



S.M.A.R.T.

Soluzioni e Metodi Avanzati di Riorganizzazione Territoriale -Neurologia 2.0

NEUROLOGIA

Percorsi di patologia

Premessa

Da oltre 40 anni, l'Italia vanta un modello di Servizio Sanitario Nazionale (SSN) basato su principi fondamentali di universalità, uguaglianza ed equità, il raggiungimento dei quali richiede un continuo consolidamento della sua capacità di operare come un "sistema" vicino alla persona e alla comunità.

La pandemia da COVID-19, col suo impatto sull'assistenza sanitaria, ha slantentizzato in maniera evidente le ampie criticità dell'attuale erogazione dei servizi sanitari, che hanno pesato sullo stato di salute della popolazione italiana.

Per poter intercettare i cambiamenti epidemiologici e sociali dei bisogni di salute, l'assistenza deve essere riequilibrata tra i diversi livelli. Il particolare momento che stiamo vivendo è decisivo per l'implementazione della Missione Sanità del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il quale prevede un rinnovamento delle dotazioni tecnologiche degli ospedali e un potenziamento e riorganizzazione delle attività territoriali.

Gli sforzi politici e istituzionali di questi mesi si inseriscono, infatti, nella necessità di incrementare e rafforzare un'assistenza sanitaria più prossima al cittadino-paziente e omogenea su tutto il territorio nazionale, attraverso il potenziamento dei servizi territoriali.

Con la realizzazione del Progetto "Soluzioni e Metodi Avanzati di Riorganizzazione Territoriale in Sanità – Neurologia" (SMART Neurologia), le Società Italiana di Neurologia (SIN) e Società Italiana di Leadership e Management in Medicina (SIMM) hanno avviato un percorso per la definizione di modelli e strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nella cura delle patologie neurologiche. Patologie che, com'è noto, richiedono strumenti e competenze specifiche in grado di rispondere adeguatamente ai loro peculiari aspetti sanitari e sociali.

Il Progetto SMART Neurologia ha orientato, infatti, le linee di indirizzo per il riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliero-territoriale, in un'ottica di integrazione delle cure. Gli obiettivi sono quelli di garantire a tutti i pazienti neurologici una gestione delle cure nel rispetto dei principi fondativi del SSN e di supportare la resilienza e l'ergonomia del "sistema salute" in neurologia, anche riducendo l'impatto sanitario delle patologie e rimodulare costi e risorse secondo i principi della Value-Based Healthcare.

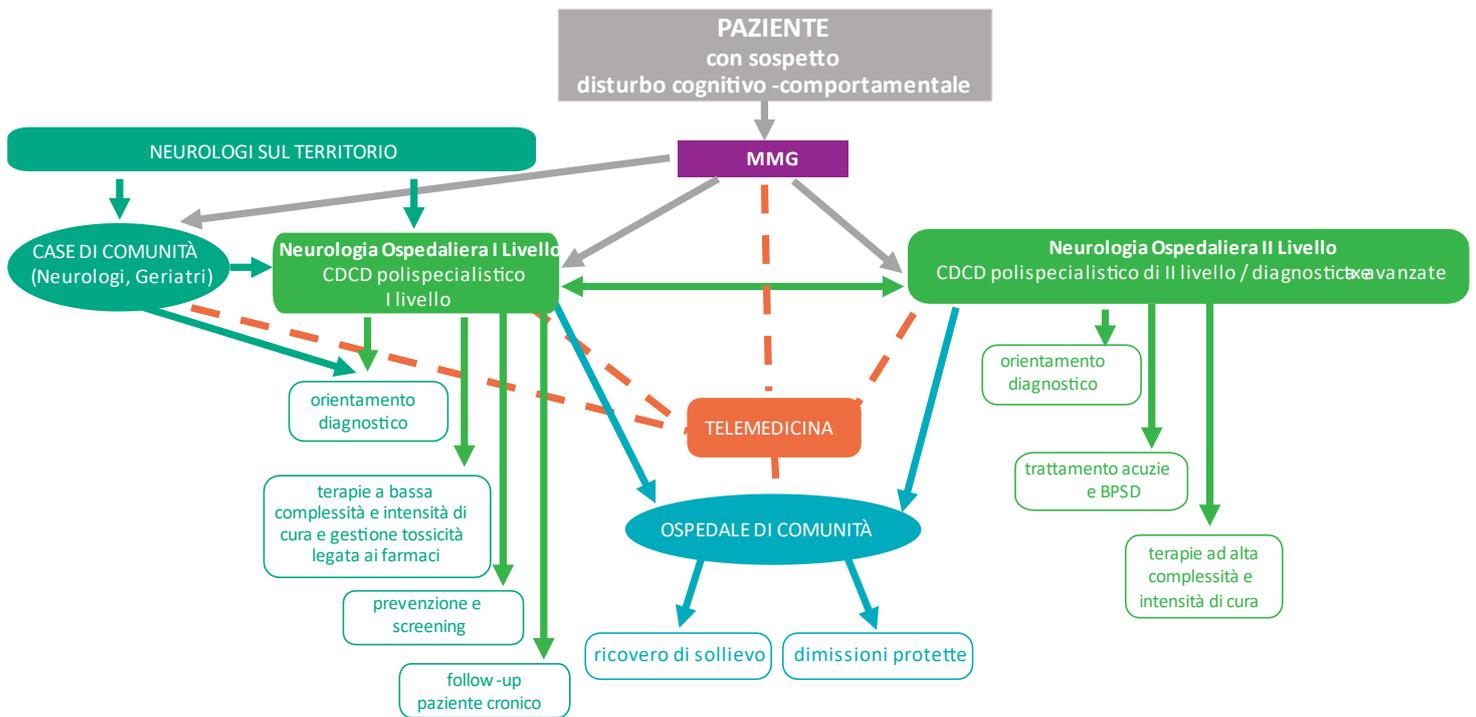
In un campo clinico così eterogeneo e complesso come quello delle patologie neurologiche, SIN e SIMM hanno proposto delle soluzioni organizzative avanzate per ridisegnare l'architettura dell'assistenza territoriale in accordo con il ruolo sempre rilevante dell'ospedale, partendo dalle necessità socio-assistenziali specifiche di alcune importanti patologie neurologiche, considerate dei 'modelli assistenziali in neurologia', come le malattie croniche a preponderanza nel giovane (la Sclerosi Multipla), le malattie croniche dell'anziano (le demenze ed il post-ictus), le malattie degenerative (i parkinsonismi) e malattie a larghissima prevalenza (le cefalee).

