

PARKINSON

EVOLUZIONE E CRITICITÀ DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

12° Forum Risk Management in Sanità
Firenze, 29 novembre 2017

WWW.PHARMASTAR.IT

PDF INTERATTIVO



12

65 PAGINE
13 INTERVISTE
14 ARTICOLI

Introduzione

Questo lavoro prosegue quello dello scorso anno ed evidenzia gli avanzamenti dei **percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA)** per i pazienti con malattia di Parkinson, sia a livello nazionale grazie al Piano nazionale cronicità che a livello delle diverse Regioni. Il presente quaderno è stato realizzato grazie al supporto incondizionato dell'azienda farmaceutica Zambon e ripercorre le relazioni e la tavola rotonda della sessione **“PDTA Parkinson: criticità dei percorsi” all'interno del 12° Forum Risk Management in Sanità** tenutosi a Firenze lo scorso 29 novembre.

Il PDTA del Parkinson è incluso nel piano nazionale cronicità eppure solo tre regioni hanno attivato realmente questo percorso: Piemonte, Toscana e Puglia.

Le proiezioni fino al 2040 parlano di un aumento della prevalenza di **crescita della malattia di Parkinson**; diventa quindi importante creare omogeneità dei percorsi a livello nazionale, da parte delle regioni, delle strutture sanitarie, degli enti territoriali coinvolti nella gestione della malattia e delle associazioni come Parkinson Italia onlus.

Nella creazione di questi percorsi oggi è possibile avere il supporto di **tecnologie eHealth**, come la telemedicina e il teleconsulto ma anche di database che possono tracciare il paziente dal momento della visita (aspetti clinici come tipologia di malattia, stadiazione, tipologia di esordio etc) in poi. Questi database riescono a collegare diverse informazioni considerando i dati del territorio e quelli clinici.

Un progetto molto utile che ha per ora confrontato i dati delle regioni Piemonte e Toscana è **“PDTA lab”**; il confronto di questi dati ha permesso di sottolineare le criticità esistenti per meglio impostare i nascenti percorsi e rivedere quelli attivi.



Ad esempio, è necessario definire gli **indicatori** di prevalenza e di incidenza di processo e di esito per creare una base metodologica comune e condivisa.

Tutti gli specialisti coinvolti sono d'accordo che deve essere il **neurologo** a coordinare il PDTA sul Parkinson ma le **cure primarie** assumono un ruolo fondamentale nel riconoscimento della malattia. È questo infatti la prima interfaccia del paziente, da qui viene inviato allo specialista che rappresenta il secondo livello ed eventualmente al terzo livello dove vengono seguiti i pazienti più complessi o con malattia poco chiara.

Bisogna creare un documento agile che possa essere messo in pratica in ogni singola Regione per migliorare la gestione dei pazienti e possa essere utile anche a chi opera sul territorio quindi il medico di medicina generale.

Nel corso dell'incontro è stata ribadita l'importanza della **formazione** non solo degli specialisti ma anche dei medici di famiglia e dei caregiver che ogni giorno sono a contatto diretto col paziente.

Anche se il **trattamento farmacologico** rimane la base della gestione del paziente, è importante che venga affiancato dalla **terapia riabilitativa di supporto**.

Dal punto di vista delle **associazioni** di pazienti bisogna insistere nel far riconoscere la **disabilità** che comporta questa malattia, diminuire i costi socio-assistenziali a livello locale che sono spesso a carico delle associazioni territoriali ed **armonizzare** il lavoro dei medici con quello delle associazioni che devono essere maggiormente riconosciute.





Vasco Giannotti

Forum Risk Management in Sanità: cosa emerge dalla 12° edizione

 **GUARDA IL VIDEO**



La gestione del Parkinson nel piano nazionale cronicità

Highlights della relazione di **Paola Pisanti**, *programmazione Sanitaria Malattie Croniche, Ministero della Salute*.

“Parlando di Parkinson oggi, dal punto di vista di programmazione sanitaria, non si può tralasciare il piano della cronicità”. Così Pisanti ha aperto la sua relazione all'appuntamento annuale all'interno del Forum Risk Management in Sanità.

“

Il piano nazionale cronicità è uno strumento di programmazione sanitaria, che ha coinvolto società scientifiche, esperti delle varie malattie, regioni e associazioni dei pazienti.

”

“È stato un lavoro corale”- ha aggiunto Pisanti -“da cui sono emersi degli impegni da parte delle regioni. Il documento è stato approvato con un accordo stato-regione il 15 settembre 2016 e le regioni, attraverso questo accordo si sono impegnate a re-



cepire formalmente il piano e tutto il suo contenuto. A sua volta il Ministero si è impegnato, attraverso la cabina di regia, a monitorare l'effettiva applicazione e implementazione del piano. È soltanto un primo tassello che dovrà costituire la piattaforma che specifica i comportamenti per i ruoli istituzionali, professionali, per le società scientifiche e per le associazioni”.

Il sistema assistenziale

Il piano è stato costruito ristrutturando dei modelli assistenziali esistenti (regione Veneto, Lombardia, Toscana ed Emilia Romagna ecc), quindi non è un modello di cronicità nuovo. Tutti questi modelli condividevano un concetto importante: “Affrontare il malato cronico come persona e non solo come malato”.

Le parole chiave considerate sono state: valorizzazione della rete assistenziale, flessibilità dei modelli organizzativi, approccio integrato, stadiazione, empowerment.

La stadiazione è un argomento di cui si discute molto: ci sono molte metodologie per stadiare, per questo è importante verificare che questi diversi metodi permettano una stadiazione equa nelle varie regioni, associando ad ogni stadio la stessa condizione clinica di malattia, quindi creando omogeneità anche nei comportamenti.

Il modello è quello del “model of innovative and chronic conditions” (ICCC), definito innovativo perchè le politiche sanitarie devono rispondere alle necessità, tenendo conto della realtà e

dei problemi: la centralità della persona ma soprattutto la centralità del percorso di cura.

“Il PDTA, di cui si è discusso molto, è una contestualizzazione di una linea guida a livello locale; per definizione è un “Percorso di cura Diagnostico Terapeutico Assistenziale”, uno strumento che è consigliato utilizzare per realizzare il piano” ha evidenziato Pisanti.

È necessario che il PDTA si trasformi in un percorso di cura personalizzato, fino ad arrivare al famoso patto di cura tra medici e i pazienti, superando il concetto di consenso informato e promuovendo quello di alleanza e patto tra la parte sanitaria e il paziente.



Il sistema assistenziale

The Model of Innovative Care and Chronic Conditions (ICCC)

Framework of Positive Policies

Strengthening of alliances • Development and assignation of human resources • Policy integration
• Support from the legislative framework • Guarantee of suitable financing • Leadership and support

Community

Awareness and taking away stigma.

Promoting better results through leadership and support.

Mobilization and coordination of resources.

Provision of complementary services.

Health Organization

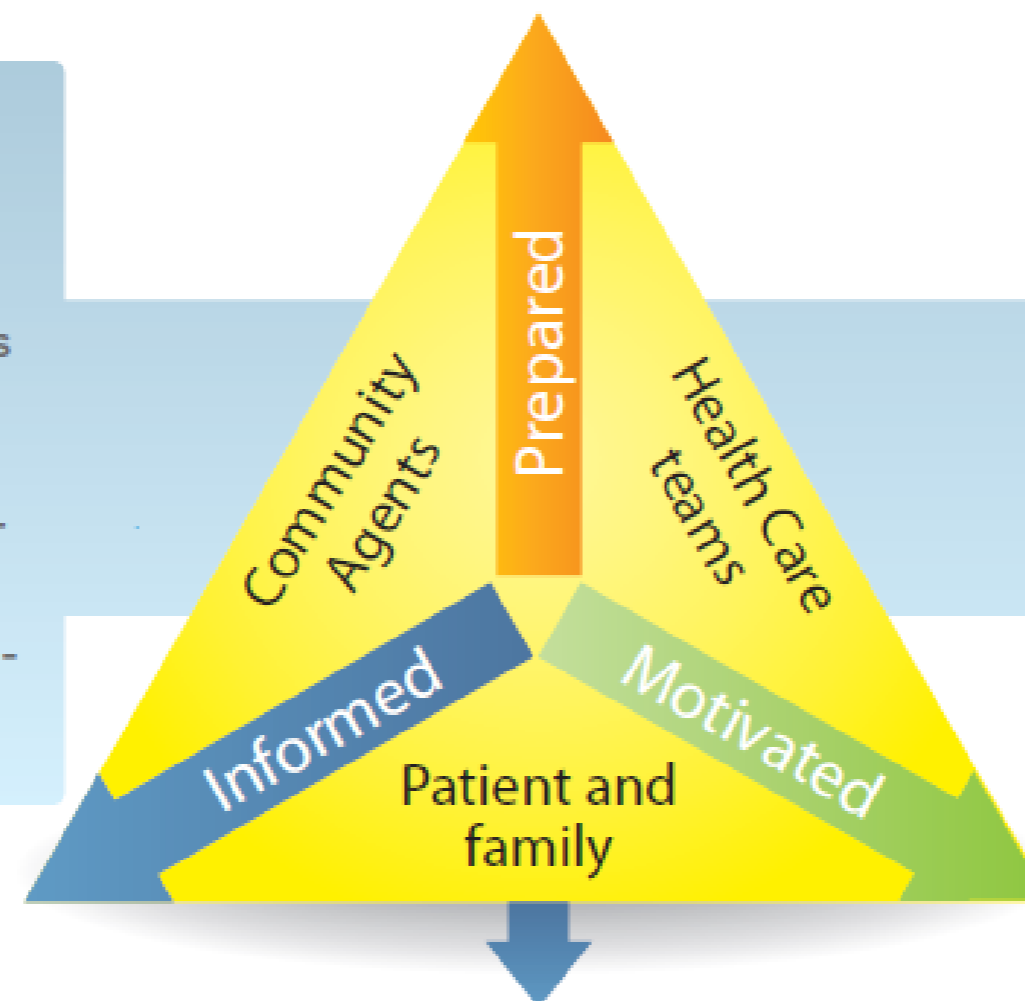
Fostering continuity and coordination.

Promoting quality through leadership and incentives.

Organization and funding of the health care teams.

Use of information systems.

Support for self-care and prevention.



Better results for chronic conditions

Box 1 - Cosa sta cambiando e dovrà cambiare:

- Una nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti: coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona al macrosistema salute.
- Un diverso modello integrato ospedale/territorio: l'ospedale concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la Cronicità, che interagisca con la Specialistica ambulatoriale e con l'Assistenza Primaria.
- Le cure domiciliari: mantenere il più possibile la persona malata al suo domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione.
- Un sistema di cure centrato sulla persona: il paziente "persona" e non più il classico "caso clinico", a sua volta esperto in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di co-esistenza con la cronicità.
- Una valutazione multidimensionale e di outcome personalizzati: la valutazione orientata sul paziente persona, sugli esiti raggiungibili e sul sistema sociosanitario.

Nel piano ad ogni aspetto trasversale (**box 2**) e ad ogni fase sono attribuite strategie, azioni e indicatori, ovvero gli strumenti con cui le regioni possono mettere in campo una tutela assistenziale dei pazienti e una tutela dei professionisti.

Divisione del piano cronicità

La prima parte del piano è dedicata alla prevenzione delle malattie prevenibili. Molte patologie sono prevenibili (non il Parkinson), e quindi è importante tener conto dei fattori di rischio,

Box 2 - Aspetti trasversali da considerare in ogni fase:

- Diffusione competenze (formazione)
- Appropriatazza uso terapie e tecnologie
- Aderenza terapia
- Sanità digitale
- Umanizzazione delle cure
- Ruolo dell'associazionismo
- Ruolo delle farmacie
- Disuguaglianze sociali (fragilità)

della prevenzione di tali fattori e dell'educazione sanitaria. Poi esistono alcune patologie non prevenibili, ma per le quali è possibile lavorare e poter ritardare l'evoluzione della patologia.

Nella seconda parte il Piano individua un primo elenco di patologie croniche, tra cui Parkinson e parkinsonismo. Tali patologie sono state inserite perché meritano degli approfondimenti, sia di organizzazione che di tutela, e sono state selezionate in merito alla rilevanza epidemiologica, alla gravità, che non solo incide sulla persona ma anche sulla famiglia e sul sistema sanitario, alla difficoltà di diagnosi, all'invalidità, all'accesso alle cure, che spesso può essere difficoltoso a causa del passaggio da ospedale a territorio o, nell'ambito dello stesso territorio, da uno specialista all'altro.

“

Bisogna quindi stratificare la popolazione, promuovere la salute grazie alla prevenzione e alla diagnosi precoce, gestire il paziente secondo il piano di cura anche attraverso interventi personalizzati e infine valutare la qualità delle cure erogate.

”

Le patologie che il piano individua sono le seguenti: BPCO e insufficienza respiratoria; malattie renali croniche e insufficienza renale; artrite reumatoide (e artriti croniche in età evolutiva); rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn; insufficienza cardiaca cronica; malattia di Parkinson.

Quattro patologie riguardano l'età evolutiva (insufficienza respiratoria in età evolutiva, asma in età evolutiva, malattie endocrine in età evolutiva, malattie renali croniche in età evolutiva) e richiedono un approfondimento soprattutto per quanto riguarda la quotidianità del ragazzo, la formazione della famiglia, l'interesse del mondo della scuola e il coinvolgimento di altri interlocutori, quali l'ambiente scolastico.

Il Parkinson

All'interno del piano, ogni patologia viene presentata in box, con una parte discorsiva e una parte grafica, così da poter facilitare la comprensione di quali siano le macro-attività, gli obiettivi generali, gli obiettivi specifici, le linee di intervento, i risultati e gli indicatori, che verranno monitorati. Tutto questo rientra nei livelli di assistenza, quindi il Ministero avrà il compito di monitorarne l'applicazione.

Nello specifico, da una collaborazione tra Ministero, società scientifiche, esperti e regioni è stato elaborato il contenuto del box relativo a Parkinson e Parkinsonismi (fig.1).





Figura 1 Box relativo a Parkinson e Parkinsonismi all'interno del Piano Cronicità

“

Oltre al PDTA, il piano di cura deve tener conto anche delle comorbidity, legate o meno a complicanze della malattia e deve tenere in considerazione anche la conflittualità che spesso esiste tra un PDTA e l'altro, quindi in questi casi è necessario creare un percorso di cura personalizzato.

”

I PDTA non vengono costruiti per tutte le patologie, ma secondo criteri ben precisi di prevalenza e impatto, e definiti da studi che aiutano nella valutazione dell'impiego di risorse economiche, risorse strutturali e di persone.

