

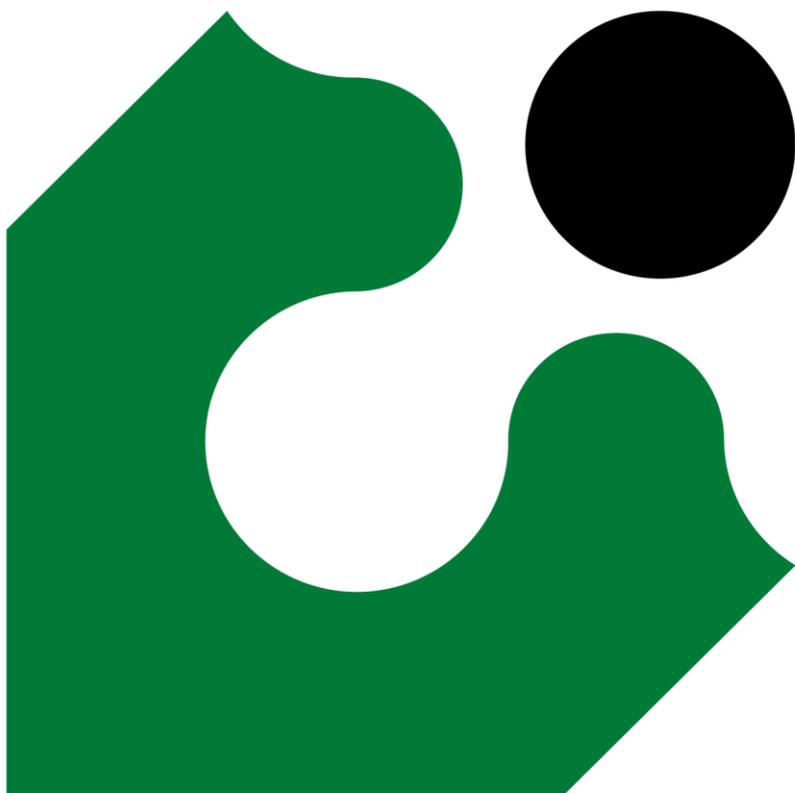


**Un nuovo modello di approccio multidisciplinare territoriale
per i pazienti affetti da Malattia di Parkinson**

Michele Gennuso

Corso di Rivalidazione manageriale

Anno formativo: 2023



Corso di Rivalidazione manageriale

Lo sviluppo del manager in sanità: tra sfide e cambiamenti post-Covid

ECOLE – Enti Confindustriali Lombardi per l'Education

Codice corso: ECOLE – RIV 2301/AE

GLI AUTORI

Michele Gennuso, Direttore Dipartimento Riabilitazione, Casa di Cura Ancelle, Fondazione Teresa Camplani, Cremona; michele.gennuso@fondazionecamplani.it

Guida breve all'editing secondo stili pre-impostati

Per utilizzare questo modello di documento è sufficiente posizionarsi nelle diverse sezioni e sostituire il testo di esempio con il proprio.

I numeri di pagina sono pre-ordinati e verranno aggiornati automaticamente.

Nelle pagine che seguono è stato impostato un esempio di documento nelle sue distinte parti: titolo, autori, paragrafi di testo, tavole, figure, riferimenti bibliografici. I testi utilizzati hanno esclusivamente uno scopo dimostrativo e possono essere modificati a seconda delle esigenze.

Qualora si ritenga utile comporre un indice delle parti del documento, può essere utilizzata la struttura appositamente predisposta. Essa si aggiorna posizionandosi sull'indice e tramite il tasto destro del mouse, attivando la voce "Aggiorna campo": in tal modo si aggiorna la numerazione. Se si ritiene di intervenire sui titoli dei paragrafi, per aggiornare l'indice è sufficiente utilizzare l'opzione "Aggiorna intero sommario".

In caso di stampa su carta, occorre selezionare dal menu di Word a sinistra, la funzione Stampa e, in seguito, il menu "Proprietà stampante", la voce Layout e, infine, attivare la voce "Libretto" (stampa fronte/retro).