In questa seconda fase del Progetto SMART Neurologia, si vuole quindi definire il percorso per la fase applicativa del processo di riorganizzazione strutturale e di qualificazione della rete assistenziale in neurologia, attraverso la declinazione di requisiti specifici per quelle patologie che richiedono il coordinamento tra i diversi livelli assistenziali e socio-sanitari.

Tali patologie offrono un'opportunità pratica per descrizione di "rete" assistenziale integrata e strutturata, con l'obiettivo di coinvolgere e coordinare tutti i nodi assistenziali previsti e finalizzata alla presa in carico delle persone con:

- Cefalee
- Disturbi cognitivo-comportamentali
- Ictus
- Malattia di Parkinson
- Sclerosi Multipla

NEUROLOGIA



	Neurologia Ospedaliera I Livello CDCD polispecialistico I Livello	Neurologia Ospedaliera II Livello CDCD polispecialistico di II livello	Medico di Medicina Generale	Ospedale di Comunità
Orientamento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> Esame obiettivo neurologico Valutazione NPS Es. di laboratorio Neuroimaging strutturale 	<ul style="list-style-type: none"> Esame obiettivo neurologico Valutazione NPS estesa Es. di laboratorio, genetica, CSF Neuroimaging strutturale e avanzato Esami di Medicina Nucleare 	<ul style="list-style-type: none"> Esame obiettivo generale Esami emato-chimici per diagnostica differenziale Processo di <i>case-finding</i> (GPCog, MMSE, MoCa, etc.) 	
Terapie a bassa complessità e intensità di cura	BPSD <ul style="list-style-type: none"> Antidepressivi Antipsicotici tipici / atipici Deficit cognitivo (AD) <ul style="list-style-type: none"> Inibitori acetilcolinesterasi Anti-NMDA 			
Trattamento acuzie e BPSD		<ul style="list-style-type: none"> Antidepressivi / Antiepilettici Antipsicotici tipici / atipici 		
Terapie ad alta complessità e intensità di cura		<ul style="list-style-type: none"> Terapie avanzate Sperimentazioni 		
Prevenzione e screening	✓	✓	✓	✓
Follow-up paziente cronico	<ul style="list-style-type: none"> Esame obiettivo neurologico Valutazione neuropsicologica Esami di laboratorio Neuroimaging morfo-strutturale (TC, RMN) 			
Ricovero di sollievo Trattamento psico-sociale				<ul style="list-style-type: none"> Stimolazione Cognitiva Terapia Occupazionale Musicoterapia Attività Motoria Supporto Psicologico
Dimissioni protette Indirizzo socio-sanitario				<ul style="list-style-type: none"> Assistenza domiciliare Centro Diurno RSA

CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE (CDCD): requisiti minimi

Costituiscono una rete integrata, strutturata secondo un modello multidisciplinare e multiprofessionale, finalizzata alla presa in carico delle persone con disturbi cognitivi e demenza e delle loro famiglie.

- ❖ **CDCD presa in carico (CDCD-PIC):** l'insieme dei servizi integrati per la presa in carico (diagnosi, valutazione, monitoraggio e gestione). Per la diagnostica e la terapia avanzata e sperimentale può avvalersi dei CDCD-AVDT di riferimento territoriale. È auspicabile un'equa e sostenibile distribuzione su tutto il territorio regionale a garanzia della prossimità.
- ❖ **CDCD ad alta valenza diagnostico-terapeutica (CDCD-AVDT):** un CDCD con competenze specialistiche avanzate relativamente alla diagnostica e a terapia e che abbia attività di ricerca specifica. L'assistito in carico al CDCD diagnostico e terapeutico avanzato, per le attività non previste, deve essere indirizzato dallo stesso ad un CDCD-PIC vicino al proprio domicilio.