L'esempio della regione Umbria

Il piano della cronicità è stato in questo momento recepito da Puglia e Umbria.

L'Umbria ha approvato un documento tecnico, in cui sono stati stabiliti i criteri per dare attuazione a livello regionale alle linee individuate nel piano nazionale della cronicità. Il piano sanitario regionale è in fase di scrittura con il supporto del Ministero.

In questo documento è stata riportata una fotografia della situazione attuale, una spiegazione della patologia stessa, dell'eziologia e del processo patogenetico, così come il processo diagnostico, una riflessione sulle criticità, specificando gli obiettivi specifici, gli interventi e i PDTA. La regione Umbria ha messo in atto quello che ci si aspetta venga fatto da tutte le regioni.



Il lavoro è partito proprio dalle criticità che hanno evidenziato:

- Carezza di rete diagnostica/ terapeutica/ assistenziale nel territorio regionale
- Presenza di modelli operativi definiti all'interno delle aziende in maniera diversificata con insufficiente integrazione territorio/ospedale
- Carezza di percorsi predefiniti di collegamento tra e con centri ospedalieri e servizi territoriali
- Mancanza di misure di valutazione dei percorsi della qualità delle cure.

Gli obiettivi generali prefissati sono quelli previsti dal piano nazionale:

- Migliorare la conoscenza della patologia
- Organizzare interventi di promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce
- Garantire la presa in carico del paziente e della famiglia con riduzione della disabilità fisica, psico/cognitiva e funzionale dei soggetti affetti da malattia di Parkinson
- Impostazione ed offerta precoce delle cure palliative in tutti i setting di cura secondo il "national health care system approach"

“In conclusione l'impegno preso lo scorso anno dal Ministero era quello di fare in modo che questo piano venisse non solo recepito, ma anche applicato e monitorato. È stata istituita una cabina di regia a livello ministeriale, con tutte le regioni e le rappresentanze, che coordina l'applicazione del piano, monitora i risultati, valuta le progettualità, perché molti obiettivi sono a livello di sperimentazione, tra cui nuovi sistemi di remunerazione, non più a prestazione ma a budget di percorso. Fondamentale è non parlare più di un modello a "sylos" diversificato e verticale, ma di percorsi integrati e trasversali" ha sottolineato Pisanti.

Cosa aspettarci dal prossimo futuro

Uno dei prossimi passaggi (già in corso in alcuni casi) è quello di supportare il piano cronicità con un nuovo sistema di garanzia di livelli essenziali di assistenza, che sta provvedendo a dare indicatori per il processo di esito per l'aderenza alle indicazioni specialistiche. È stato fatto per il diabete, per la BPCO, e successivamente verrà fatto ancora per altre 3-4 patologie.

Alle regioni verranno forniti degli indicatori e saranno molto d'aiuto i dati del nuovo sistema informativo. A quelli già presenti (specialistica, assistenza domiciliare, indipendenza...) si aggiungeranno dati sulle cure primarie, sugli ospedali, sulla residenzialità e sulla riabilitazione. Tutto questo, insieme al fascicolo sanitario, dovrebbe consentire di avere i dati epidemiologici a livello centrale.

Il modello sulla cronicità potrà essere rafforzato soprattutto con l'uso di tecnologie eHealth, come la telemedicina e il teleconsulto, che sono obiettivi su cui le regioni si focalizzeranno, affiancando questo ad un nuovo progetto con un finanziamento di 25 milioni di euro, che servirà a dare un supporto tecnologico per implementare il piano.

In questo momento bisogna solo riflettere su come il Parkinson possa giovare di questo sistema.



Paola Pisanti, Ministero della Salute

La gestione del Parkinson nel piano della cronicità

- Il piano nazionale cronicità è uno strumento di programmazione sanitaria, approvato con un accordo stato-regione il 15 settembre 2016
- Le parole chiave nella strutturazione del piano sono state : valorizzazione della rete assistenziale, flessibilità dei modelli organizzativi, approccio integrato, stadiazione, empowerment
- I PDTA non vengono costruiti per tutte le patologie, ma secondo criteri ben precisi di prevalenza e impatto, e definiti da studi che aiutano nella valutazione dell'impiego di risorse economiche, risorse strutturali e di persone.
- Adesso è necessario supportare il piano cronicità con un nuovo sistema di garanzia di livelli essenziali di assistenza, che sta provvedendo a dare indicatori per il processo di esito per l'aderenza alle indicazioni specialistiche.
- Il modello sulla cronicità potrà essere rafforzato soprattutto con l'uso di tecnologie eHealth, come la telemedicina e il teleconsulto.

 **GUARDA IL VIDEO**



Quale criticità nei PDTA del Parkinson, esperienza della regione Toscana

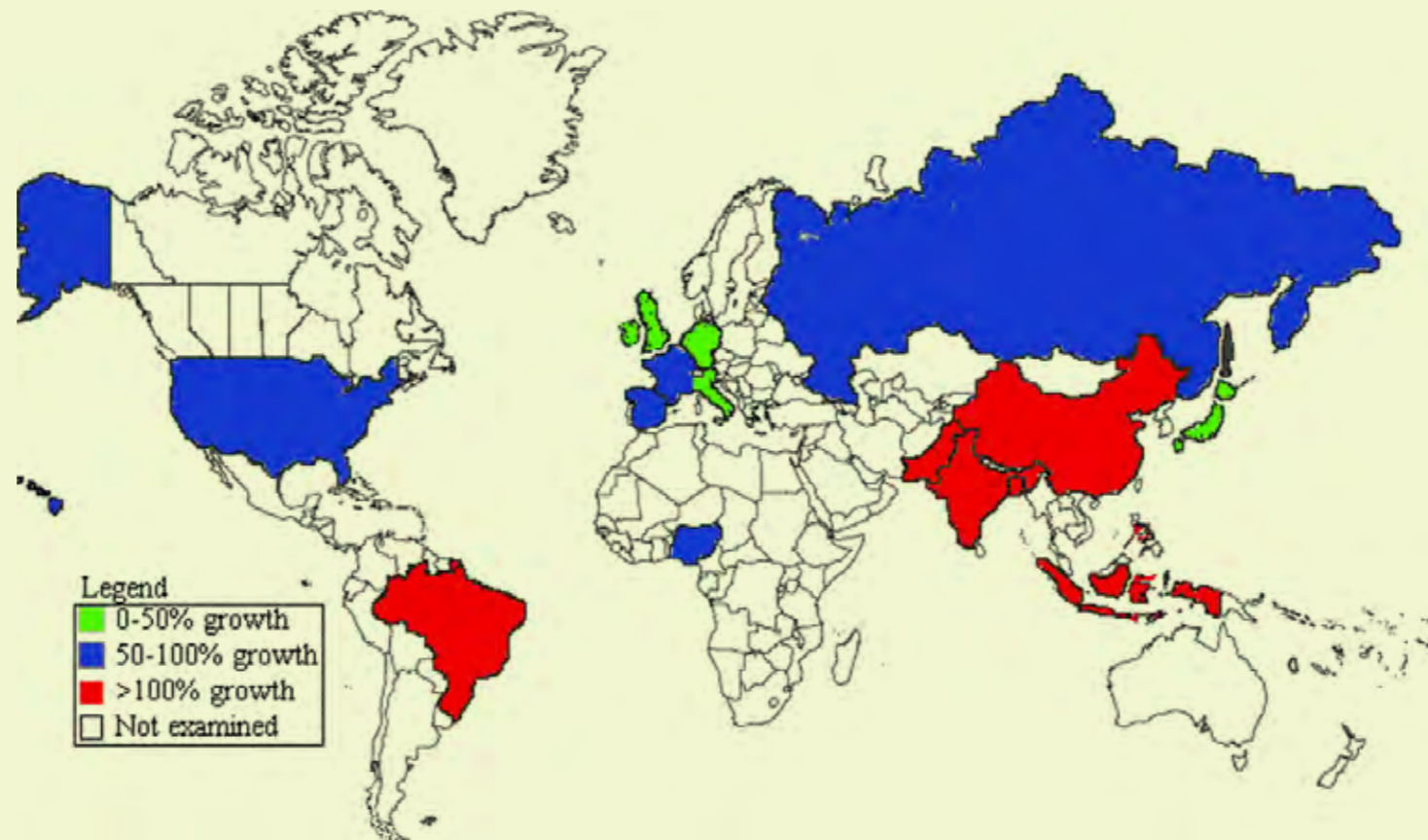
Highlights della relazione di **Roberto Marconi**, *UOC Neurologia, Azienda USL Toscana sud est-Grosseto*.

Nel costruire la rete organizzativa dei PDTA sulla malattia di Parkinson è fondamentale una corretta diagnosi di malattia prima di mettere in atto delle misure organizzative che possano consentire la presa in carico anche del cittadino che vive nelle località più lontane e disagiate della regione. “Questo argo-

mento diventa centrale, soprattutto perché è previsto nei prossimi anni un progressivo incremento della prevalenza della malattia di Parkinson” ha precisato Roberto Marconi.

“Nel nostro paese, che vede anche un calo di natalità, è previsto nei prossimi anni un incremento dei casi almeno del 50% fino al 2030”- ha proseguito Marconi- “sarà comunque di minor entità rispetto ad alcuni Paesi in via di sviluppo come il Brasile o i paesi dell’Indocina”.

MP: Proiezioni dell’incremento nel mondo dal 2005 al 2030



Strumenti di analisi: PDTA

Nel momento in cui viene disegnato un PDTA e viene messo in atto, è doveroso procedere con una metodologia molto rigorosa, perché è importante stabilire le 4 fasi:

1. Analisi dello stato attuale: mappa degli episodi-cruscotto direzionale PDTA
2. La progettazione: che tiene conto delle risorse presenti in loco.
3. L'attuazione e la gestione del cambiamento
4. Il monitoraggio: reporting di PDTA.



Tra gli aspetti generali, deve essere tenuto in considerazione il fatto che, nonostante sia una condizione patologica con delle caratteristiche ben riconoscibili, dal punto di vista clinico presenta delle complessità: esistono oggi dei sottotipi di Parkinson che possono avere una prognosi diversa e quindi richiedono la possibilità di interventi differenziati.



È da tener conto anche di quanto sia difficile mettere insieme gli aspetti sanitari e quelli assistenziali, e quindi fissarli in una sequenza spazio-temporale coordinata.

Box 1 - PDTA: Aspetti generali

- Ha un oggetto unitario, condizione o problema di salute
- È la sommatoria di processi eterogenei-sanitari, assistenziali
- Propone una specifica sequenza spaziale e temporale di attività e comportamenti
- Viene valutato nella sua interezza o in una specifica gestione per processi, rispetto ai risultati di efficacia e di efficienza

Le altre criticità sono rappresentate in ordine generale da:

- Numerosità degli erogatori: si tratta di un percorso elaborato da più specialisti e professioni.
- Eterogeneità dei flussi informativi: perché non sono presenti dei sistemi abilitanti, che possano fornire indirettamente le informazioni che sono necessarie.
- Difficoltà di relazione tra le aziende e i professionisti.
- Pluralità dei saperi con scarsa propensione all'interscambio: è difficile dal punto di vista culturale rinunciare alla propria unicità, mentre nel PDTA ognuno è importante tanto quanto l'altro, quindi tutti sono importanti.
- L'importanza è la condivisione con le professioni infermieristiche, che diventa sempre più rilevante sull'aspetto assistenziale territoriale.



Quindi risulta chiaro come l'area di progettazione del PDTA debba essere contestualizzata a livello locale, partendo dall'identificazione della casistica reale per poi procedere attraverso la scelta del modello che si deciderà di mettere in atto.

Box 2 - Le aree di progettazione del PDTA

- Il "radar" cioè identificare la casistica reale
- Rileggere lo storico attraverso i modelli di consumo delle prestazioni
- Rivedere il modello di presa in carico
- Strutturare i sistemi di "dialogo" nella rete
- Verificare la reale risposta

Modello di presa in carico

Non tutte le regioni però hanno la stessa visione, ad esempio l'esperienza lombarda ha dimostrato di avere un punto di vista diverso dal modello toscano, quindi ci possono essere anche delle diversità sul modello che potrà essere preso in carico.



La malattia di Parkinson è una condizione, così come la sclerosi multipla, caratterizzata da una cronicità ad elevata complessità assistenziale, quindi finché è possibile mantenere un baricentro specialistico, questo può mantenere e garantire una qualità di erogazione dei servizi.



È importante tener conto delle risorse, quindi cercare anche dei modelli a baricentro misto, che possano sostituire quelli specialisti almeno per le fasi meno complicate della malattia. Ovviamente per ciascuna fase del percorso occorre cercare di garantire le attività al paziente e determinare quali sono quelle da considerare prevalenti, gli attori di ciascuna attività e dove possono essere erogate, non necessariamente solo in ambito ospedaliero ma, soprattutto nelle prima fasi di malattia, in ambito territoriale".

L'evoluzione delle reti cliniche: dalla rete professionale (clinical practice) alle reti managed (clinical management e governance)

Le reti professionali sono nate molto prima di quelle reti che intende oggi il governo sanitario, reti con le “managed care network” cioè che abbiano la previsione di un governo e un controllo ottimale.

PDTA: Fattori di complessità

Sicuramente un fattore di complessità sul piano clinico è rappresentato dal fatto che, benché quella di Parkinson sia una diagnosi apparentemente semplice, in realtà esistono delle difficoltà di tipo diagnostico, soprattutto nelle fasi iniziali, in cui risulta fondamentale la figura del neurologo, soprattutto per utilizzare al meglio le risorse.”

Dall'altra parte bisogna considerare che i criteri diagnostici tendono ad evolvere molto velocemente.

“Due lavori pubblicati nel 2015 “MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson’s disease” e “MDS research criteria for prodromal Parkinson’s disease” sottolineano i criteri diagnostici in ambito di ricerca, utilizzati poi nella parte clinica, e i criteri di tipo prodromico, per poter fare diagnosi sempre in una fase più precoce di malattia” ha sottolineato Marconi.

Anche dal punto di vista clinico si individuano diversi sottotipi di malattia che possono avere una diversa prognosi; il fenotipo “might motor predominant”, rappresenta una forma tremorigena che tende ad avere una progressione di malattia più lenta rispetto alle forme acinetiche o rigide. Esistono anche delle forme più aggressive, in cui i sintomi non motori tendono ad essere prevalenti: declino cognitivo, disturbi del sonno e disautonomia.

Questa diversità pone indicazione anche ad utilizzare delle tecnologie più avanzate che possano permettere una diagnosi più affinata.

PDTA della malattia di Parkinson

Per quanto riguarda i documenti, la regione Piemonte è stata la prima nel 2010 a preparare un documento sul percorso diagnostico per la malattia di Parkinson. Anche alcune aziende sanitarie, come quelle di Bologna e dell'Emilia Romagna hanno redatto dei PDTA.