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

Sommario

INDICE.....	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO.....	7
METODOLOGIA ADOTTATA.....	8
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	12
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE	13
COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	13
RISULTATI ATTESI	16
CONCLUSIONI	17
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	18
BIBLIOGRAFIA	18
SITOGRAFIA	19

INTRODUZIONE

La Malattia di Parkinson (MP) è una patologia degenerativa del sistema nervoso causata dalla perdita progressiva dei neuroni dopaminergici della pars compacta della substantia nigra ed è caratterizzata dalla presenza di sintomi motori e non-motori che determinano nel tempo una perdita di autonomia del paziente.

La diagnosi di MP è clinica ed è determinata dalla comparsa della cosiddetta sindrome parkinsoniana il cui elemento principale è rappresentato dalla bradicinesia, cioè dal rallentamento motorio a cui si devono associare anche o l'aumento del tono muscolare (rigidità) o il tremore oppure entrambi costituendo così la tipica "triade motoria"¹.

Studi recenti² hanno comunque dimostrato come la comparsa dei sintomi motori può essere preceduta dalla manifestazione di sintomi non motori come: i disturbi del sonno (in particolare della fase REM), l'ansia e la depressione, la stipsi, i disturbi urinari e altri; questi sintomi si possono presentare anni prima dell'esordio della triade motoria e inoltre possono accompagnare il paziente per tutto il decorso della malattia influenzando in maniera negativa la sua qualità di vita³.

Il paziente affetto da MP quindi nel corso della sua malattia presenterà un quadro clinico complesso per la diversità dei sintomi motori e non motori che lo caratterizzano; ma un'altra peculiarità della MP è rappresentata dal fatto che nel corso della sua progressione il paziente presenterà una *fluttuazione dei sintomi* sia motori che non motori; non sarà infrequente infatti che il paziente sperimenterà dei momenti di marcata rigidità e bradicinesia con difficoltà anche a camminare ("*fase off*") alternati a momenti anche nella stessa giornata di discreta fluidità nei movimenti ("*fase on*").

Quindi durante il decorso della malattia il paziente avrà una fase iniziale detta di "luna di miele" che può durare fino a 8-10 anni durante la quale è presente un buon controllo dei sintomi soprattutto motori; con il progredire della malattia, la risposta alla terapia non sarà sempre efficace per cui il paziente sperimenterà le fluttuazioni motorie (e non motorie) cioè come già detto ci saranno periodi in cui avvertirà un peggioramento delle performance alternato a periodi di benessere; la presenza delle fluttuazioni motorie richiede una modificazione dell'approccio terapeutico.

Esistono delle scale di valutazione sia degli aspetti clinici che funzionali che consentono di inquadrare al meglio le condizioni del paziente; ed in particolare quelle più utilizzate sono:

- **UPDRS** (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) che è costituita da cinque parti:
 - **Parte I:** valutazione clinica dello stato mentale, del comportamento e dell'umore
 - **Parte II:** autovalutazione delle attività quotidiane (parlare, deglutire, vestirsi, salivare, camminare...)
 - **Parte III:** valutazione clinica della capacità motoria
 - **Parte IV:** valutazione prognostica secondo la scala di Hoehn e Yahr
 - **Parte V:** valutazione della disabilità secondo la scala di autonomia di Schwab and England
- **La scala di Hoehn e Yahr**, utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson:
 - **1° stadio:** i disturbi sono presenti solo su un lato del corpo con minima limitazione funzionale;
 - **2° stadio:** la malattia colpisce entrambi i lati del corpo ma non influenza l'equilibrio;

- **3° stadio:** iniziali segni di compromissione dell'equilibrio (riflessi di raddrizzamento), invalidità media o moderata, autonomia nella vita quotidiana ancora possibile;
- **4° stadio:** grave invalidità, equilibrio e deambulazione seriamente compromessi, necessita di assistenza;
- **5° stadio:** invalidità totale, immobilità quasi totale (con le terapie di oggi non si arriva più a questo stadio).

- **la scala di autonomia di Schwab and England**

L'utilizzo delle scale ci consente di identificare il grado di gravità della malattia e soprattutto considerare il livello di autonomia del paziente al fine di calibrare l'intervento terapeutico.

La terapia della MP è di tipo farmacologico e non farmacologico⁴.

La terapia farmacologica si basa sull'utilizzo di farmaci dopaminergici che soprattutto nelle prime fasi risultano efficaci soprattutto sul controllo dei sintomi motori; i sintomi non motori, che come abbiamo detto condizionano in maniera rilevante la qualità di vita del paziente, non sempre rispondono alla terapia dopaminergica e per questo richiedono non solo l'utilizzo di altre tipologie di farmaci ma anche l'intervento di altri professionisti della salute.