CDCD-PIC

CDCD-AVDT

Equipe	CDCD-PIC	CDCD-AVDT
	1. Neurologo o Geriatra 2. Neuropsicologo o Psicologo con competenze di neuropsicologia 3. Infermiere 4. Assistente Sociale 5. Terapista occupazionale o terapista della riabilitazione con competenze specifiche 6. Amministrativo	1. Neurologo o Geriatra 2. Neuropsicologo 3. Infermiere 4. Amministrativo

- Devono essere presenti nella misura di almeno 1 per qualifica (in base al numero di assistiti in carico) e altri professionisti attivati per consulenze
- Devono avere una formazione specifica o esperienza pregressa documentata
- Deve essere nominato un responsabile

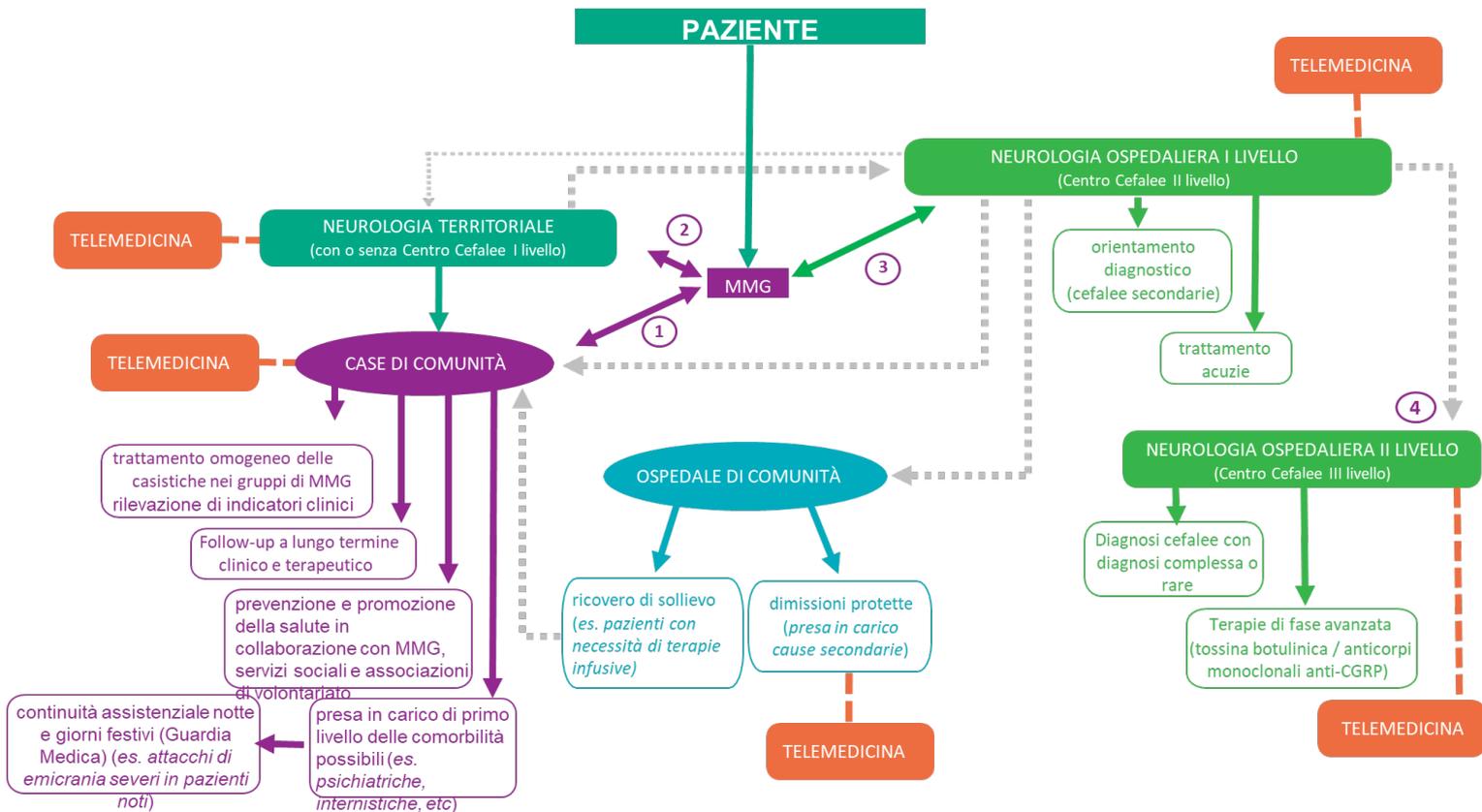
CDCD-PIC

CDCD-AVDT

Attività	<ul style="list-style-type: none"> • Inquadramento diagnostico e comunicazione diagnosi • Stadiazione clinico-funzionale e valutazione prognostica • Impostazione o revisione della terapia farmacologica • Rilevazione dei bisogni socio-sanitari della persona e delle famiglie • Identificazione e monitoraggio delle comorbidità preesistenti • Impostazione o revisione degli interventi non farmacologici • Supporto psicologico declinato nelle diverse fasi della malattia, in forma individuale o di gruppo • Proposta di eventuali forme di protezione giuridica e di supporto amministrativo • Informazione sulle opportunità previdenziali, assistenziali e fiscali garantite dalla normativa e da enti o uffici dedicati • Proposta delle corrette strategie e stili di vita utili a favorire la qualità di vita • Proposta e/o attivazione di attività di supporto psicologico/counseling individuale o di gruppo alla famiglia e ai caregiver • Proposta e/o attivazione di attività educazionali, di adattamento o riprogettazione degli ambienti di vita 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulazione tempestiva della diagnosi delle varie forme di demenza, anche mediante l'utilizzo di biomarcatori validati • Comunicazione della diagnosi al paziente e alla famiglia • Stadiazione clinico-funzionale e valutazione prognostica • Impostazione o revisione della terapia farmacologica • Identificazione e monitoraggio delle comorbidità preesistenti • Follow-up clinico • Supporto psicologico declinato nelle diverse fasi della malattia, in forma individuale o di gruppo • Segnalazione, invio e confronto con CDCD di presa in carico • Attività formativa e di ricerca nel campo delle demenze

CDCD: ORARI**CDCD-PIC****CDCD-AVDT**

Giorni e orari di apertura	CDCD-PIC	CDCD-AVDT
	<ul style="list-style-type: none">• Apertura di almeno 5 giorni / settimana, per almeno 4 ore al giorno.• Dovrà essere assicurato il funzionamento della segreteria con segreteria telefonica nei giorni ed orari di chiusura.• Tale attività può confluire nella Centrale Operativa Territoriale (C.O.T .) della Casa della Comunità• Dovrà esserci una linea dedicata per la segnalazione di casi e per eventuali urgenze da parte dei MMG, operatori del PS o altri professionisti.	