“In regione toscana, dopo l'approvazione di un documento di indirizzo” ha aggiunto Marconi “ogni area ha cercato di lavorare cercando, innanzitutto, di costituire una organizzazione di assistenza sullo stesso modello del triveneto, nel quale al centro della malattia di Parkinson ha un'organizzazione multipla sul territorio per dare una risposta più vicina ai bisogni del paziente.” Inoltre, come si faceva riferimento anche nel modello del Ministero, ad ogni fase della malattia, determinata secondo la



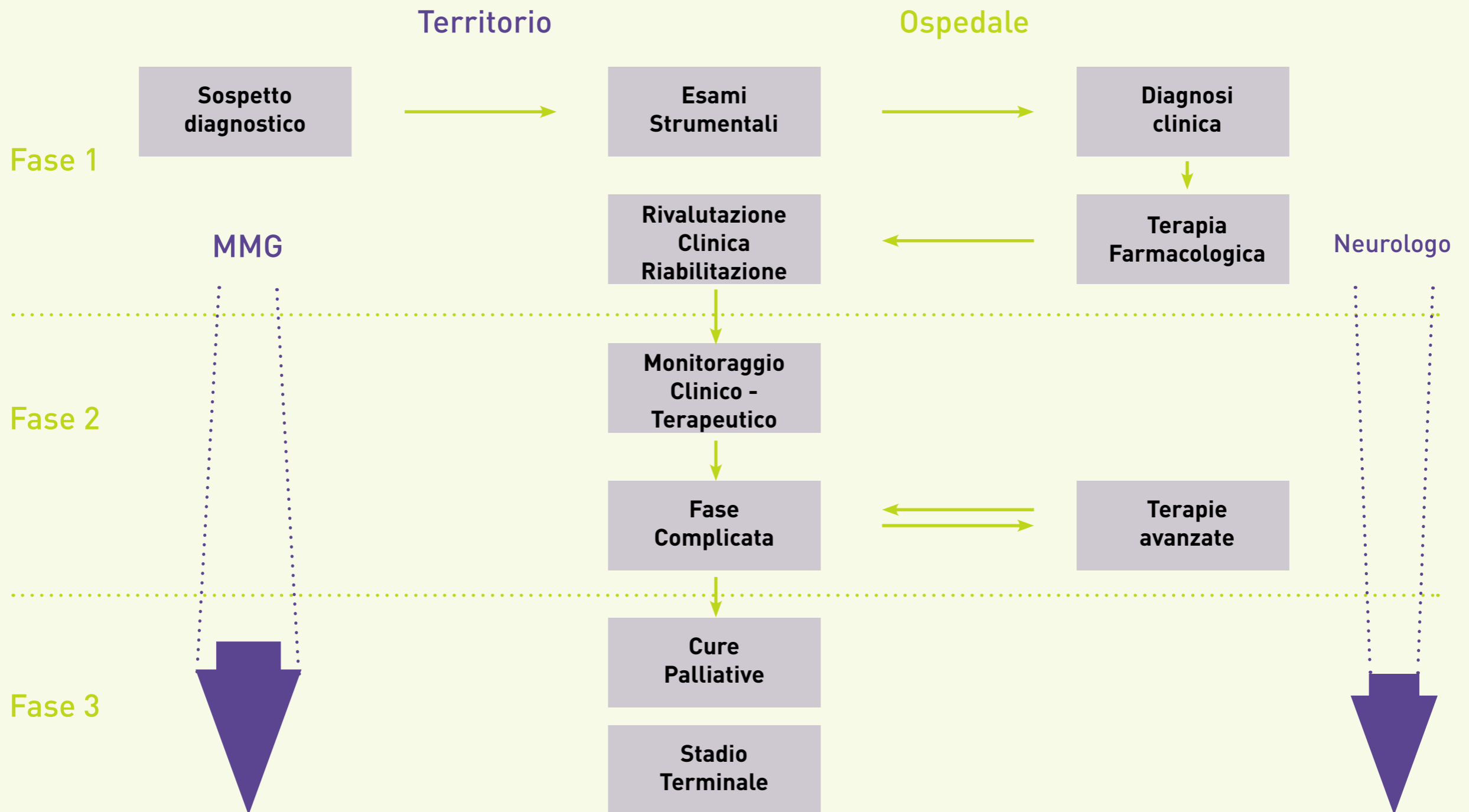
La figura del neurologo, che prevale nelle fasi iniziali, tenderà a rapportarsi in maniera stretta e a collaborare fin da subito con il medico di medicina generale, per poi lasciargli maggior spazio di intervento nelle fasi più avanzate di malattia in cui l'assistenza domiciliare diventa il punto principale di intervento.



scala di Hoehn e Yahr, è stato attribuito un preciso livello di intervento: nelle fasi iniziali di malattia l'intervento è di pertinenza della medicina generale, successivamente, nelle fasi intermedie, si ricorre ad un livello specialistico che vede accanto al neurologo anche altre figure mediche e paramediche, e da ultimo, nelle fasi più avanzate, ad un terzo livello specialistico avanzato

che è dedicato soprattutto alle terapie avanzate”.

“Tutto questo, a livello delle tre aree vaste toscane, si traduce attraverso la costruzione di reti cliniche integrate e strutturate, partite come proposta dall'area sud-est e che ora diventeranno parte del piano sanitario regionale” ha proseguito Marconi.





All'interno delle aggregazioni funzionali territoriali, che raggruppano dai 10-20 medici di medicina generale si individueranno uno o due medici esperti nelle patologie neurologiche, che possano interfacciarsi con il medico specialista ospedaliero per cercare di garantire una maggior continuità in ambito sanitario e quindi dare maggior corposità alla costruzione della rete finemente integrata e strutturata.

Laboratorio PDTA

Nella costruzione di un laboratorio PDTA bisogna individuare: patologie, promotori, coordinatori del processo, il sistema informativo, gli indicatori, i finanziamenti, i partner e il tipo di formazione.

Un aspetto importante è quello della definizione della fase avanzata. In campo internazionale sono presenti diverse indicazioni e articoli che citano questo aspetto e sicuramente il laboratorio dei PDTA è stato utile: ha monitorato lo stato di attuazione dei PDTA in Italia, anche relativamente alla malattia di Parkinson, in cui è possibile vedere non solo chi sono i soggetti promotori, che in genere sono soggetti prevalentemente pubblici, regioni o aziende sanitarie, o anche associazioni e società scientifiche, ma anche i soggetti che coordinano il percorso, rappresentati in genere dal distretto sanitario o dall'ospedale con i medici di medicina generale.

“Il punto dolente, su cui si insiste maggiormente a livello regionale, è che non esiste un sistema informativo abilitante adeguato a garantire dei flussi correnti, che possano darci indicazioni al momento di quella che è la situazione attuale” ha precisato Marconi.

Di rilievo anche la questione degli indicatori, sia di processo che di esito.



L'Accademia Limpe-Dismov ha proposto un documento di indirizzo per la redazione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per la malattia di Parkinson e i Parkinsonismi, in cui si fa riferimento a quelli che possono essere indicatori di processo, i "Kpi", per la fase del processo assistenziale. Questo tipo di indicatore è di maggiore utilità per la comprensione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza, rispetto agli indicatori di esito.



Inoltre è da considerare anche il finanziamento; a questo proposito è importante prevedere la possibilità di una partnership pubblico-privato per una stretta collaborazione, così da poter condividere questi processi anche con la società civile e con le associazioni di pazienti.

Non da ultimo la formazione, che è un aspetto molto rilevante. "Sarà necessario stabilire quali siano gli strumenti" - ha aggiunto Marconi - "perché la scala di Hoehn e Yahr (utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson) non è più adeguata per seguire l'evoluzione della malattia. Anche la

"linea guida 24" proposta da Limpe per la malattia di Parkinson necessiterà di una revisione nel prossimo futuro".

Quello che si può dire a proposito dell'economicità è che il PDTA, una formula organizzativa complessa, prevede un'azione specifica programmatica a competenza pubblica, in cui il presidio ospedaliero e le aziende universitarie rimangono centrali nello sviluppo del percorso e del disegno del documento, nel quale però sono presenti delle criticità, che vanno superate per avere uno strumento adeguato.

I prossimi obiettivi saranno quindi migliorare la certezza delle fonti, stabilire meglio gli indicatori più facilmente fruibili ma che siano allo stesso tempo condivisi con i professionisti e considerare l'importante problema del finanziamento.

Per poter garantire e mantenere un modello adeguato di management e un approccio personalizzato, queste azioni dovranno essere messe in atto, con l'apporto di tutti e nel più breve tempo possibile.





Roberto Marconi

PDTA per la malattia di Parkinson, esperienza della regione Toscana

 **GUARDA IL VIDEO**

- Il PDTA è una formula “organizzativa” di approfondimento metodologico, di condivisione degli strumenti messi a punto, di discussione sugli indicatori di qualità (numero di visite di controllo/di cicli di riabilitazione/AFA/continuità terapeutica)
- La previsione di un PDTA è una specifica azione programmatica a competenza pubblica i cui promotori non possono che essere le Regioni e le Aziende sanitarie “territoriali”; i presidi ospedalieri e le AOU rimangono centrali nello sviluppo dell’assistenza, a partire dal ruolo diagnostico che ancora non sembra avere alternative negli altri interlocutori
- Oltre il 40% dei PDTA non può contare su fonti certe e coordinate di informazioni analitiche (per la gestione del percorso, per la sua valutazione in termini di efficacia e di efficienza e per il controllo dei costi); una delle maggiori criticità dell’impianto dei PDTA è l’assenza di una informatizzazione adeguata dei servizi
- Il sistema degli indicatori appare definito in maniera variegata
- Il problema del finanziamento dei PDTA mostra i limiti di una consistente quota di percorsi non finanziati in maniera specifica e l’inclusione nei PDTA di attività di riabilitazione appare ancora insufficiente

28 NOVEMBRE - 1 DICEMBRE 2017

12° Forum Risk Management 2017 in Sanità®
www.forumriskmanagement.it

SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE: LA SFIDA PER IL CAMBIAMENTO DELLA SANITÀ

RUOLO E RESPONSABILITÀ DELLE PROFESSIONI SANITARIE
EMPOWERMENT DEL CITTADINO

FIRENZE | FORTEZZA DA BASSO



La pianificazione dell'assistenza nel progetto della Regione Piemonte

Highlights della relazione di **Leonardo Lopiano**, *Direttore FC Neurologia 2, AOU Città della Salute e della Scienza Torino*.

La prevalenza della malattia di Parkinson è pari allo 0,3% nella popolazione generale e all'1% nei soggetti di età superiore ai 60 anni. In Italia, la malattia interessa circa 250mila pazienti, metà dei quali ancora in età lavorativa e ogni anno si registrano 6mila nuovi casi. Nella regione Piemonte 15-20mila persone sono affette da malattia di Parkinson e Parkinsonismi.

Il Parkinson non è solo una malattia della popolazione anziana, ma può interessare anche i giovani. Si tratta di una malattia fortemente invalidante, con un notevole impatto sulla qualità di vita, soprattutto nelle fasi più avanzate.

Perché i PDTA?

I PDTA rappresentano la contestualizzazione di Linee Guida relative a una patologia o problematica clinica, in una specifica realtà organizzativa. Si tratta di modelli locali che, sulla base delle linee guida e in relazione alle risorse disponibili, consentono un'analisi degli scostamenti tra la situazione osservata e quella attesa, in funzione del miglioramento. Inoltre, i PDTA sono strumenti che permettono di delineare, rispetto a una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione.

Gli obiettivi di questi strumenti includono il garantire al paziente un percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale coerente con le indicazioni basate su prove di efficacia e il garantire

equità ed omogeneità di accesso alle prestazioni attraverso l'identificazione di scenari clinici definiti, onde evitare prestazioni diagnostiche non finalizzate e percorsi specialistici ridondanti.

Il PDTA della Regione Piemonte per la malattia di Parkinson

Nel 2010 in regione Piemonte è stato messo a punto un documento che descrive in modo dettagliato tutte le fasi della gestione di un paziente con malattia di Parkinson, dalla diagnosi alle terapie, alla riabilitazione, alle cure palliative. A questo documento, che ha descritto il percorso diagnostico terapeutico



assistenziale (PDTA) per la malattia di Parkinson hanno lavorato numerosi neurologi in collaborazione con diverse figure professionali che a vario titolo hanno a che fare con i pazienti affetti da questa malattia.

“Questo documento, che è stato reso disponibile per tutti gli ospedali e ambulatori della regione, ha fatto sì che si creasse una collaborazione tra gli operatori sanitari che si occupano di questi pazienti. Negli anni successivi alla stesura del documento sono stati organizzati degli incontri tra i vari professionisti per discutere di come migliorare la gestione dei pazienti con malattia di Parkinson, e questo ha portato alla costruzione di una rete regionale per la malattia”, spiega Lopiano.

Nella costruzione del PDTA per la malattia di Parkinson della regione Piemonte sono stati affrontati e descritti nei loro contenuti i temi relativi all’“attuale situazione organizzativa”, il “percorso ideale” e il “percorso di riferimento”.

L’attuale situazione organizzativa descrive la realtà esistente da un punto di vista delle attività e delle risorse, ed evidenzia le maggiori problematiche e criticità individuate rispetto allo specifico problema di salute in Piemonte. Il “percorso ideale” descrive le migliori pratiche professionali e di gestione desunte dalle Linee Guida e dalla letteratura.

Sono recepite e individuate come “percorso ideale” del paziente con malattia di Parkinson le indicazioni delle principali linee guida e raccomandazioni basate sull’evidenza nazionali e internazionali.

Nella costruzione del “percorso di riferimento” il gruppo di lavoro ha selezionato alcuni temi ritenuti rilevanti per il PDTA regionale, definendo i seguenti capitoli:

1. Percorso diagnostico
2. Fase iniziale-intermedia di malattia
3. Fase avanzata di malattia
4. Sintomi non motori, comorbidità e Cure Palliative
5. Riabilitazione

Il percorso di riferimento

Il “percorso di riferimento” è il PDTA raccomandato e rappresenta la pianificazione logica e cronologica degli interventi necessari e ottimizzati nell’approccio al paziente affetto da malattia di Parkinson frutto del confronto fra “percorso attuale” e “percorso ideale”.

Nella costruzione del “percorso di riferimento” sono state individuate diverse fasi di processo, fasi che corrispondono a momenti diversi del percorso del paziente parkinsoniano e che identificano situazioni e contesti gestionali clinici ed organizzativi da cui scaturiscono e si sviluppano tutte le attività ritenute necessarie e realizzabili.