Quindi nelle fasi che seguono alla "luna di miele" la comparsa delle fluttuazioni motorie richiede l'introduzione di terapie più complesse come ad esempio l'apomorfina in pompa s.c.; Duopopa con PEG/PEJ; Stimolazione Cerebrale Profonda (DBS) del nucleo subtalamico.

Tali interventi terapeutici richiedono personale altamente qualificato che possa supportare il paziente e i caregivers nella gestione.

Accanto alla terapia farmacologica è stato ampiamente dimostrata l'efficacia anche di tutta una serie di trattamenti non farmacologici che coinvolgono altri professionisti come il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, che sono responsabili, in collaborazione con il neurologo, della messa a punto ed esecuzione di un programma riabilitativo concordato; inoltre essi spesso svolgono anche compiti educazionali; altre figure professionali che è spesso necessario coinvolgere sono anche l'alimentarista, lo psicologo e non ultimo anche l'assistente sociale.

E' evidente quindi come *la gestione del paziente affetto da MP è complessa* e deve prevedere **un'equipe multidisciplinare** che accompagni il paziente nelle varie fasi della malattia al fine di identificare, trattare e monitorare la progressione dei sintomi.

Il modello di presa in carico attuale dei pazienti affetti da MP è per lo più ambulatoriale e generalmente è anche caratterizzato dalla presenza del solo neurologo che difficilmente interagisce con altre figure sanitarie.

Questo comporta l'assenza di una *presa in carico continuativa* relativamente anche ad altri approcci terapeutici (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale ed altri) e assistenziali (infermiere dedicato) per i quali la letteratura scientifica recente ha dimostrato l'efficacia⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸.

Si determina quindi una frammentazione della presa in carico del paziente senza contare che nelle fasi più avanzate i bisogni clinici si sommano anche a bisogni socio-assistenziali e sociali che non trovano spesso risposte immediate.

Quindi partendo dal presupposto che un approccio multidisciplinare continuativo sia determinante per migliorare il benessere dei pazienti affetti da MP riteniamo utile strutturare un modello di presa in carico che possa sostenere i vari interventi sia per quanto concerne gli aspetti diagnostico-terapeutici che socio-assistenziali e sociali.

Questo modello potrà determinare una riduzione della frequenza e gravità di eventi acuti (cadute e fratture, occlusione intestinale, stati confusionali ecc) che potrebbero causare il ricovero in ospedale; inoltre potrà contribuire ad un miglioramento della qualità di vita e a un rallentamento della

Titolo del documento

progressione di malattia con l'obiettivo di ridurre anche l'istituzionalizzazione dei pazienti e di permettere una presa in carico domiciliare sfruttando anche la telemedicina e la teleriabilitazione.

OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO

Obiettivo principale di questo modello è quello di strutturare una presa in carico *multidisciplinare* e *continuativa* per pazienti affetti da MP (e dei loro familiari) nelle varie fasi della malattia.

Obiettivi secondari:

- Allocazione delle risorse in maniera appropriata ed efficace
- Miglioramento della gestione clinica multidisciplinare di patologie croniche in una prospettiva territoriale.
- Riduzione della frequenza e gravità di eventi acuti (cadute e fratture, occlusione intestinale, stati confusionali ecc) che potrebbero determinare il ricovero in reparto ospedaliero e un miglioramento della qualità di vita e rallentamento della progressione di malattia con l'obiettivo di ridurre anche l'istituzionalizzazione dei pazienti spesa derivante da ricoveri
- Potenziamento della telemedicina e della teleriabilitazione.
- Riduzione dello stress dei caregiver

METODOLOGIA ADOTTATA

Le parole guida del modello sono:

- *Multidisciplinarietà*
- *Presenza in carico continuativa*
- *Appropriatezza*

Il modello prevede la possibilità di realizzare delle *prestazioni sanitarie* calibrate sul paziente in un approccio “sartoriale” determinato dal livello di gravità del paziente stesso.

Le prestazioni sanitarie saranno strutturate all’interno di un PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) che coinvolge i professionisti dell’equipe multidisciplinare nelle varie fasi di malattia a seconda quindi delle necessità, determinando una presa in carico continuativa che possa garantire dei trattamenti finalizzati a prevenire le complicanze della MP.