<ul style="list-style-type: none">• Apertura di 5 giorni/ settimana, per almeno 4 ore al giorno, con un'articolazione che preveda l'apertura almeno di due fasce orarie settimanali.• Dovrà essere assicurato il funzionamento della segreteria con segreteria telefonica nei giorni ed orari di chiusura.• Dovrà esserci una linea dedicata per la segnalazione di casi e per eventuali urgenze da parte dei MMG, operatori ospedalieri e degli altri CDCD.



Medico di Medicina Generale (MMG)

- gestisce autonomamente i propri pazienti affetti da cefalea primaria dal punto di vista terapeutico
- richiede le consulenze specialistiche ed esami diagnostici secondo percorsi aziendali
- follow-up pazienti con cefalea primaria a bassa intensità di cura (es. 1 incontro a semestre anche telematico)

1

Case della Salute (i pazienti dovrebbero essere inseriti in appositi registri di patologia):

- trattamento omogeneo delle casistiche e rilevazione di indicatori clinici (valutare l'efficienza del sistema)
- follow-up a lungo termine clinico e terapeutico
- presa in carico di primo livello delle comorbidità possibili (*psichiatriche, internistiche, etc*)
- continuità assistenziale notte e giorni festivi (Guardia Medica) (es. *attacchi di emicrania severi in pazienti noti*)
- prevenzione e promozione della salute (in collaborazione con MMG, servizi sociali e associazioni di volontariato)

2

Neurologia Territoriale (con o senza Centro Cefalee I Livello)

- diagnosi di cefalea primaria
- diagnosi di cefalea secondaria
- gestione della terapia acuta e/o di prevenzione di primo livello

3

Neurologia Ospedaliera (Centro Cefalee di II Livello)

- orientamento diagnostico (conferma o confutazione di cefalee secondarie)
- terapie delle acuzie o terapie ad alta complessità e intensità di cura correlate alle cause secondarie di cefalea
- presa in carico delle emergenze/urgenze (percorso interno)

4

Neurologia Ospedaliera (Centro Cefalee di II Livello)

- Diagnosi cefalee complesse o rare
- Terapie di fase avanzata (tossina botulinica/anticorpi monoclonali anti-CGRP)



Rete Assistenziale del paziente con Malattia di Parkinson

Obiettivo della rete dei servizi in Neurologia è quello di assicurare la presa in carico del paziente affetto da malattia di Parkinson e di garantire la correttezza del percorso diagnostico e della gestione terapeutica sia in fase iniziale che nella fase avanzata. Obiettivo della rete è inoltre quello di garantire il flusso multidirezionale del paziente utilizzando anche strumenti informatici condivisi (telemedicina) che permettano l'accesso del paziente a strutture di neurologia di prossimità o a centri neurologici ospedalieri sulla base delle esigenze segnalate dal Medico di Medicina Generale (MMG). Risulta pertanto di estrema importanza la condivisione di tutte le informazioni relative al paziente al fine di garantire la continuità assistenziale.