Il percorso diagnostico

In presenza di un paziente che manifesta segni e sintomi compatibili con la diagnosi di malattia di Parkinson è opportuno che il medico di medicina generale lo invii per l’appropriato inquadramento diagnostico a un ambulatorio per la diagnosi della malattia di Parkinson e dei disordini del movimento o, laddove non presente, a un ambulatorio neurologico.

È compito del medico di medicina generale porre il sospetto diagnostico nei pazienti sintomatici, individuati i soggetti con sospetta malattia di Parkinson è compito del medico di medicina generale richiedere una visita specialistica. Inoltre, è compito di



questa figura professionale riportare i dati anamnestici e patologici remoti e prossimi e l'eventuale assunzione di farmaci in un documento che avrà la funzione di garantire la comunicazione tra i professionisti coinvolti nella presa in carico del paziente in un'ottica di integrazione delle cure tra ospedale e territorio.

Il percorso diagnostico-terapeutico

È compito dell'ambulatorio dei disturbi del movimento l'esecuzione di una diagnosi precoce, l'impostazione della terapia prendendo in considerazione anche la prevenzione delle possibili complicanze motorie.

È compito di questo ambulatorio escludere la diagnosi di malattia di Parkinson individuando il percorso diagnostico terapeutico successivo ed effettuare la sorveglianza del decorso della malattia e degli effetti della terapia per evitare procedure terapeutiche improprie ed effetti collaterali indotti dal trattamento cronico con i farmaci antiparkinsoniani.

Il percorso riabilitativo

La diagnosi di malattia viene effettuata dallo specialista neurologo, il quale rappresenta il referente clinico per tutto il decorso della malattia. Qualora il neurologo individui nel paziente bisogni riabilitativi, consiglia una visita fisiatrica ambulatoriale o domiciliare nel caso in cui il paziente non sia trasportabile in ambulatorio. Tale visita deve essere effettuata preferibilmente dai fisiatri della ASL di residenza del paziente.

Qualora il paziente venga visitato ambulatorialmente presso strutture riabilitative di A.S.R. o presso Centri Privati Accreditati, è opportuno che il Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) formulato venga inviato, per conoscenza, tramite lo strumento della Scheda Regionale di Percorso, alla S.C. di Fisiatria dell'ASL di residenza, che dovrebbe seguire lo sviluppo a distanza e che dovrebbe comunicare l'inizio di tale progetto riabilitativo al medico di medicina generale del paziente.

Conclusioni e criticità

I dati epidemiologici indicano che la malattia di Parkinson ha un elevato impatto socio-assistenziale poiché si tratta della patologia neurodegenerativa più frequente, dopo la malattia di Alzheimer. Si tratta, inoltre, di una malattia cronico-progressiva con un crescente aumento del grado di disabilità dovuto alle complicanze motorie della fase avanzata, ai sintomi non motori e alla comorbilità.

Dopo alcuni anni di malattia la disabilità motoria e cognitiva-psichica può essere molto grave richiedendo una gestione multidisciplinare del paziente parkinsoniano e la necessità di ricoveri, anche urgenti, legati a problemi inerenti la malattia (gravi blocchi acinetici, gravi discinesie) oppure alle frequenti comorbilità. Un altro dato rilevante è quello che riguarda l'incremento dei casi di malattia di Parkinson nei prossimi anni a causa dell'aumento della speranza di vita media, questo comporterà un elevato numero di pazienti parkinsoniani in fase avanzata con grave disabilità.

Tale quota di pazienti necessita di una gestione molto impegnativa da un punto di vista medico, socio-assistenziale e familiare con l'intervento di numerose figure assistenziali e di un approccio multidisciplinare integrato che va dalla terapia interventistica, ai programmi riabilitativi, all'assistenza domiciliare, al supporto socio-assistenziale, al supporto del caregiver, ai ricoveri di sollievo fino alle cure palliative.

Fatte queste premesse i dati del censimento regionale hanno portato alle seguenti considerazioni.

Personale

Non ci sono neurologi dedicati alla Diagnosi e alla Terapia della malattia di Parkinson e dei Disordini del Movimento; conseguentemente, anche il tempo dedicato all'ambulatorio, in alcuni Centri è molto basso.

Lo stesso rilievo va fatto per il personale infermieristico e per i neuropsicologici (assenza di personale dedicato).

È pertanto auspicabile, vista la peculiarità assistenziale della malattia di Parkinson, che questo aspetto possa essere in futuro modificato grazie alla formazione di neurologi esperti di Disordini del Movimento (malattia di Parkinson, parkinsonismi, distonie, tremori, atassie, disturbi ipercinetici) e dedicati prevalentemente a tale attività.

Lo stesso discorso va applicato alla figura del neuropsicologo e al personale infermieristico.

Degenza

La maggior parte dei Reparti di Neurologia della Regione Piemonte effettua ricoveri ordinari per malattia di Parkinson.

Le cause più frequenti dei ricoveri sono rappresentate da: revisione della terapia, approfondimento diagnostico, posizionamento dispositivi di infusione (apomorfina s.c., Duodopa tramite PEG), interventi di Stimolazione Cerebrale Profonda (DBS).

Un dato rilevante è rappresentato dalla elevata percentuale di Reparti (82%) che ricovera pazienti affetti da malattia di Parkinson/parkinsonismi dal Pronto Soccorso. Questi dati nel loro insieme dimostrano che la malattia di Parkinson e ancor più i parkinsonismi degenerativi atipici non malattie esclusivamente "ambulatoriale territoriale", ma spesso necessitano di un trattamento in regime di ricovero ospedaliero, anche come ricovero urgente.

L'utilizzo di procedure terapeutiche interventistiche nel trattamento della fase avanzata è un ulteriore elemento che deve far prendere in considerazione la possibilità di posti letto ad accesso "facilitato per tali pazienti.

Infine, una criticità altrettanto fondamentale del PDTA, è la grande difficoltà nell'eseguire ricoveri di sollievo per pazienti in fase molto avanzata di malattia di Parkinson."



Formazione

Un aspetto ritenuto rilevante dal tavolo riguarda la formazione. L'approfondimento di questo aspetto è uno degli obiettivi del progetto e riguarda tutti le figure professionali che intervengono nel PDTA della malattia di Parkinson e dei parkinsonismi degenerativi atipici (dal caregiver fino alle figure professionali più "esperte" di Disordini del Movimento).

Proposte

L'organizzazione della rete ospedaliera per i Disordini del Movimento prevede uno o più presidi ospedalieri responsabili di interventi diagnostici e terapeutici di maggiore complessità e specializzazione.

I presidi ospedalieri, tramite adeguati supporti informatici, dovrebbero essere collegati ad altre strutture della Regione quali ospedali con minore complessità, ambulatori territoriali, strutture riabilitative, strutture di lungodegenza, RSA, fino al domicilio dei pazienti.

Il sistema organizzativo a rete può garantire ai pazienti un miglior livello di prestazioni terapeutiche e maggiore facilità di accesso alle singole tipologie di prestazione sanitaria.

Struttura per l'attività dei centri

Il tavolo di lavoro AReSS sulla malattia di Parkinson, nel corso del 2010, si è impegnato nella definizione del modello organizzativo in rete per la gestione della malattia di Parkinson e dei Parkinsonismi, che vede coinvolti i Centri che si occupano della patologia. Per questo, il gruppo di lavoro ha delineato e proposto i requisiti dei Centri, individuando tre livelli.

Per **I livello** si intende un Ambulatorio Neurologico che può essere situato sul territorio o in Presidio Ospedaliero. È necessaria la presenza di un neurologo esperto che sappia inquadrare qualsiasi disordine di movimento per trattarlo direttamente o avviarlo a Centri di II e III livello in base alla scala di gravità

e complicanze. La presenza di un infermiere dedicato è raccomandabile.

Per **II livello** si intende una Struttura Complessa di Neurologia che abbia: l'ambulatorio strutturato con le caratteristiche di cui sopra, letti di degenza per casi complicati, possibilità di accesso ad esami e valutazioni complesse:

- Risonanza magnetica encefalo
- Scintigrafia cerebrale con Dat-Scan
- Valutazione neuropsicologica
- Uso corrente di tossina botulinica
- Facile accesso al Reparto di Gastroenterologia

esperienza nell'uso di:

- Apomorfina s.c. e in pompa infusoriale
- Duodopa via PEG/PEJ

Più che mai indispensabile per tutte queste attività la presenza di più medici che si interessino ai Disordini del Movimento e più ancora di infermieri che abbiano conoscenza dei vari tipi di patologia e dei sistemi di infusione (Apomorfina e Duodopa). La Struttura deve essere in grado di gestire la routine e le urgenze. Deve essere garantito il collegamento costante con la Gastroenterologia e il servizio di Nutrizione Clinica, anche per le visite urgenti.

Per il **III livello** è fondamentale la presenza di tutte le caratteristiche dei centri di secondo livello.

Esecuzione di interventi di DBS. Questi interventi necessitano di un'équipe multidisciplinare (Neurochirurgo esperto di procedure stereotassiche, Neurologo esperto in disturbi del movimento, Neuroanestesista, Neuroradiologo, Neuropsicologo clinico ed eventualmente dello Psichiatra). È fondamentale per questa at-



Leonardo Lopiano

PDTA per la malattia di Parkinson, esperienza della regione Piemonte

GUARDA IL VIDEO

tività l'interazione tra la Neurochirurgia funzionale e neurologi esperti di selezione dei pazienti, monitoraggio intraoperatorio per gli interventi di DBS e di follow-up dei pazienti operati.

Il centro regionale esperto per la malattia di Parkinson in regione Piemonte

A febbraio 2017, grazie all'Assessorato alla sanità della regione Piemonte e alla Direzione generale dell'ospedale Molinette di Torino, è stata emanata una delibera che prevede l'istituzione di un centro regionale esperto per la malattia di Parkinson e i disturbi del movimento presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino allo scopo di fornire gli indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Piemonte e di delineare i nuovi modelli di organizzazione del sistema sanitario per affrontare al meglio la cura della cronicità in attuazione dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano Nazionale della Cronicità" del 10 luglio 2014 concernente il nuovo patto per la salute per gli anni 2014-2016 sottoscritto in data 15 settembre 2016.

Un altro obiettivo della delibera è incaricare la direzione regionale sanità, nel quadro degli indirizzi e dei nuovi modelli organizzativi per la presa in carico della cronicità in Piemonte, di predisporre gli atti di programmazione necessari per assicurare la presa in carico dei malati di Parkinson in Piemonte.

A livello ambulatoriale, presso il centro di Torino viene effettuata la presa in carico dei pazienti affetti da disturbi del movimento, viene effettuato il follow up dei pazienti sottoposti a terapie interventistiche e il trattamento delle distonie focali con tossina botulinica. Presso il centro si effettua anche un servizio di “week hospital” per i casi con iter diagnostici complessi, per la selezione dei pazienti per le terapie della fase avanzata della malattia e per il follow up dei pazienti sottoposti a terapie interventistiche. I ricoveri riguardano frequentemente i pazienti provenienti da tutta la regione Piemonte e da altre regioni.

La degenza ordinaria riguarda i casi ad elevata complessità e le urgenze.

Attualmente si sta mettendo a punto il PDTA della AUO Città della Salute e della Scienza di Torino. Si tratta di un percorso complesso in cui in ogni fase della presa in carico del paziente vengono coinvolte differenti figure professionali.

Obiettivi del PDTA

1. Ottimizzare i percorsi aziendali con le numerose strutture che intervengono nella gestione del paziente parkinsoniano
2. Creare sinergie con gli ambulatori Parkinson della regione, con il territorio, fino al domicilio dei pazienti
3. Formare una rete regionale Parkinson
4. Svolgere attività di ricerca, trial clinici e progetti regionali
5. Interagire con le associazioni di pazienti.

- Nel 2010 in regione Piemonte è stato messo a punto un documento che descrive in modo dettagliato tutte le fasi della gestione di un paziente con malattia di Parkinson, dalla diagnosi alle terapie, alla riabilitazione, alle cure palliative.
- Nella costruzione del PDTA per la malattia di Parkinson della regione Piemonte sono stati affrontati e descritti nei loro contenuti i temi relativi all’“attuale situazione organizzativa”, il “percorso ideale” e il “percorso di riferimento” per la gestione di questi pazienti.
- A febbraio 2017, grazie all’Assessorato alla sanità della regione Piemonte e alla Direzione generale dell’ospedale Molinette di Torino, è stata emanata una delibera che prevede l’istituzione di un centro regionale esperto per la malattia di Parkinson e i disturbi del movimento presso l’AOU Città della Salute e della Scienza di Torino



Modello pilota di rete Parkinson in Regione Lombardia

Highlights della relazione di **Alberto Albanese**, *Responsabile UO Neurologia IRCCS Istituto Clinico Humanitas*.