Si porrà particolare attenzione alla *funzionalizzazione delle risorse* già esistenti focalizzandosi soprattutto sulla strutturazione della rete di presa in carico che preveda una regia da parte di un *case-manager* identificato nell’*infermiere di famiglia o di comunità*.

Gli strumenti del modello sono:

- Equipe multidisciplinare
- Stadiazione clinica (fasi di malattia)
- Riunione di Equipe periodica
- Relazione con le associazioni dei pazienti.

COSTITUZIONE EQUIPE MULTIDISCIPLINARE:

- Infermiere di famiglia o di comunità:
 - all’interno della Casa di Comunità avrà il ruolo di *case-manager* e quindi di coordinare l’equipe multidisciplinare nella stesura e realizzazione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) al fine di garantire al tempo stesso l’aderenza del paziente al PAI; i PAI prevedono una complessità crescente in relazione alla progressione di malattia del paziente. Il case manager coinvolge anche i servizi sociali territoriali e i familiari per sviluppare processi di educazione dei caregivers nella gestione dei pazienti affetti da MP e per indicare la possibilità di richiedere misure socio-sanitarie o sociali indirizzate alla copertura dei costi da parte delle famiglie (misura B1, misura B2, ecc)
- Neurologo:
 - Lavora nel contesto del reparto di appartenenza dell’ASST o come consulente presso la Casa di Comunità. Ha il compito di formulare la diagnosi di malattia e di redigere l’iniziale proposta terapeutica; partecipa alle riunioni periodiche dell’equipe multidisciplinare in quanto collabora alla stesura del programma di presa in carico terapeutico e riabilitativo e ne supervisiona la sua esecuzione controllando al tempo stesso i problemi clinici e verificando l’andamento del programma riabilitativo.

- **Fisioterapista:**
 - Lavora nel contesto della Casa di Comunità; la sua funzione è quella di migliorare la qualità della vita mantenendo o aumentando l'indipendenza del paziente, la sicurezza ed il benessere. Questo obiettivo è raggiunto attraverso la prevenzione dell'inattività e le cadute, migliorando l'attività funzionale e riducendo la limitazione nelle attività. Gli obiettivi del trattamento e i successivi interventi possono essere stabiliti in base alla fase in cui il paziente è inserito. Partecipa alle riunioni di equipe. Svolge il trattamento in regime ambulatoriale, in MAC o a domicilio.
- **Terapista Occupazionale:**
 - Lavora nel contesto della Casa di Comunità, l'obiettivo della TO consiste nel ridurre le limitazioni nella partecipazione ad attività significative e ai ruoli. L'attenzione viene rivolta sia alla paziente che al caregiver. Fornisce indicazioni per eventuali ausili o per modificazioni relative all'abitazione al fine di favorire l'abbattimento delle barriere architettoniche. Partecipa alle riunioni di equipe. Svolge le sue valutazioni e il trattamento o in regime ambulatoriale o in MAC o a domicilio.
- **Infermiere specializzato nella gestione dei pazienti affetti da MP:**
 - Lavora nel contesto della Casa di Comunità il ruolo dell'infermerie specializzato nella gestione della malattia di Parkinson è interessante soprattutto per quanto concerne la gestione dei sintomi non motori, ad esempio la stipsi, ma anche per dare tutta una serie di indicazioni sullo stile di vita; inoltre il suo ruolo è fondamentale nella gestione delle terapie complesse (pompa sottocutanea per la apomorfina, Duodopa). Partecipa alle riunioni di equipe, svolge la sua attività in regime ambulatoriale, in MAC, tramite telemedicina, a domicilio
- **Logopedista:**
 - Lavora nel contesto della Casa di Comunità, il suo ruolo è importante nel trattamento di tutti i disturbi che interessano il linguaggio e in particolare la deglutizione. Partecipa alle riunioni di equipe. Svolge la sua attività in regime ambulatoriale, in MAC o a domicilio
- **Operatore Socio-Sanitario:**
 - Lavora nel contesto della Casa di Comunità; il ruolo dell'OSS è fondamentale nelle fasi intermedie e avanzate soprattutto per la gestione dei pazienti a domicilio per i passaggi posturali, l'igiene del paziente.
- **Psicologo Clinico/Neuropsicologo Clinico:**
 - Lavora nel contesto dell'ASST o della Casa di Comunità; il ruolo dello psicologo clinico è fondamentale nella gestione dei disturbi di tipo neuropsichiatrico in particolare la depressione reattiva; inoltre la presenza di uno psicologo con specializzazione in neuropsicologia clinica consente di valutare i deficit

cognitivi che spesso si presentano seppur in maniera lieve sin dalle prime fasi della malattia ma che in una percentuale di circa 40% dei pazienti possono peggiorare negli anni con la comparsa di un quadro di demenza sottocorticale che condiziona l'autonomia del paziente. Partecipa alle riunioni di equipe.