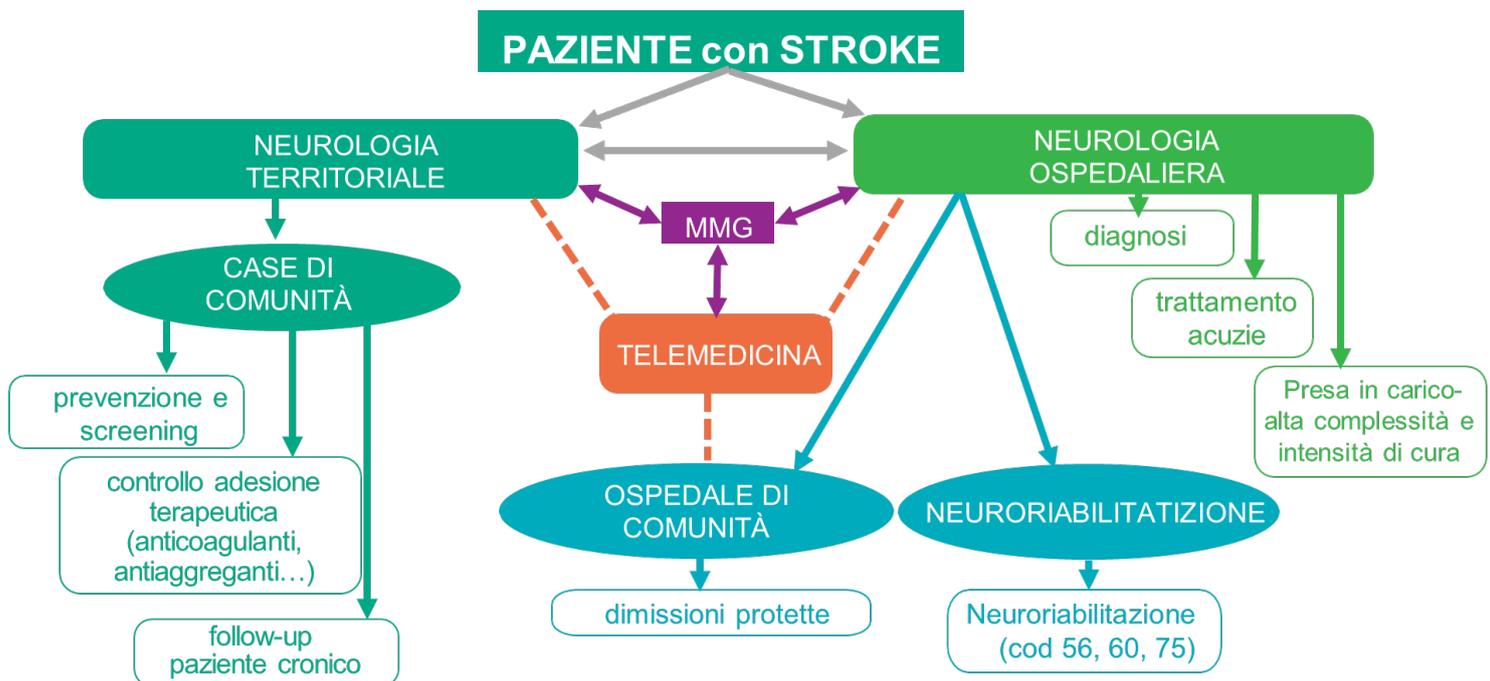
Il percorso diagnostico deve assicurare la correttezza della diagnosi in tempi rapidi e prevede flussi che possono essere paralleli: I) nel primo flusso il paziente si reca dal MMG e questi indirizza il paziente alla Neurologia territoriale - Case di Comunità (dove deve essere previsto un ambulatorio diurno di Neurologia) che deve rendere possibile l'assistenza di prossimità. In questa struttura il paziente può effettuare una visita ambulatoriale neurologica. Per completare l'orientamento diagnostico ed iniziare la eventuale terapia il paziente può poi accedere alla Neurologia Ospedaliera attraverso i Presidi Ospedalieri di Base e di I e II livello (dove è previsto un servizio ambulatoriale diurno di Neurologia); II) in alternativa il paziente può essere indirizzato dal MMG direttamente verso la Neurologia Ospedaliera nei Presidi Ospedalieri di Base e i Presidi Ospedalieri di I e II Livello dove verrà effettuata e completata la fase diagnostica del paziente. Il percorso diagnostico clinico verrà quindi completato con eventuali esami strumentali (Risonanza Magnetica Cerebrale, DAT-SCAN, studi neurofisiologici, etc) su indicazioni del neurologo di riferimento che potranno essere effettuati presso i Presidi Ospedalieri di I e di II livello.

Esaurita la fase diagnostica il paziente inizierà la terapia e il percorso assistenziale del paziente verrà effettuato presso gli ambulatori di Neurologia dei Presidi ospedalieri, e ove possibile presso i Centri dedicati alla Malattia di Parkinson presenti nei Presidi Ospedalieri di I e II livello. Nella fase avanzata della malattia e in caso di necessità di terapie infusionali o chirurgiche, il paziente verrà inviato nei presidi Ospedalieri di II livello per effettuare eventuali terapie della fase avanzata della malattia e nelle quali è possibile valutare l'esigenza ed effettuare eventuali terapie infusionali o terapie di tipo neurochirurgico.