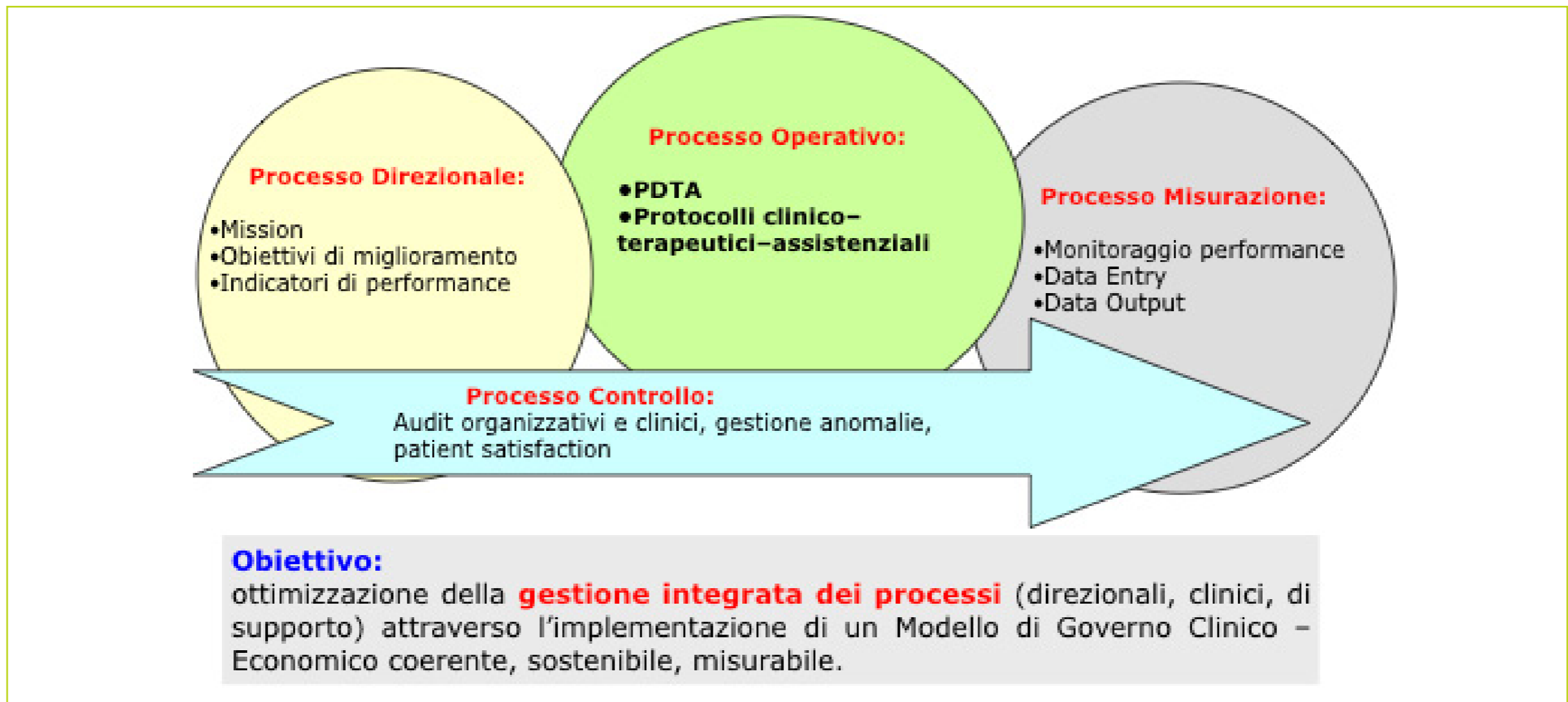
Il progetto di sviluppo di un modello pilota di rete per la malattia di Parkinson della regione Lombardia è partito all'inizio del 2017 con lo scopo di valorizzare la relazione sinergica tra i vari centri che trattano il paziente affetto dalla malattia. Questi centri sono di diversa origine: alcuni sono universitari o IRCCS, altri sono centri cittadini di piccole dimensioni e altri ancora si trovano in periferia.

Gli obiettivi del progetto prevedono la mappatura del livello di servizio offerto da ciascun centro (risorse strutturali/tecnologie e professionali/esperienziali), la regolamentazione dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali e l'attivazione di un sistema di misurazione e monitoraggio per la valutazione delle performance (clinico-economiche-prestazionali) della rete.

Il progetto sta portando alla realizzazione di una rete tra gli specialisti che operano nei vari centri per omogeneizzare i percorsi e ottimizzare le risorse, condividere competenze e specificità e disporre di uno strumento flessibile per la gestione quotidiana del paziente.

“Un'agenzia specializzata ed esperta ha seguito il progetto focalizzando il lavoro su processi direzionali, operativi, di misura e su un sistema di controllo che permettesse la gestione all'interno della rete pilota”, spiega Albanese.





Schema di sviluppo della rete pilota

In base al progetto, ogni centro ha effettuato un'autovalutazione delle proprie prestazioni. Questa ha tenuto conto di diversi aspetti:

1. Requisiti della National Parkinson Foundation (NPF) degli Stati Uniti: secondo i quali un centro, per essere accettato, deve rispondere a una decina di requisiti. Questi ultimi sono stati tradotti in italiano e posti in un questionario per la valutazione dei centri italiani.
2. Struttura e organizzazione dell'ente e del settore specifico
3. Risorse cliniche di ciascun centro
4. Procedure diagnostiche disponibili
5. Procedure terapeutiche disponibili

In questo modo è stato possibile verificare quali fossero le prestazioni comuni tra i vari centri, quali le sovrapposizioni inutili e quali gli aspetti complementari.

Dopo la prima fase di valutazione dei centri è stato sviluppato il PDTA del paziente con malattia di Parkinson.

Il PDTA lombardo parte dal paziente con sintomatologia parkinsoniana, il quale viene valutato secondo i criteri diagnostici condivisi e aggiornati per la patologia. Una volta posta la diagnosi di malattia di Parkinson, a seconda della tipologia di malattia e

Requisiti del National Parkinson Foundation:

1. Volume sufficiente di pazienti per entrare in contatto con le diverse manifestazioni della malattia di Parkinson
2. Team multidisciplinare per fornire ai pazienti un'assistenza su di un ampio spettro di sintomi e opzioni di trattamento
3. Neurologie con formazione specifica in disturbi del movimento o con specializzazione su malattia di Parkinson, che si dedichino in modo bilanciato a ricerca, didattica e attività assistenziale
4. Fornire servizi di sostegno alle famiglie e agli operatori sanitari
5. Disporre della gamma completa di opzioni terapeutiche (implementandole con criteri basati sull'evidenza), tra cui un team di neurochirurgia specializzato in opzioni chirurgiche per la malattia di Parkinson
6. Programma di formazione continua nella pratica clinica
7. Educare i pazienti e gli operatori sanitari promuovendo attività autonome, quali l'esercizio fisico e la nutrizione
8. Fornire ai pazienti e alle famiglie informazioni aggiornate su malattia di Parkinson
9. Contribuire a migliorare la conoscenza della malattia di Parkinson attraverso a ricerca clinica
10. Fornire ai pazienti accesso a terapie sperimentali attraverso la partecipazione a studi clinici

fase, si procede con la scelta della terapia adeguata tra le varie opzioni terapeutiche, della quale successivamente ne verrà valutata l'efficacia grazie agli indicatori di performance.

Successivamente sono stati definiti i setting assistenziali per cercare di coprire l'intero spettro del percorso della malattia del paziente affetto da Parkinson. Questi includono:

- Centro ambulatoriale: ambulatorio dedicato con Neurologo esperto in disturbi del movimento

- Centro spoke: ambulatorio dedicato con Neurologo esperto in disturbi del movimento e presenza di letti in ambito neurologico
- Centro hub: ambulatorio dedicato con neurologo esperto in disturbi del movimento, presenza di letti in ambito neurologico e possibilità di terapia avanzate e tecnologiche
- ADI (attività domiciliare integrata): infermiere/OSS/fisioterapista/neurologo domiciliare e PAI
- Cure palliative: diagnosi di terminalità (difficoltà ad alimentarsi)



Alberto Albanese

PDTA Parkinson: esperienza della regione Lombardia

GUARDA IL VIDEO

“Questo è il lavoro svolto in Lombardia fino ad ora. I prossimi obiettivi saranno la valutazione delle misure di performance e dei diversi sottogruppi di percorso, sperando di completare il progetto e iniziare la sperimentazione nella primavera del 2018”, conclude Albanese.



- Il progetto di sviluppo di un modello pilota di rete per la malattia di Parkinson della regione Lombardia è partito all'inizio del 2017 con lo scopo di valorizzare la relazione sinergica tra i vari centri che trattano il paziente affetto dalla malattia.
- Il progetto sta portando alla realizzazione di una rete tra gli specialisti che operano nei vari centri per omogeneizzare i percorsi e ottimizzare le risorse, condividere competenze e specificità e disporre di uno strumento flessibile per la gestione quotidiana del paziente.
- Dopo una prima fase di valutazione dei centri è stato sviluppato il PDTA del paziente con malattia di Parkinson.
- Successivamente sono stati definiti i setting assistenziali per cercare di coprire l'intero spettro del percorso della malattia del paziente affetto da Parkinson.
- Gli obiettivi futuri prevedono la valutazione delle misure di performance e dei diversi sottogruppi di percorso. Il progetto dovrebbe concludersi e breve e la fase di sperimentazione è prevista per la primavera 2018.

Agire subito per evitare la pandemia: esperienza della Regione Umbria

Highlights della relazione di **Carlo Colosimo**, direttore SC di Neurologia, dipartimento di Neuroscienze AO Santa Maria-Terni.

Quando si parla di PDTA la domanda principale è perché farlo. Qui ci vengono in aiuto le 5W dei giornalisti anglosassoni (Who, What, When, Where, Why). È quanto ha sottolineato Carlo Colosimo, mettendo in evidenza come individuare gli specialisti e formarli adeguatamente, agire subito su questa patologia prima che diventi una pandemia e affiancare alla terapia farmacolo-



Tutti gli specialisti coinvolti sono d'accordo che deve essere il neurologo a coordinare il PDTA sul Parkinson (who). Bisogna creare un documento agile (what) che poi deve essere messo in pratica quanto prima (when) in ogni singola Regione (where) per migliorare la gestione dei pazienti (why).



Carlo Colosimo

PDTA Parkinson: esperienza della Regione Umbria

 **GUARDA IL VIDEO**

gica il supporto riabilitativo siano passi fondamentali nella costruzione del PDTA per la malattia di Parkinson.

Un articolo uscito a metà novembre su JAMA Neurology mostra come a breve si dovrà parlare di una vera e propria pandemia di Parkinson, infatti è prevista un aumento della prevalenza di crescita della malattia fino al 2040 soprattutto per la crescita di prevalenza della malattia, non tanto nei paesi occidentali, ma in Cina, India, sud-est Asiatico e Brasile, in cui le condizioni igieniche sanitarie stanno migliorando, le popolazioni invecchiano e le persone non muoiono più per malattie infettive. In termini numerici questa proiezione parla di 13 milioni di soggetti affetti.

“Questo ci fa interrogare sul nome della malattia”- ha sottolineato Colosimo- “abbiamo sempre ribadito che va chiamata con il nome malattia di Parkinson e non morbo, che fa pensare più a un’origine infettiva, ma se realmente si andrà verso una pandemia forse il termine morbo non è del tutto errato. Dobbiamo preoccuparci sempre di più per questa malattia, basti pensare che quando oggi si parla di patologie in cui c’è bisogno del caregiver tra queste viene subito citato il Parkinson”.

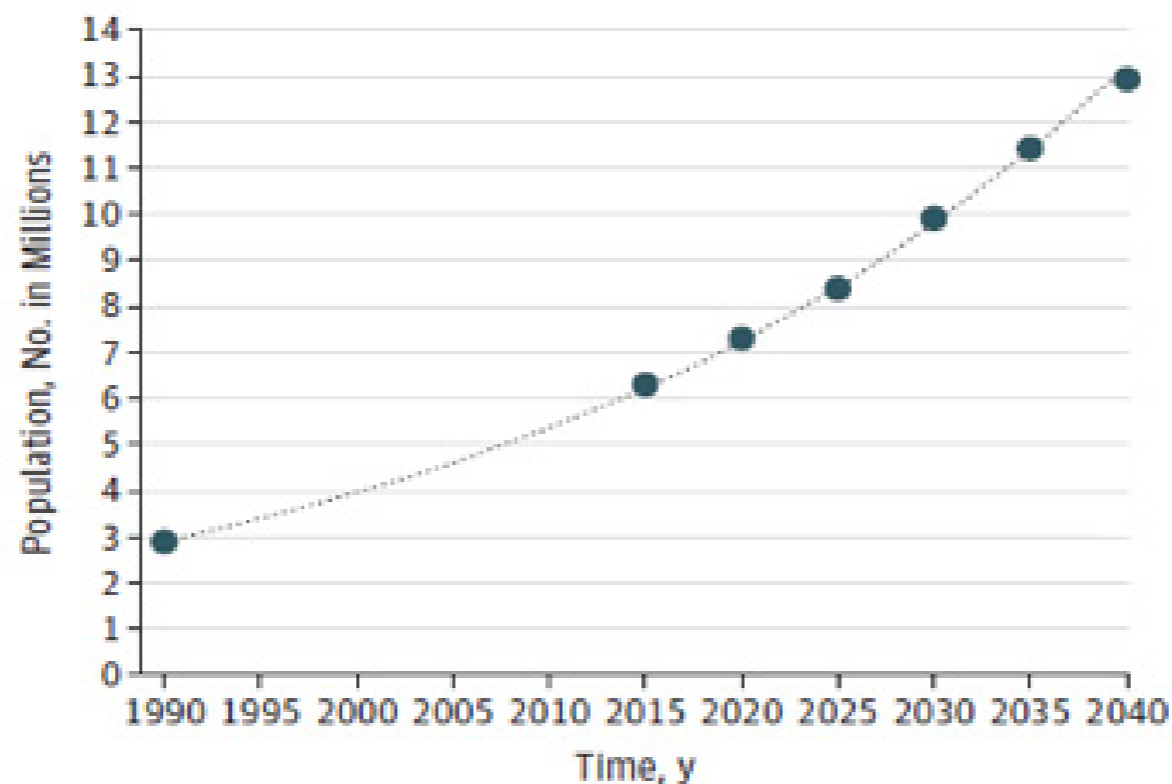
Situazione epidemiologica della regione Umbria

I dati della regione Umbria che sono molto affidabili e recenti (da uno studio sul consumo di farmaci dell’Istituto Superiore di Sanità) parlano di un totale di 3327 casi al 1 dicembre 2016 di cui 1664 maschi e 1663 femmine.

E. Ray Dorsey, MD
Center for Health and
Technology,
Department of
Neurology, University
of Rochester Medical
Center, Rochester,
New York.

**Bastiaan R. Bloem,
MD, PhD**
Radboud University
Medical Center,
Donders Institute for
Brain, Cognition and
Behavior, Department
of Neurology,
Nijmegen,
the Netherlands.

**Figure. Estimated and Projected Number of Individuals
With Parkinson Disease, 1990-2040**



Sources: Global Burden of Disease Study (1990 and 2015) and projections based on published² and public³ sources.

An online survey in
35 European countries
showed that 40% of
the respondents had
never seen a PD
specialist

“

La malattia colpisce circa l'1% della popolazione superiore ai 50 anni e il 2% di quella superiore ai 70 anni. Questi dati evidenziano anche che nel 10% dei casi l'esordio della malattia avviene prima dei 45 anni, questa percentuale probabilmente era la stessa anche 10 anni fa ma gli strumenti e le conoscenze dell'epoca portavano a pensare ad altre malattie nella popolazione più giovane.