- Assistente sociale:
 - Lavora nel contesto della Casa di Comunità; si occupa di gestire i rapporti con gli assistenti sociali territoriali, partecipa alle riunioni di equipe.

STADIAZIONE CLINICA: FASI DI MALATTIA

Fase precoce o della luna di miele:

I pazienti con malattia in fase iniziale non hanno scarse limitazioni. Secondo la scala Hoehn e Yahr essi sono classificati negli stadi 1-2,5.

Gli obiettivi della presa in carico in questa fase sono:

- Monitorare l'adesione alla terapia farmacologica
- Stimolare l'attività fisica (magari inserendo il paziente nei Gruppi di Cammino)
- Attivare la fisioterapia al fine di prevenire l'inattività; prevenire la paura di muoversi o cadere;
- preservare o migliorare la capacità fisica (capacità aerobica, forza muscolare, e mobilità articolare).
- Identificare e gestire i sintomi non motori (depressione, ansia, stipsi, disturbi urinari, disturbi del sonno ecc)

Fase intermedia o delle fluttuazioni motorie:

I pazienti in questa fase iniziano a presentare un peggioramento dal punto di vista motorio con la comparsa delle fluttuazioni motorie (fenomeno on-off, freezing, wearing off, delayed on ed altri) e un peggioramento del rischio di cadute. Possono comparire anche disturbo della postura oltre che un peggioramento ulteriore dei sintomi non motori.

Secondo la scala Hoehn e Yahr essi sono classificati con un punteggio tra 2,5 e 4

Gli obiettivi della presa in carico in questa fase sono:

- Rivalutazione della terapia farmacologica con una valutazione multidisciplinare finalizzata all'identificazione dei pazienti eleggibili alle terapie complesse
- Valutazione di altri specialisti (logopedista, TO, neuropsicologo ed altri) e successivi eventuali trattamenti specifici
- Attività fisioterapica ambulatoriale, in MAC ma potrebbe essere necessario in questa fase anche a domicilio con l'obiettivo (in tutte le modalità) di preservare e stimolare l'attività motoria focalizzata alle seguenti aree:trasferimenti, postura del corpo, raggiungere ed afferrare, equilibrio,

cammino; in questi pazienti sarà utile utilizzare strategie di movimento cognitive e le strategie che adottano i cues se necessario

Fase avanzata

In questa fase i pazienti sono costretti a letto o su di una sedia a rotelle. Essi sono classificati negli stadi 5 secondo la classificazione Hoehn e Yahr.

Gli obiettivi della presa in carico in questa fase sono:

- Prevenzione e trattamento delle complicanze legate all'allettamento
- Fisioterapia mirata a preservare le funzioni vitali e prevenire le complicazioni quali i decubiti e le contratture.
- Eventuale attivazione del servizio di cure palliative territoriale.

RIUNIONE DI EQUIPE

L'efficacia di questo modello è determinata da una forte gestione clinica che si raggiunge tramite una costante condivisione degli obiettivi tra i professionisti dell'equipe multidisciplinare.

Tale modello prevede una regolare attivazione di riunioni di equipe (almeno 2 al mese) in cui i professionisti si confrontano sulle criticità che riscontrano nell'esecuzione e realizzazione del PAI al fine di ricalibrarlo di volta in volta.

RELAZIONE CON LE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI

Nelle realtà dove sono presenti sarebbe altresì auspicabile una relazione forte con le associazioni dei pazienti che possono contribuire alla realizzazione e al sostegno della rete attraverso attività di sensibilizzazione del territorio oltre che con la proposta di una serie di attività complementari come la tango terapia, il Tai Chi, la boxe, lo Yoga, il Nord Walking ed altri per le quali vi sono evidenze scientifiche di efficacia relativamente al miglioramento motorio e della qualità di vita dei pazienti.

