, ecc.</li> <li>● Mancata visibilità a livello aziendale</li> <li>● Difficoltà a capire quale è il disegno complessivo, il livello di pianificazione e programmazione delle attività</li> <li>● Unica cosa richiesta è aspetto operativo spesso senza strumenti adeguati</li> <li>● Insufficienza dei sistemi informativi</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>OPPORTUNITA' (OPPORTUNITIES)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Attenzione da parte dei cittadini a questo tipo di servizio</li> <li>● Aspettativa di realizzazione di un progetto soddisfacente per tutti, importante, nonostante diversità delle diverse aziende</li> <li>● Progressi nei lavori della rete regionale demenze</li> <li>● Attività di formazione a diversi livelli</li> <li>● Iniziale coinvolgimento dei MMG</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>MINACCE (THREATS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mancanza di visibilità rispetto agli altri attori e alle altre iniziative del sistema sanitario regionale</li> <li>● Smorzare l'entusiasmo e la fiducia nella organizzazione con decisioni direzionali non coerenti (esempio ritardare deroghe per richieste personale, non modificare condizioni organizzative, ecc.)</li> <li>● Non fare percepire appieno l'importanza del progetto per l'azienda</li> <li>● Mancanza di informazioni chiare sullo stato di avanzamento del progetto regionale e sulle ricadute aziendali</li> <li>● Mancanza di obiettivi chiari e definiti con riguardo alla rete</li> <li>● Ritardi nell'utilizzo del fascicolo elettronico personale; mancanza di sistema informativo comune a livello regionale</li> </ul>

*Tabella 6.4. Analisi Swot della situazione corrente per guidare azione strategica futura*