”

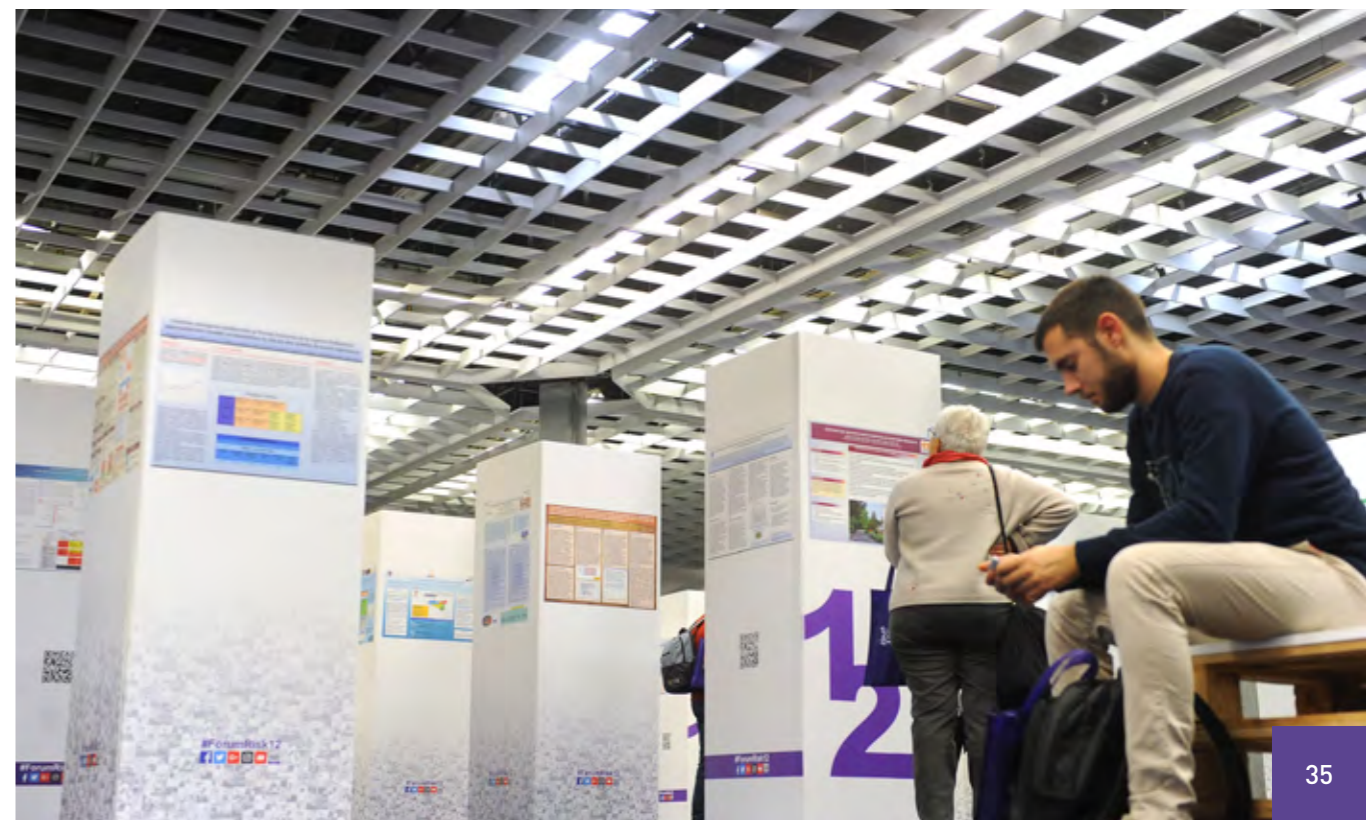
I dati vanno rapportati al territorio che viene analizzato, nel caso dell'Umbria di tratta di una regione molto piccola e con una bassa densità di popolazione (solo Sardegna e Basilicata hanno una densità di popolazione inferiore). È importante conoscere anche questi dati che sottolineano l'importanza dell'assistenza vicina al paziente; se ai pazienti con Parkinson non venisse fornita un'assistenza adeguata dovrebbero viaggiare per ore per giungere ad un centro specializzato per la patologia, e spesso sono pazienti anziani con disabilità.

PDTA Parkinson regione Umbria

Nel luglio 2017 è stato pubblicato il PDTA regionale sul Parkinson e le demenze. Questo percorso specifica il ruolo che devono avere le cure primarie (come primo livello) e il medico di medicina generale che è colui che deve sospettare la malattia. Questo non è assolutamente un compito facile ed è di fondamentale importanza la formazione.

A seguire c'è un secondo livello con lo specialista informato sui disturbi del movimento. Questo è il livello dello "spoke" con almeno 6 ambulatori regionali, 2 situati nelle due aziende ospedaliere e 4 sul territorio, sostanzialmente ad Orvieto, Città di Castello, Foligno e Spoleto.

Il terzo livello è, quindi, rappresentato dall'Azienda Ospedaliera di Perugia e Terni; qui dovrebbero essere inviati i pazienti più complessi che hanno bisogno di fare delle terapie di alto livello (come terapie infusive) o pazienti che dallo spoke vengono inviati con malattia non del tutto chiara e che hanno bisogno di fare altri esami.



L'uso dei farmaci in questa patologia è ancora il nucleo fondamentale per trattare nel modo adeguato il paziente, ma la terapia riabilitativa è una terapia importante di supporto, che non andrebbe mai interrotta.

Tutti questi specialisti devono poi dialogare con chi sul territorio si occuperà della riabilitazione in aggiunta alla terapia farmacologica.

“L'intero programma comporta innanzitutto che ci sia una formazione adeguata”-ha precisato Colosimo- “in Italia in passato i medici si improvvisavano super-specialisti mettendo una targa sopra il proprio ambulatorio, senza effettuare il necessario training; questo cambierà, la società che si occupa di malattia di Parkinson e disturbi del movimento (LIMPE-DISMOV) ha già da tempo avviato una scuola avanzata per lo studio del movimento, che sarà ulteriormente perfezionata l'anno prossimo con diversi corsi annuali, per i quali alla fine un medico sarà certificato specialista nel campo”.

Il primo step del corso sarà teorico e verrà valutato e certificato a livello nazionale con un livello adeguato di conoscenza, successivamente il secondo step sarà di addestramento pratico, che nella regione Umbria verrà svolto nelle due strutture ospedaliere principali, in cui i nuovi specialisti dei singoli ambulatori

Box 1 - I risultati attesi dai corsi per gli specialisti:

- Riduzione dei ricoveri ospedalieri
- Diagnosi precoce e omogeneità dei percorsi diagnostici
- Rilevazione pazienti candidati a terapie complesse, tra le quali terapie infusive e la neurochirurgia
- Riduzione del carico assistenziale dei familiari con pazienti a domicilio
- Promozione della presa in carico nella rete assistenziale territoriale
- Riduzione di accessi al pronto soccorso

faranno un periodo di formazione pratica e in cui si svolgerà la formazione dei medici di medicina generale e delle altre professioni sanitarie, insieme ad altri specialisti, che potrebbero essere coinvolti, durante la loro carriera, nella gestione del Parkinson.

Un esempio riguardante la riduzione della spesa sanitaria è la riduzione di alcuni esami. Nello specifico, considerato l'estremo uso in regione Umbria dell'esame di scintigrafia, che serve a confermare la diagnosi di Parkinson e di parkinsonismo degenerativo, si è calcolato che l'eliminazione di 50 esami all'anno permetterebbe di attivare un posto per un dirigente che si possa specializzare in questo campo.

In conclusione, come ha sottolineato Colosimo: “si potrebbe prendere spunto dall'esperienza dei colleghi olandesi, che hanno investito molto nelle reti. La rete “Parkinson net” è diffusa in

tutto il territorio olandese e ha lo scopo non solo di mettere in comune tutti i dati dei pazienti ma di fare formazione a medici e ad altre professioni sanitarie, di migliorare la cura dei pazienti con malattia di Parkinson e di promuovere le cure riabilitative in Olanda, insistendo molto su questo concetto e allo stesso tempo cercando di risparmiare sulle terapie più complesse. Le linee guida olandesi sulla riabilitazione, sulla terapia occupazionale e sulla logoterapia, oltre ad essere fatte molto bene sono state tradotte nelle diverse lingue europee, e sono disponibili a tutti”.



- Proiezioni fino al 2040 parlano di un aumento della prevalenza di crescita della malattia di Parkinson
- Le cure primarie assumono un ruolo fondamentale nel riconoscimento della malattia, poi si passa al secondo livello con lo specialista informato, al terzo livello dove vengono seguiti i pazienti più complessi o con malattia poco chiara
- È importante affiancare alla terapia farmacologica un trattamento riabilitativo di supporto



PDTA Parkinson: esperienza dell'IRCCS, Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna

Highlights della relazione di **Piero De Carolis**, *dirigente medico, Istituto di Scienze Neurologiche di Bologna*.

Nella costruzione di un percorso diagnostico terapeutico (PDTA) per i pazienti con malattia di Parkinson bisogna partire da valutazioni metodologiche e dalla selezione di indicatori di processo per poi poter agire con cambiamenti strutturali dell'assistenza e alla costruzione di un database per il monitoraggio dello stesso PDTA. È quanto è avvenuto in Emilia Romagna e precisamente presso l'Istituto diretto da De Carolis.



Piero De Carolis

PDTA Parkinson: esperienza dell'IRCCS, Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna

 **GUARDA IL VIDEO**

“La nostra esperienza nasce già nel 2011 quando è nato l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di Scienze Neurologiche che però è un Istituto un po' strano perché è l'unico in Italia che si trova all'interno di un'azienda territoriale. Quindi nel nostro DNA di nascita avevamo già “la rete”, eravamo quindi centro di secondo-terzo livello in collegamento col dipartimento di cure primarie” ha precisato De Carolis nella sua relazione.

“È un vero e proprio ciclo” -ha proseguito De Carolis- “in cui si alternano valutazioni a modifiche e miglioramenti. All'inizio ci siamo scelti degli indicatori di processo che guardavano a quello che stavamo facendo, se lo stavamo facendo correttamente. All'inizio avevamo un sistema informatizzato in cartella che metteva in

“

Il primo anno di lavoro, la strutturazione di un PDTA riguarda gli aspetti metodologici; è necessario partire con le modalità giuste per arrivare all'obiettivo del piano e cioè il miglioramento continuo.

”

collegamento lo specialista del secondo livello e del terzo livello con quello territoriale che magari era lontano spazialmente”.

“Però era necessario inserire dei cambiamenti migliorativi dell’assistenza” ha sottolineato De Carolis “per questo motivo, nell’ultimo anno, si è pensato a come ottenere una correlazione tra l’enorme quantità di dati raccolti relativi all’Ospedale, alla farmaceutica, dati relativi alle prestazioni erogate, ai ricoveri etc e i pazienti che vediamo e che assistiamo”.



La strutturazione del Linkage System ha richiesto un anno di lavoro e oggi questa banca dati si collega attraverso codice fiscale a tutte le banche dati di monitoraggio (farmaci, prestazioni, ricoveri) ed evidenza come un determinato consumo è legato a uno specifico paziente.



Il dr. D’Alessandro, responsabile statistico dell’Istituto ha strutturato un linkage che traccia il paziente dal momento della visita (aspetti clinici come tipologia di malattia, stadiazione, tipologia di esordio etc) in poi e che è alimentato da cartelle informatizzate.

“Il tutto è iniziato a dicembre 2015 e fino alla scorsa estate (agosto 2017) abbiamo elaborato i dati di circa 1/3 dell’intera popolazione inserita. Sono state valutate le banche dati amministrative collegate al Linkage System (assistenza domiciliare, accessi al pronto soccorso, fascia di reddito, esenzioni, ricoveri, farmaceutica, specialistica, mortalità)”.

Questo permette di rimodulare anche le scelte terapeutiche. È stata infatti eseguita un’analisi dei pazienti che nel 2016 avevano acquistato almeno un farmaco per categoria. Per la malattia di Parkinson la maggior parte dei pazienti aveva acquistato due farmaci mentre nel gruppo parkinsonismi era più diffusa la monoterapia.

Dall’analisi del database emerge anche che gli accessi al pronto soccorso hanno riguardato nella maggioranza dei casi la AUSL di Bologna (79%). I ricoveri negli ospedali di pertinenza, anche

Numero farmaci	Malattia di Parkinson (N=505) n (%)	Parkinsonismi (N=184) n (%)
Nessuna terapia	17 (3,3)	15 (8,2)
Monoterapia	136 (27,0)	92 (50,0)
2 farmaci	176 (34,9)	55 (30,0)
3 farmaci	143 (28,3)	17 (9,2)
4 farmaci	32 (6,3)	5 (2,6)
5 farmaci	1 (0,1)	0 (0,0)

Motivo assistenza	N (%)
Malattie croniche	111 (70,7)
Impossibilità per gravi patologie	16 (10,2)
Impossibilità ad essere trasportato	6 (3,8)
Impossibilità a deambulare	17 (10,8)
Altro	7 (4,5)

se esiste la possibilità di ricoveri fuori regione, sono stati del 43% per la AUSL di Bologna, 29% Sant'Orsola, 17% privato e 11% IRCCS.

Le diagnosi principali relative a questi ricoveri sono state: paralisi agitante nell'11.8% dei casi, aderenze intestinali o peritoneali con occlusione nel 10.9%, broncopolmonite nel 4.2%, insufficienza respiratoria acuta nel 4.2% e insufficienza del cuore sinistro nel 3.4%.

Altri dati importanti sono quelli riguardanti l'assistenza domiciliare. Attualmente il 22% dei pazienti (145/89) ricevono questa assistenza distinta in bassa per il 47.6% di loro, media nel 36.6% e alta nel 15.8%.

I principali motivi per cui è stata necessaria l'assistenza domiciliare sono stati malattie croniche nel 70.7%, impossibilità per gravi patologie 10.2%, impossibilità a essere trasportato (3.8%), impossibilità a deambulare (10.8%) e nella maggior parte dei casi era richiesta un'assistenza di tipo infermieristico.

In conclusione, questo database che è in fase di sviluppo è molto

Tipo di assistenza	N (%)
Infermieristica	121 (77,1)
Medico Medicina Generale	9 (15,7)
Assistenza programmata	27 (13,2)

importante in quanto è collegato a un database clinico. Ciò permette un monitoraggio degli esiti del PDTA multidimensionale e un controllo periodico degli esiti e modifiche del PDTA. Come ha precisato De Carolis: "Questo strumento rappresenta la differenza tra un documento condiviso di buone pratiche cliniche ed uno strumento utile per monitorare l'impatto e il miglioramento continuo del PDTA. In questo modo non c'è il rischio che il PDTA rimanga solo un documento ben costruito ma non attuato".

- Partire da valutazioni metodologiche e dalla selezione di indicatori di processo
- La costruzione del PDTA è un ciclo in cui si alternano valutazioni a modifiche e miglioramenti
- Nel monitoraggio continuo servono database come il Linkage System per collegare informazioni i dati del territorio a quelli clinici



Tavola rotonda

**IL PDTA del Parkinson
e la gestione delle Malattie
cronico-degenerative**



La complessità della presa in carico nelle fasi avanzate della malattia di Parkinson. Nuove reti cliniche integrate, ruolo della specialistica e territorio

Hightlights della relazione di **Paolo Zolo**, *Neurologo, Comitato scientifico del Forum e Laboratorio PDTA*.