Il paziente con Malattia di Parkinson che nel corso della sua esistenza richiede prestazioni a bassa e media complessità clinico-assistenziale, che non necessitano di far ricorso a *setting* ospedalieri, può afferire agli Ospedali di comunità. Tali strutture dovranno garantire l'accesso a visite, a terapie a bassa complessità ed intensità di cura, fornire ove necessario un adeguato supporto sia di natura psicologica che riabilitativa. Al fine di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi idonei per la gestione delle criticità di bassa intensità il paziente può essere inoltre indirizzato presso gli ospedali di comunità.

In conclusione, il MMG rappresenta uno dei punti di ingresso della rete per il paziente con sospetto di Malattia di Parkinson, ed è una figura professionale centrale nel processo di sospetto e/o diagnosi precoce e di avvio del successivo percorso terapeutico. È compito del MMG porre il sospetto diagnostico nei pazienti

che presentano sintomi iniziali di malattia di Parkinson ed indirizzarli verso una prima visita specialistica neurologica nell'ambito dell'assistenza territoriale e/o ospedaliera. La diagnosi della Malattia di Parkinson costituisce un atto di elevata specializzazione clinica e molti studi scientifici evidenziano la necessità che la fase diagnostica della Malattia di Parkinson sia completata presso strutture specializzate ai fini di una maggiore accuratezza. Infine, la fase avanzata della malattia potrà essere affrontata nei Presidi Ospedalieri di II livello per le terapie infusionali e neurochirurgiche.



- La presa in carico del paziente con malattia cerebrovascolare riconosce due differenti momenti nel corso della malattia.
- Il neurologo viene interessato per lo più in seguito alla comparsa improvvisa di un deficit neurologico focale. Questo può essere transitorio (attacco ischemico transitori, TIA) oppure definitivo (ICTUS). In genere il sintomo focale acuto comporta l'osservazione presso il Pronto Soccorso e le Neurologie Ospedaliere. In alcuni casi può accadere che i pazienti con sintomi lievi (TIA o minor stroke) si possano rivolgere direttamente alle strutture territoriali (MMG e Neurologia Territoriale).
- La **Neurologia Territoriale** è pertanto di grande importanza nelle seguenti fasi:
 1. **Prevenzione primaria:** soggetti con fattori di rischio per malattia cerebrovascolare, che devono essere sottoposti a screening per fattori di rischio ed eventuale diagnostica strumentale (ECG, EcoDoppler TSA, esami biumorali) per approntare le strategie di prevenzione primaria;
 2. **Prevenzione secondaria:** soggetti che hanno già presentato sintomi (TIA o ICTUS), in cui, oltre agli stessi interventi che si mettono in atto nella prevenzione primaria, occorre verificare e monitorare i trattamenti specifici della prevenzione secondaria. Questo avviene nell'ambito della terapia medica

(terapia antiaggregante, anticoagulante, ipolipemizzante), con monitoraggio anche dell'aderenza terapeutica, e della terapia chirurgica o interventistica (endoarteriectomia carotidea, Stenting, device per la chiusura di PFO o dell'auricola).

3. Follow-up del paziente che ha presentato un evento cerebrovascolare e che necessita di monitoraggio per verificare l'aderenza alle terapie e l'eventuale emergenza di problematiche correlate all'evento o alla patologia cerebrovascolare, come la depressione post-ictus o il declino cognitivo.
4. Attivazione del percorso stroke acuto: nei casi (auspicabilmente pochi) di accesso diretto alle strutture territoriali di pazienti con TIA o minor stroke acuto
 - La **Neurologia Ospedaliera** è attivamente coinvolta nella fase acuta dell'ictus, sia esso ischemico o emorragico. Essendo l'ictus una patologia tempo-dipendente, l'organizzazione della assistenza nella fase acuta prevede necessariamente un intervento tempestivo, coordinato e con indicatori misurabili, che preveda a:
 1. Diagnosi tempestiva (indicatore: tempo porta-diagnosi: door -to- CT)
 2. Terapia medica dell'ictus ischemico acuto (indicatore: tempo porta-ago: door -to-needle)
 3. Trombectomia meccanica nell'ictus acuto da occlusione di grosso vaso arterioso (indicatore: tempo porta- puntura femorale: door-to-groin)
 4. Terapia chirurgica dell'emorragia cerebrale o subaracnoidea
 5. Presenza in carico multiprofessionale e multidisciplinare (ricovero in Stroke Unit- centro ictus)
 - La fase post acuta dell'ictus prevede la dimissione presso strutture di Neuroriabilitazione Intensiva o estensiva (RSA)
 - In caso di pazienti a bassa complessità ma che prevedano ancora un prolungamento del ricovero ospedaliero, si può programmare il trasferimento presso Ospedale di Comunità, da cui il paziente potrà poi essere avviato al domicilio tramite dimissioni protette.
 - Neurologia Ospedaliera e Neurologia Territoriale dialogano tra loro e con il MMG.
 - Tecniche di telemedicina sono indispensabili all'interno della rete ospedaliera, per mettere in contatto gli ospedali di primo e secondo livello per le decisioni da assumere durante la fase acuta dell'ictus (es. teleconsulto di Neuroradiologia), ma anche per consulenze specialistiche offerte dal livello ospedaliero nei confronti della Neurologia territoriale.