Titolo del documento

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Pazienti affetti da Malattia di Parkinson nelle varie fasi di malattia.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE

Il progetto prevede un modello di presa in carico multidisciplinare di pazienti affetti dalla MP nelle sue fasi.

Le premesse del nostro modello sono contenute nel testo del PNRR ed in particolare della Missione 6 che prevede un rafforzamento delle prestazioni da erogare a livello territoriale e che prevede la creazione di strutture territoriali quali ad esempio la Casa di Comunità.

Proprio la Casa di Comunità rappresenta il luogo dove potrà realizzarsi questo modello in quanto si presta come luogo sia dove poter coordinare i servizi da offrire i pazienti oltre che il luogo dove poterli in parte realizzare.

Infatti nella Casa di Comunità sono previsti:

- il punto unico di accesso (PUA) alle prestazioni sanitarie
- l'Equipe multidisciplinare costituita da Medici di Medicina Generale, specialisti tra cui neurologi, infermieri di comunità, altri professionisti della salute tra cui fisioterapisti e terapisti occupazionali e gli assistenti sociali
- il potenziamento della telemedicina.

Inoltre un ulteriore sostegno a questa tipologia di modello deriva dal DM 77 che tra i principi di strategia sanitaria su cui si fonda cita il Planetary Health che prevede la presa in carico della persona proprio attraverso l'utilizzo di "equipe multidisciplinari in modo olistico (non solo come sommatoria delle singole azioni ma come un insieme più complesso) con particolare attenzione alla fragilità".

Considerando che molti dei professionisti coinvolti nella realizzazione del nostro modello sono già presenti nelle Case di Comunità prevediamo:

- una fase di formazione indirizzata ai professionisti dell'Equipe Multidisciplinare, successivamente
- una fase di pubblicizzazione del servizio tramite conferenza stampa, brochure, email ai MMG e specialisti territoriali.

Il paziente per cui il MMG sospetta una MP sarà inviato per una visita specialistica al neurologo afferente alla Casa di Comunità o neurologo di altra struttura.

Una volta posta la diagnosi di MP il paziente potrà fare riferimento alla Casa di Comunità per un primo colloquio con l'infermiere di famiglia o di comunità che potrà valutare il livello di gravità.

La valutazione del livello di gravità prevede la somministrazione di scale cliniche ma anche una valutazione del rischio sociale

Una volta identificato il livello il caso clinico sarà discusso alla prima equipe multidisciplinare dove sarà redatto il PAI.

Successivamente il paziente sarà contattato dalla struttura amministrativa (CUP) per i vari appuntamenti con i singoli professionisti.

COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Il modello proposto vuole utilizzare risorse professionali già esistenti e incardinate nell'ambito dei dipendenti dell'ATS e dell'ASST del territorio è presente la Casa di Comunità.

Da quanto enunciato ne deriva che il modello non presenta costi emergenti.

Entrando nello specifico:

- Il neurologo potrà svolgere l'attività ambulatoriale dedicata alla diagnosi e terapia dei pazienti affetti dalla Malattia di Parkinson all'interno dell'ASST o presso la casa di Comunità quindi i costi della sua attività non sono emergenti. La partecipazione alle riunioni di equipe potrà avvenire durante l'orario di servizio.
 - ◆ Si prevede un ambulatorio settimanale dalle 8.30 alle 1230 con la possibilità di valutare 9 pazienti (uno ogni mezz'ora)
 - ◆ I costi derivanti dalla gestione delle prenotazioni, dall'utilizzo degli spazi ambulatoriali, delle utenze ecc, sono coperti dall'attività corrente prevista in ASST e presso la Casa di Comunità.
- L'infermiere di famiglia o di comunità potrà svolgere nelle ore previste dal suo contratto
 - ◆ La convocazione e gestione della riunione di equipe e successiva scrittura del PAI.
 - ◆ la calendarizzazione dei vari controlli neurologici oltre che delle altre attività previste dal PAI con il supporto del CUP aziendale.
 - ◆ Si prevede una riunione di equipe ogni 15 giorni dove discutere le situazioni più complesse che potranno essere di volta in volta segnalate all'infermiere di comunità dai vari professionisti.
- Gli altri professionisti svolgeranno l'attività di fisioterapia, terapia occupazionale, infermieristica, OSS ecc nelle loro ore previste dal loro contratto.