Le malattie croniche nei Paesi occidentali rappresentano l'85% dei costi sanitari. La prevalenza di tali patologie è in crescita a causa dell'invecchiamento della popolazione e alla crescente esposizione a fattori di rischio ambientali e sociali. Nella regione europea dell'Oms, le malattie croniche provocano circa l'86% dei morti.

A livello internazionale ci sono già state delle esperienze di gestione della cronicità. Tra queste l'“Integrated Delivery System” negli Stati Uniti, il “People centred health and integrated services” dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e il “Value based Medicine” con il piano nazionale della cronicità. La tendenza è quindi quella di promuovere modelli di intervento attivi e dinamici, con un riferimento significativo nei confronti del territorio e un collegamento forte con la medicina generale.



“

Le reti sono l'organizzazione migliore per rispondere alla domanda di salute dei pazienti affetti da malattie croniche che è, nella maggioranza dei casi, una domanda complessa e articolata, rivolta a una pluralità di servizi.

”



Pur con tutti i distinguo che vengono fatti in un dibattito ancora in corso, due sono gli elementi di accordo: la rete può essere definita come un insieme di nodi legati fra loro da relazioni e connessioni continue; il presupposto della costruzione della rete clinica integrata è la condivisione di percorsi clinico/assistenziali, con l'obiettivo di fornire prestazioni di alta qualità e clinicamente appropriate ed efficaci e la valutazione puntuale dell'attività che viene svolta da tutti gli attori della rete: specialisti, medici di continuità assistenziale e infermieri.

Le reti rendono possibile la vicinanza al cittadino di un servizio particolarmente competente, facilitandone l'accesso ed il successivo percorso assistenziale. Permettono, infine un miglior utilizzo dei servizi preposti a livelli di complessità differenti.

Fasi per la realizzazione di una rete clinica integrata

- Identificazione della popolazione target
- Stratificazione della popolazione (big data dossier MMG)
- Definizione del modello di presa in carico per intensità di cura: Pazienti affetti da una o più patologie croniche privi di rilevanti problemi socio assistenziali; Pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio assistenziali
- Introduzione dei team multidisciplinari delle reti cliniche integrate strutturate
- Definizione dei setting più idonei all'erogazione dell'assistenza e organizzazione dei team



Paolo Zolo

Forum Risk Management in Sanità: risultati di un'indagine sulle malattie croniche neurodegenerative

GUARDA IL VIDEO

Temi di maggior rilievo nella strutturazione di PDTA per la malattia di Parkinson in fase avanzata

Le principali problematiche nella gestione dei pazienti con malattia di Parkinson in fase avanzata sono rappresentate dalle fluttuazioni motorie e dalle discinesie, dall'utilizzo della chirurgia, dalla terapia infusionale e dalla gestione corretta e qualificata della fase terminale, caratterizzata spesso dal peggioramento cognitivo e da disturbi motori importanti.

Inoltre, altri punti fondamentali da tener presente nella gestione dei pazienti in fase avanzata sono la valutazione corretta della gravità della malattia e, dopo gli aggiustamenti terapeutici, l'opportunità di una consulenza neurochirurgia esperta (referenze neurochirurgiche regionali di eccellenza) e la gestione del postoperatorio dei pazienti con neurostimolatori impiantati. Altri aspetti importanti riguardano la riabilitazione, la decisione sulle terapie infusionali e il supporto psicologico.

Presupposti organizzativi delle reti

- Costruzione di team multi professionali
- Valutazione multidimensionale
- Definizione di un PDTA personalizzato proattivo per ogni paziente con malattia di Parkinson
- Individuazione in ogni AFT dei MMG esperti
- Avere degli specialisti di riferimento per ciascun PDTA
- Avere un'organizzazione strutturata dal territorio all'ospedale
- Avere un sistema informativo "abilitante" che permetta lo scambio di informazioni e documenti socio sanitari strutturati (in formati predefiniti), telemedicina e tele-refertazione, monitoraggio e valutazione degli esiti di salute per singolo paziente.

Parkinson come modello avanzato di “presa in carico” della cronicità

Highlights della relazione di **Nello Martini**, *Direttore Drugs & Health*.

“La malattia di Parkinson rappresenta il laboratorio più avanzato del processo di cambiamento della sanità nel nostro Paese”, spiega Nello Martini. “Finora la malattia veniva curata solamente in fase avanzata e il punto di riferimento per il paziente era l’ospedale. La scommessa del SSN oggi è quella della “presa in carico” della cronicità, mettendo insieme ospedale e territorio con reti cliniche integrate e strutturate e con una medicina di iniziativa, in modo che il paziente non debba più attendere una riacutizzazione di malattia per andare in ospedale ed essere curato”.

Il gruppo di lavoro “PDTA Lab” ha condotto un’indagine per analizzare quanti sono i PDTA approvati in Italia con una delibera regionale. Dall’indagine è emerso che nel nostro Paese sono stati approvati 299 PDTA. Nell’ambito del Parkinson, ci sono due PDTA regionali, in Piemonte e Toscana, e altri stanno per essere elaborati.

Un altro elemento fondamentale per la presa in carico della cronicità è rappresentato dai “Big Data”. Il gruppo di lavoro ha raccolto i dati dei pazienti di alcune regioni per un totale di 20 milioni di persone. Per questi malati sono disponibili i dati della farmaceutica, dell’SDO (ricoveri ospedalieri) e della specialistica. Attraverso l’utilizzo di alcuni indicatori è stato possibile estrarre la popolazione italiana con malattia di Parkinson. Attraverso questi dati è possibile anche calcolare il costo assi-

stenziale del paziente affetto dalla malattia e quanto pesano la farmaceutica, i ricoveri ospedalieri e la specialistica sul costo totale del paziente.

“

Il processo assistenziale non può essere gestito governando separatamente le singole variabili che costituiscono il costo complessivo del paziente, i cosiddetti “silos”.

”

Secondo Martini, la farmaceutica non rappresenta la voce più importante del percorso assistenziale di un paziente. Questa voce rappresenta infatti solo il 40% dei costi della malattia. Il restante 60% è rappresentato dai ricoveri ospedalieri e dalla specialistica.

“

Solamente mettendo insieme tutti gli elementi del percorso assistenziale di un paziente si può governare il processo e introdurre innovazioni farmacologiche e tecnologiche. Il collegamento tra ospedale e territorio e la riorganizzazione delle cure primarie rappresentano una sfida per il SSN. Una delle vie per superare la crisi del SSN mantenendo universalità e sostenibilità di quest'ultimo passa attraverso la riorganizzazione dei sistemi assistenziali e in particolare attraverso la presa in carico della cronicità.

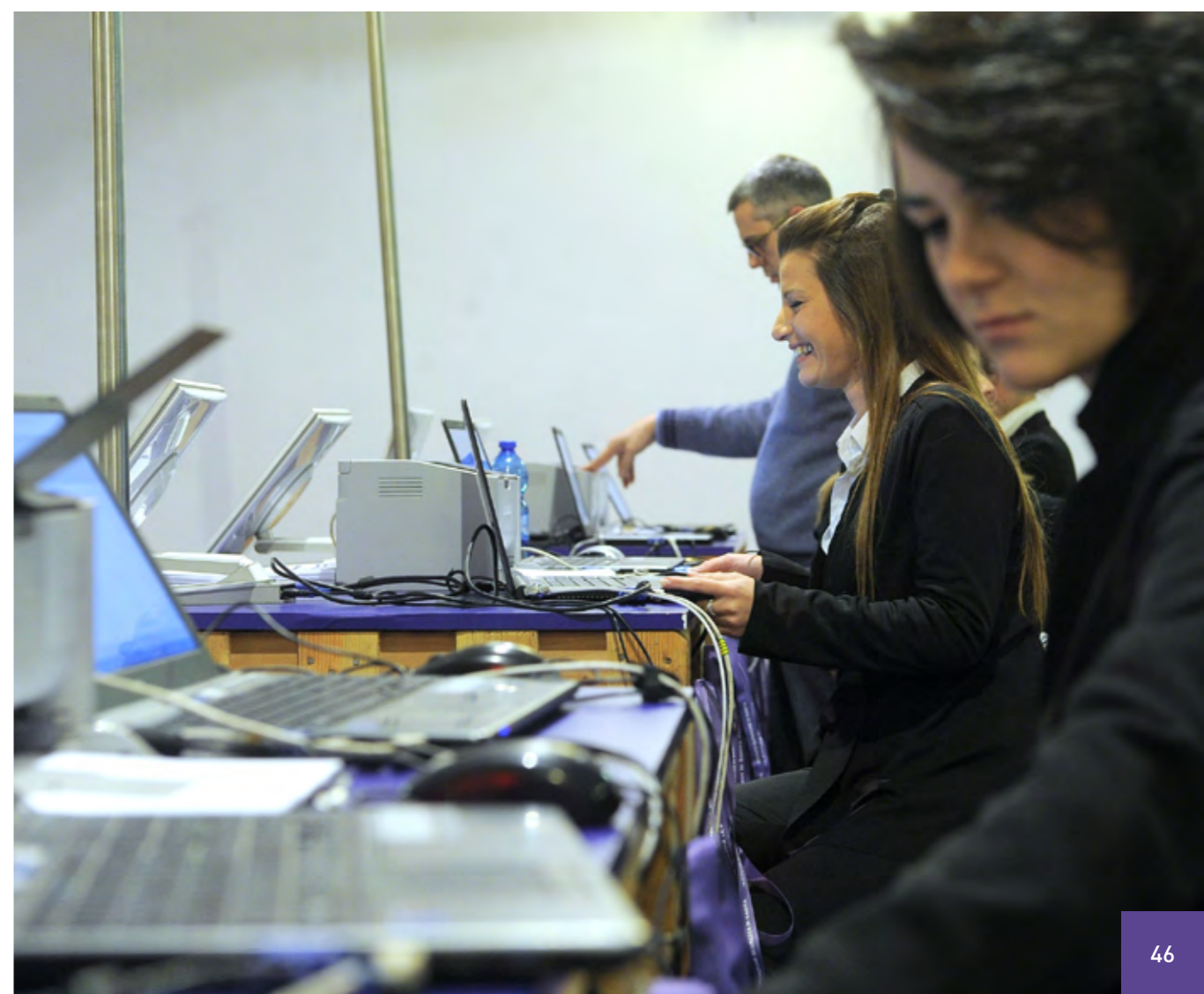
”



Nello Martini

Parkinson come modello avanzato di "presa in carico" della cronicità

 **GUARDA IL VIDEO**



Progetto PDTA lab, come è strutturato e cosa aggiunge nella malattia di Parkinson

Highlights della relazione di **Carlo Piccinni**, *Real World Evidence Scientist CORE (Collaborative Outcome Research) - partner CI-NECA*.

Il PDTA del Parkinson è incluso nel piano nazionale cronicità eppure solo due regioni hanno attivato realmente questo percorso, Piemonte e Toscana. Attraverso il progetto PDTA lab sono stati analizzati i dati derivanti da queste due regioni attive e sottolineate le criticità.



“Questo progetto ha l’obiettivo di creare un contenitore unico dei PDTA approvati proprio per andare a confrontare i contenuti per cui è stato creato” ha evidenziato Piccinni. “Abbiamo sistematizzato le informazioni dei PDTA in delle matrici e gli strumenti di misurazione di come performano in modelli. Sono stati anche valutati gli indicatori di prevalenza e incidenza di processo e di esito delle varie patologie.”

Il progetto PDTA lab ha un anno di vita e nasce dalla collaborazione tra CORE Cineca con l'Istituto Superiore di Sanità con il patrocinio di Federsanità-ANCI, Conferenza Stato-Regioni e la FIASO.

Il progetto si è concretizzato in una piattaforma web, grazie al supporto di Cineca, in cui è possibile accedere tramite user e password che vengono fornite a tutte le Istituzioni pubbliche come ASL, Ministero, Regioni, Università, Società scientifiche e che consente l'accesso a tre funzioni: cerca PDTA, confronta PDTA e misura PDTA.

“Cerca PDTA” è la funzione che permette di ricercare all'interno dei 299 documenti relativi ai PDTA regionali, non quelli a livello aziendale.

Questi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per la metà riguardano patologie croniche in tutte le regioni, l'altra metà riguarda le patologie rare, prevalentemente in Lombardia e Lazio.

“Quando abbiamo analizzato il PDTA ci siamo scontrati con una grande complessità di documenti” -ha sottolineato Piccinni- “ e per tale motivo abbiamo creato queste matrici che ci permettono di sistematizzare le informazioni”.

Nella matrice descrittiva vengono raccolte le informazioni su anno, patologia, riferimento normativo; in quella clinico-assistenziale sono schematizzate le informazioni su quali sono le indagini diagnostiche, con quali tempistiche e in quale tipologia di pazienti; la matrice farmaco-terapeutica elenca tutti i farmaci con il loro impiego in una determinata patologia e infine in quella organizzativa cui viene specificato il modello organizzativo prescelto dal PDTA, quali sono i centri coinvolti e gli specialisti.

Attualmente le analisi presenti sul sito sono per diabete, sclerosi multipla, scompenso, tumore della mammella e Parkinson; sono tutte analisi validate da clinici esperti d'area e ad oggi si sta lavorando sui PDTA di BPCO e tumore del polmone.



Un'altra funzionalità è la misura del PDTA. "Applichiamo ai dati che CORE analizza per conto delle regioni gli indicatori del PDTA quando presenti oppure gli indicatori ministeriali nel caso di quelli del nuovo sistema di garanzia LEA che ci consentono di effettuare questo calcolo" ha evidenziato Piccinni.

Confronto PDTA regione Piemonte e Toscana

Sebbene il Parkinson rientri nel piano nazionale cronicità, il suo PDTA è attivo solo in due regioni.

"Abbiamo analizzato dati relativi agli anni 2010 e 2013 per il Piemonte e il parere della regione Toscana per il secondo PDTA attivo" ha aggiunto Piccinni.

Dal'analisi emerge una grande corposità di questi documenti, si va dalle 16 pagine della regione Toscana alle 86 pagine del Piemonte. Il dato della corposità da già un'idea dell'eterogeneità delle informazioni che troviamo al loro interno, sebbene a differenza di altre patologie analizzate quelle del Parkinson sono dei PDTA molto simili.

"Questi percorsi sono, infatti, organizzati per fasi di malattia, e al loro interno è presente un percorso riabilitativo; nel caso del Piemonte è stato dato molto spazio alla gestione dei sintomi infiammatori, questo si ripercuote anche su tutte le indagini diagnostiche e specialistiche" ha spiegato Piccinni.

Altro dato importante riguarda l'individuazione del bisogno assistenziale che può essere fatto utilizzando dati di letteratura o dati locali.