SMART CARE NEUROLOGIA

Ridisegnare i percorsi territoriali della neurologia

Il Sole **24 ORE**

Il Progetto SMART Care

Ripensare il processo di cura – mettendo al centro il percorso del paziente – diventa uno strumento diretto di clinical governance e serve ad assicurare continuità assistenziale, equità e sostenibilità nell'esercizio concreto del diritto alla salute. Il percorso di cura ideale deve tendere ad accorciare la distanza tra cittadino e sanità, secondo il principio del best setting model per la corretta presa in carico del paziente.

In questo senso, il Progetto SMART Care (acronimo di Soluzioni e Metodi Avanzati di Riorganizzazione Territoriale in Sanità) nasce con l'obiettivo di promuovere iniziative di realizzazione e coordinamento di nodi assistenziali territoriali per ottimizzare la gestione globale dei pazienti cronici (e non solo). «Si parla da anni di trasformazione dei processi assistenziali e di decentralizzazione di una parte delle cure, ma poche sono le esperienze in Italia. Il Progetto SMART mira a ottimizzare i percorsi assistenziali in maniera capillare, favorendo la

prossimità e la globalità delle cure» queste le parole di Mattia Altini, Direttore Sanitario AUSL Romagna e Presidente SIMM.

Dopo una prima iniziativa rivolta ai pazienti oncologici, a partire dal 2021 la SIN (Società Italiana Neurologia) e la SIMM (Società Italiana di Leadership e Management in Medicina) hanno avviato un lavoro di definizione delle caratteristiche essenziali che un modello integrato di cura – distribuito anche territorialmente – deve avere per rispondere pienamente alle esigenze delle persone con malattie neurologiche.

L'iniziativa ha portato alla stesura di un Documento di Indirizzo congiunto rivolto a enti ed organizzazioni sanitarie e ai decisori politici, con lo scopo di orientare al meglio il processo di potenziamento dell'assistenza 'di prossimità' al centro dell'agenda politica di questi mesi.

Perché è necessaria una neurologia territoriale

Oltre un italiano su 5 soffre di una malattia cronica e la crescente richiesta di prestazioni di cura di elezione per queste patologie rappresenta la sfida di questo decennio per il Servizio Sanitario Nazionale, che impone un miglioramento continuo delle strutture e dei servizi sanitari. Nel complesso mondo delle cure, unica nel suo genere è l'assistenza sanitaria per le malattie neurologiche, un articolato insieme di evenienze cliniche multiformi ed eterogenee.

Le loro peculiarità clinico-assistenziali, da un lato, e il loro progressivo aumento per dinamiche demografiche della popolazione italiana, dall'altro, esercitano una pressione crescente ai sistemi socio-sanitari, in termini di numero, tipologia e necessità di coordinamento delle prestazioni.

Sono, quindi, necessari strumenti e competenze specifiche in grado di rispondere adeguatamente agli aspetti sanitari e sociali legati alle specifiche patologie, alcune delle quali richiedono percorsi personalizzati, in grado di seguire la persona e l'evolversi dei suoi bisogni di salute nel tempo, dalla prevenzione a prestazioni di cura e riabilitazione. Nel corso degli ultimi anni, si è andata sempre più delineando una neurologia territoriale, che però vive una frammentazione dell'offerta – di prestazioni e strutture – di "prossimità" al paziente, risultando in una ingiustificata disomogeneità tra le diverse aree del nostro Paese. Attualmente, infatti, l'assistenza neurologica si articola ancora secondo un modello di cura che segue un orientamento 'ospedale-centrico'.

Il cittadino paziente, tuttavia, rivolge la sua domanda di salute ad un Sistema Sanitario Nazionale che opera anche sul territorio e fonda la sua operatività su figure di assistenza primaria, come i medici di medicina generale, gli specialisti ambulatoriali del territorio e le altre figure del sistema socio-sanitario. Una spinta al potenziamento dei servizi sanitari territoriali è ora declinata nel Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 2022 relativo ai "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", che concretizza la misura 6 del PNRR, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, volta a ristrutturare e potenziare i nodi di prossimità del SSN con strutture specifiche e strumenti innovativi – come la tele-medicina.

Il progetto SMART Care Neurologia ripensa il ruolo dei neurologi e della neurologia territoriale per la gestione di quelle prestazioni che possono essere, secondo livelli propri di complessità, delocalizzate dagli ospedali verso strutture più "vicine" al paziente.