Qualora non si riuscisse con il personale dell'ASST e della Casa di Comunità a rispondere in maniera efficace alle richieste soprattutto per quanto concerne le terapie riabilitative sarebbe auspicabile il ricorso a degli enti pattanti.

Eventuali corsi emergenti invece potrebbero derivare dall'attivazione del servizio di telemedicina e teleriabilitazione soprattutto per tutti i pazienti delle fasi intermedie ed avanzate che fanno fatica ad accedere con regolarità presso le strutture ospedaliere o della casa di comunità.

Professionista	Ruolo	Attività	Ore Settimanali	Costo Emergente
Neurologo	Dipendente ASST	Visita Ambulatoriale	4	nullo
Infermiere di Famiglia	Dipendente	<ul style="list-style-type: none"> Gestione ed organizzazione riunioni dell'Equipe Multidisciplinare Gestione appuntamenti del paziente (visita neurologica, ciclo FKT, valutazione TO e trattamento TO, valutazione logopedista e trattamento logopedico; attivazione OSS 	4 4	nullo
Fisioterapista	Dipendente	<ul style="list-style-type: none"> Attività di riabilitazione ambulatoriale Attività di riabilitazione domiciliare 	10 10	nullo
Terapista Occupazionale	Dipendente	<ul style="list-style-type: none"> Attività di valutazione e riabilitazione ambulatoriale Attività di valutazione e riabilitazione domiciliare 	10 10	nullo
Infermiere specializzato	Dipendente o Partita IVA	<ul style="list-style-type: none"> Telemedicina (telefonate periodiche per valutare lo stato di salute del paziente) Attività assistenziale a domicilio 	10 10	nullo
OSS	dipendente	<ul style="list-style-type: none"> Attività domiciliare 	Come da contratto	nullo

RISULTATI ATTESI

- Riduzione degli eventi acuti in particolare cadute, fratture, occlusioni intestinali, delirium,
- Riduzione dell'ospedalizzazione
- Riduzione dell'istituzionalizzazione
- Miglioramento qualità di vita dei pazienti
- Riduzione dei costi

CONCLUSIONI

La strutturazione di un modello di ***presa in carico multidisciplinare*** per i pazienti affetti da Malattia di Parkinson che si possa realizzare in ***maniera continuativa e territoriale*** rappresenta a nostro avviso uno strumento di grande efficacia terapeutica.

In particolare il modello proposto si caratterizza per una **approccio globale e gradualità** cioè una presa in carico che prevede la cura di tutti gli aspetti legati alla malattia, cura che si realizza con una intensità strettamente correlata al livello di gravità della malattia stessa.

Inoltre questo modello ha la caratteristica di **non prevedere costi emergenti** ma di utilizzare i costi del personale che alimentano il processo di cura funzionalizzandoli attraverso una riorganizzazione della erogazione dei servizi finalizzata ad una appropriatezza nell'allocazione delle risorse in modo da ottenere azioni di cura efficaci.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22
- Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022 n.77

BIBLIOGRAFIA

1. Postuma et al; *MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease*; Movement Disorders, Vol. 30, No. 12, 2015.
2. Schapira et al; Non-motor features of Parkinson disease; Nat Rev Neurosci. 2017 Jul;18(7):435-450.
3. Sung Reul Kim et al *Influencing effect of non-motor symptom clusters on quality of life in Parkinson's disease*; J Neurol Sci. 2014 Dec 15;347(1-2):310-5

4. Armstrong M et al *Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease: A Review*; JAMA 2020 Feb 11;323(6):548-560
5. Sarah C. Lidstone ed al *The evidence for multidisciplinary care in Parkinson's disease*; Expert Review of Neurotherapeutics May 2020;
6. Stephen W Pedersen et al *The role and structure of the multidisciplinary team in the management of advanced Parkinson's disease with a focus on the use of levodopa– carbidopa intestinal gel*; Journal of Multidisciplinary Healthcare 2017:10 13–27
7. Abubeker Alebachew Seid et al; *Review Article; Multidisciplinary Rehabilitation for People with Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis*; Parkinson's Disease February 2022
8. Giladi N et al; *Interdisciplinary teamwork for the treatment of people with Parkinson's disease and their families*; Curr Neurol Neurosci Rep 2014

SITOGRAFIA