È necessaria, in questo contesto, una maggiore coordinazione tra Ospedale e Territorio, che uniformi l'offerta sanitaria garantendo l'accesso alle cure e la continuità clinico-assistenziale con servizi di prossimità, preservando i livelli di specializzazione dell'assistenza ospedaliera e rendendo più omogenee le reti cliniche neurologiche su tutto il territorio nazionale.

La Rete dei Servizi in Neurologia

SMART Care Neurologia ha progettato un sistema assistenziale innovativo e sostenibile in linea con quanto definito dagli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Decreto Ministeriale 77 del 2022, volto ad assicurare una personalizzazione degli interventi, in relazione a sintomi, fase di malattia, condizioni di vita e lavoro, storia personale e bisogni sociali dei pazienti.

Su questo punto, il Prof. Gioacchino Tedeschi – Ordinario di Neurologia all'Università della Campania "Luigi Vanvitelli" e Past-President SIN, ribadisce come «Solo una riorganizzazione del sistema assistenziale potrà portare all'applicazione nel mondo reale dei notevoli progressi diagnostici e terapeutici realizzati in neurologia negli ultimi anni».

Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio costituisce, quindi, l'obiettivo primario verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai mutamenti epidemiologici e sociali dei bisogni di salute della popolazione.

Il documento di indirizzo contiene le diverse tipologie di strutture territoriali e ospedaliere per la ristrutturazione della rete delle cure neurologiche, con l'identificazione di requisiti minimi per garantire cure specialistiche appropriate, efficaci e sicure al paziente neurologico.

La proposta di riorganizzazione e delocalizzazione delle cure del Progetto SMART Care Neurologia segue il modello del Decreto 77, sviluppato su due pilastri organizzativi essenziali delle strutture

territoriali primarie: le Case di Comunità e l'Ospedale di Comunità. In questi presidi, sono prioritariamente candidabili alla delocalizzazione prestazioni a bassa e media complessità clinico-assistenziale che non necessitano di far ricorso a setting ospedalieri, come le attività di prevenzione e screening, il follow-up del paziente cronico, la somministrazione in sicurezza di terapie orali, sottocutanee ed endovena a bassa-media intensità e la gestione delle tossicità legate a farmaci.

Il documento prosegue con la definizione requisiti minimi per garantire cure specialistiche ospedaliere appropriate, efficaci e sicure al paziente neurologico, secondo quanto introdotto dal DM 70 del 2015.

Un punto rilevante è poi dedicato all'impalcatura della Rete dei Servizi in Neurologia costituita da investimenti tecnologici di digital health per garantire la coordinazione e la comunicazione tra i diversi livelli di cura: il percorso di cura del paziente deve essere integrato con un percorso digitale e di condivisione delle sue informazioni cliniche.

Altri esempi di connessione e coordinazione delle cure tra i livelli assistenziali riguardano l'utilizzo di strumenti di clinical governance di chiara efficacia, tra i quali: percorsi assistenziali, diagnostici e terapeutici specifici per patologia; raccordi aziendali per l'accesso ai servizi della rete e per l'invio programmato dei pazienti ai livelli assistenziali dedicati; protocolli di collaborazione tra servizi sociali dei comuni.

Strategie per una trasformazione di successo

Le avanzate soluzioni proposte da SIN e SIMM per ridefinire l'architettura dell'assistenza territoriale in neurologia sono frutto di uno studio coordinato di esperti neurologi e di organizzazione sanitaria, che hanno posto al centro dell'analisi le esigenze specifiche dei pazienti neurologici, definite considerando macro-categorie patologiche, con l'obiettivo di coprire l'ampio arco di necessità assistenziali dei pazienti. Sono state identificate, quali paradigmi assistenziali in neurologia malattie croniche a preponderanza nel giovane (la Sclerosi Multipla), malattie croniche dell'anziano (le demenze ed il post-ictus), malattie degenerative (i parkinsonismi), malattie a larghissima prevalenza (le cefalee).

Esse riflettono e contemplano, nel loro insieme, tutte le caratteristiche minime dei percorsi clinico-assistenziali neurologici, speculari alla evoluzione clinica e sociale delle patologie stesse, e che vanno dalla preven-

zione, alla diagnosi e al trattamento, alla continuità assistenziale e fino alle cure palliative.

Il partire dalle singole patologie ha consentito di includere nell'analisi che ha portato alla stesura del documento di indirizzo SMART Neurologia tutte le esigenze che possono ritrovarsi nella cura del paziente neurologico e che si riflettono nei requisiti individuati per la Rete dei Servizi in Neurologia. «SMART Neurologia descrive come le strutture sanitarie territoriali possono concretamente rispondere ai bisogni di un paziente neurologico in modo efficace ed efficiente – spiega il Prof. Lorenzo Mantovani, Ordinario di Igiene Generale e Applicata dell'Università Bicocca di Milano – In questo modo, il nostro lavoro elabora soluzioni operative efficaci per la gestione della complessità di questa branca secondo i principi della Value-based Healthcare».

CON LA SPONSORIZZAZIONE
NON CONDIZIONANTE DI



S.M.A.R.T.
Soluzioni e Metodi Avanzati di Riorganizzazione Territoriale in Neurologia
NEUROLOGIA