"A questo proposito i numeri cominciano a diversificarsi, abbiamo trovato un dato di 0,47% per la Toscana ottenuto mediante dati locali verso 0,3% del Piemonte, secondo dati di letteratura. Sembrano dati simili ma se andiamo ad applicare degli indicatori al database ARCO, questi numeri variano un pochino. I dati di in-

cidenza, entrambi dalla letteratura, sono di 5-21 x 100.000 per la Toscana e 5-10 per 100.000 per il Piemonte" ha mostrato Piccinni.

Entrando nella matrice clinica-assistenziale ci sono differenze sulle indagini diagnostiche riportate. Nel PDTA del Piemonte non si fa cenno agli indicatori che si vogliono analizzare mentre



Il modello organizzativo in entrambi i casi viene chiamato "Chronic Care Model", però analizzando i centri di primo, secondo e terzo livello sebbene entrambe le regioni abbiano considerato il medico di medicina generale come punto di ingresso del PDTA, in realtà, la Toscana identifica il suo primo livello come l'ambulatorio del medico di medicina generale, il secondo livello l'ambulatorio neurologico e il terzo livello i centri specializzati, invece il Piemonte parte con l'ambulatorio neurologico come primo livello, poi le strutture complesse di neurologia e poi i centri specializzati.





Carlo Piccinni

Progetto PDTA lab, come è strutturato e cosa aggiunge nella malattia di Parkinson

GUARDA IL VIDEO

in quello della Toscana c'è qualche indicatore anche se definito come provvisorio.

Un punto critico dei PDTA del Parkinson, quindi, è proprio quello di andare ad individuare gli indicatori condivisi per poterli misurare.

Sui farmaci di prima e di seconda linea non sono state riscontrate differenze in quanto sono stati elencati tutti i farmaci in entrambi i PDTA. È stata evidenziata solo qualche differenza nei farmaci per i disturbi non motori proprio perché il Piemonte si è concentrato maggiormente sulla gestione della patologia in sé.

Le figure specialistiche coinvolte nel PDTA per diagnosi e prescrizione sono il neurologo e il medico di medicina generale mentre c'è tutta una serie di altre figure specialistiche coinvolte nella fase di follow up sia per sintomi motori che non motori.

Come possiamo misurare la performance dei PDTA?

Per fare ciò è stato utilizzato il database ARCO che copre oltre 20 milioni di assistiti sparsi per tutto il territorio nazionale considerando che alcune regioni contribuiscono con tutti i dati ed altre con parte dei risultati delle loro analisi.

“Per i bisogni assistenziali possiamo combinare più variabili come la diagnosi ICD-IX per la malattia di Parkinson, il codice di esenzione e la presenza di prescrizioni di farmaci specifici; tutto ciò fa calcolare una prevalenza dello 0,6%. Questa percentuale può contenere sia Parkinson che parkinsonismo e, anche se leggermente differente da quella riportata in letteratura, può dare la possibilità di iniziare a fare dei calcoli sul consumo di risorse e anche sui costi assistenziali” ha sottolineato Piccinni.

Per quanto riguarda i farmaci utilizzati è possibile fare anche lo studio delle combinazioni utilizzate e quindi dei pattern prescrittivi dei diversi farmaci.

È possibile fare lo stesso discorso anche per altri farmaci visto che un paziente con tale patologia assume anche altre tipologie di farmaci come farmaci contro l'acidità, antitrombotici, antibiotici etc. e anche per gli esami di laboratorio che non si limitano a quelli specialistici.

Cosa analoga per le ospedalizzazioni perché ad esempio il paziente con Parkinson è a più rischio di fratture e infezioni delle vie respiratorie.

È possibile anche effettuare un'analisi dei costi integrati nell'ottica del sistema sanitario nazionale; un paziente con Parkinson in media all'anno costa oltre 3000 euro al SSN, costi che per il 43% sono relativi alla spesa farmaceutica in cui rientrano anche farmaci non specifici usati, per il 41% sono costi per ospedalizzazioni e il 16% sono costi specialistici.

Analogamente a quanto fatto per altre patologie con il nuovo sistema di garanzia dei LEA, che ha definito un manuale per gli indicatori di prevalenza e di incidenza di processo e di esito, dovrebbe essere fatto per il Parkinson per creare una base metodologica comune e condivisa.

Sebbene il Parkinson sia inserito nel piano nazionale cronicità, attualmente rientra in soli due PDTA regionali. In entrambi i documenti è dichiarato il “Chronic Care Model” eppure ci sono delle lievi differenze e il punto cruciale è che per il Parkinson non sono ancora condivisi degli indicatori. Questo aspetto è cruciale perché riguarda l’identificazione del paziente con la malattia di Parkinson e di conseguenza cosa consuma e quanto costa.

- Il progetto PDTA lab ha l’obiettivo di creare un contenitore unico dei PDTA
- La piattaforma web è organizzata in tre funzioni: cerca PDTA, confronta PDTA e misura PDTA
- Per semplificare l’analisi dei documenti le informazioni sono state schematizzate secondo delle matrici: descrittiva, clinico-assistenziale e farmaco-terapeutica
- I PDTA di Piemonte e Toscana, gli unici attivi, sono simili nella struttura ma si differenziano nell’identificazione del bisogno assistenziale, nelle indagini diagnostiche proposte e soprattutto negli indicatori
- È necessario definire gli indicatori di prevalenza e di incidenza di processo e di esito per creare una base metodologica comune e condivisa.



Il punto di vista della politica sulla gestione della malattia di Parkinson

Highlights della relazione di **Giovanni Monchiero**, *Deputato Commissione Affari Sociali*.

“Il fatto che, anche se solo per alcune regioni, si è riusciti ad analizzare il problema della gestione della malattia di Parkinson è molto positivo”, spiega Monchiero. “Se la malattia fosse legata solamente a un costo di 3mila euro l’anno per paziente, non esisterebbe alcun problema dal punto di vista politico e dell’analisi di bilancio. La malattia è però legata a costi sociali, che non sono ancora del tutto compresi”.

Di recente è stato pubblicato uno studio sociologico del Censis che ha analizzato i caregiver dei malati di Parkinson. Lo studio sottolinea i problemi legati alla cronicità dal punto di vista dei costi per le persone che si occupano dei pazienti affetti da queste patologie. Questi costi sono sia economici, sia legati al tempo speso e ai “sacrifici” compiuti per dedicarsi alla persona malata.

“Per questi motivi occorre migliorare l’interazione tra ospedale e territorio, spiega Monchiero. Progressi decisivi in questo ambito non sono ancora stati osservati. In Italia, la sanità ha dovuto subire dei tagli a causa dell’impoverimento del paese. La riduzione del PIL che si è protratta per più anni ha costretto i governi a diminuire le risorse destinate alla sanità. In particolare, sono state tagliate le risorse per l’assistenza territoriale. Infatti, la possibilità di avere una prestazione di alta specialità è pressoché uniforme in tutto il territorio nazionale. Quello che differisce tra le varie regioni è l’assistenza territoriale”.



Giovanni Monchiero

Il punto di vista della politica sulla gestione della malattia di Parkinson

 **GUARDA IL VIDEO**

“Credo che sia arrivato il momento di incidere sulla governance delle aziende sanitarie. L’aver escluso quasi ovunque i sindaci dalla programmazione dei servizi e avere separato le funzioni socio assistenziali da quelle sanitarie è stato un grave errore. Ritengo che sia difficile dare delle risposte efficaci ai bisogni di assistenza dei pazienti con malattie croniche come il Parkinson e i loro caregiver senza un ripensamento delle azioni organizzative e del piano di governance. È molto difficile integrare ciò che abbiamo separato dopo i problemi finanziari. È molto difficile integrare operatori che rispondono a due soggetti diversi i cui interessi economici non coincidono, ma sono addirittura in contrapposizione. Credo che sia indispensabile porre mano a questi problemi il più in fretta possibile”, conclude Monchiero.

Il terzo PDTA: l'esperienza pugliese

Highlights della relazione di **Ettore Attolini** *Direttore Area Programmazione Sanitaria, AReSS Puglia*.

Il PDTA della regione Puglia è stato approvato nel luglio del 2017. Attualmente la regione si trova in una fase di riorganizzazione del sistema assistenziale che fa seguito a una precedente ristrutturazione del sistema ospedaliero. L'obiettivo è quello di realizzare un sistema di gestione integrato.

“Per consentire l'evoluzione da sistema ospedaliero a sistema integrato è stato proposto uno strumento di analisi, una banca dati assistiti, così da poter tracciare i percorsi gestionali, incrociando i dati amministrativi di tutta la popolazione pugliese dal 2004 al 2016. Si tratta di uno strumento di governo e di programmazione sanitaria, che offre anche la possibilità di condurre indagini retrospettive e prospettive sul carico assistenziale”, spiega Attolini.

Il sistema integrato prevede l'evoluzione delle forme associative dell'assistenza primaria verso AFT e UCCP e la ridefinizione del sistema di relazioni tra i vari attori, all'interno del sistema territoriale (assistenza primaria/specialistica/distretto), tra il sistema territoriale e la rete ospedaliera. Il sistema prevede, inoltre, la messa a punto dei modelli organizzativi e funzionali attraverso i quali definire le modalità di risposta (prestazioni e percorsi di cura) da assicurare ai cittadini con presidi territoriali di assistenza (ambulatori della cronicità, ospedali di comunità) e l'implementazione di idonei meccanismi di valutazione, in grado di rendere conto sia del contributo di ciascuno degli attori sia dell'efficacia/efficienza dei modelli.

Il modello prevede l'utilizzo di strumenti organizzativi e tecnologici quali la selezione dei pazienti arruolabili e loro stratificazione secondo classi di rischio di gravità/gravosità clinica, un piano assistenziale individuale, la definizione di un sistema di



gestione informatico/informativo che consenta di effettuare e monitorare il reclutamento dei pazienti e l'adesione al percorso di cura programmato, in grado di scambiare informazioni con il SISR, una modalità di remunerazione integrativa per obiettivi di salute e la formazione continua degli operatori.

Parkinson Italia onlus, la voce del volontariato

Highlights della relazione di **Giulia Quaglini** *vice-Presidente di Parkinson Italia Onlus*.

Quali sono i bisogni delle associazioni di pazienti con Parkinson e delle loro famiglie? Far riconoscere la disabilità che comporta questa malattia, diminuire i costi socio-assistenziali a livello locale che sono spesso a carico delle associazioni territoriali, armonizzare il lavoro dei medici con quello delle associazioni che devono essere maggiormente riconosciute. Questi aspetti sono stati sottolineati da Giulia Quaglini che ha acceso il dibattito durante la tavola rotonda.



“

Parkinson Italia è una Confederazione di Associazioni di volontariato indipendenti che a livello nazionale raggruppa le associazioni territoriali. Nata nel 1998 da 6 associazioni fondatrici, ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone affette da Parkinson e dei loro familiari.

”

Giulia Quaglini è un caregiver da più di 22 anni, responsabile di un'associazione locale in provincia di Varese e attualmente è anche vice-presidente di Parkinson Italia.

Alla confederazione “Parkinson Italia onlus” possono aderire le associazioni locali che restano così tra loro collegate per scambiarsi informazioni. Nel loro sito web è ben chiaro lo spirito di apertura a tutti: pazienti, familiari, volontari e simpatizzanti.

Le associazioni, che lavorano prettamente nell'ambito socio-sanitario, restano libere di operare ed agire autonomamente sul territorio ma hanno anche la possibilità di collaborare tra esse in progetti comuni.

La confederazione garantisce una figura moderatamente centralizzata per avere maggiore visibilità a livello nazionale e col

tempo è diventata una realtà consolidata che interessa più di 10.000 persone, è membro attivo della European Parkinson's Disease Association (EPDA) e della Federazione Italiana Associazioni di pazienti Neurologici (FIAN)

Nell'ambito legato ai PDTA, Parkinson Italia ha innanzitutto valutato come poter aiutare le associazioni afferenti. Queste infatti hanno come primo scopo le esigenze locali, del paziente e della famiglia e che, pur con la buona volontà, hanno avuto delle difficoltà a calarsi nell'ambito operativo.

“In particolare, a livello dei distretti” - ha precisato Quaglini - “i finanziamenti sono dedicati a specifiche finalità e nei comuni, in particolar modo, l'attenzione primaria è sui minori. Bisogna far riconoscere che le nostre persone con Parkinson sono persone disabili; perché questa malattia una volta diagnosticata, non viene accettata come disabilità e quindi è necessario parlarne e farlo comprendere”.

Il problema principale sollevato da Quaglini è che le associazioni aderenti alla federazione sono frammentate e anche se c'è la buona volontà, è difficile riuscire a costruire quell'uniformità che possa dare davvero una voce univoca rispetto a quello che è il bisogno reale delle persone e delle famiglie che vivono col Parkinson.

“

È necessario tenere ben presente che c'è un grande bisogno sociale perché questa è una malattia sociale.

”





“Spesso sentiamo dire vai tranquillo, lavora, muoviti perché tanto di Parkinson non si muore”.- ha aggiunto Quaglini- “Questo modo di gestire non sempre è costruttivo nelle varie fasi della malattia perché non si aiuta la persona con Parkinson a prendere la consapevolezza delle difficoltà che va ad incontrare in tutto il suo percorso”.

“Noi abbiamo innanzitutto cominciato col calibrare quali erano i bisogni e poi siamo entrati nella sfera più prettamente psicologica cercando di costruire analisi di bisogni insieme ad altre associazioni come quella per la sclerosi multipla” ha precisato Quaglini.

Anche la riabilitazione è un capitolo ancora molto in discussione. Non sempre c'è bisogno di eseguirla mentre altre volte si esagera con troppi ricoveri nelle strutture riabilitative.

“È impensabile vedere ricoverate le persone in ambiti riabilitativi dove non ci potrà essere un'effettiva riabilitazione” ha sottolineato Quaglini.

La federazione chiede, quindi, che al centro del processo di gestione del paziente con Parkinson ci siano, oltre al paziente, due altri attori: i medici e le associazioni. Questo potrà permettere di costruire un'armonizzazione di intenti che permetta alla federazione di lavorare sul territorio con maggiore sinergia e soprattutto con maggiore capacità di dare le risposte concrete a quello che sono i bisogni del malato e della famiglia.

Altro aspetto chiave con ampi margini di sviluppo è la formazione, che resta una priorità dei PDTA. Un caregiver preparato sa gestire la persona in collaborazione con chi le dà gli strumenti.

“Noi caregiver”-ha evidenziato Quaglini- “abbiamo bisogno di strumenti che possiamo recuperare insieme ai medici, al territorio, ai servizi sociali, ma c'è anche bisogno di formazione. Ad esempio, l'infermieristica spostata sull'ambito domiciliare, territoriale può dare quel sostegno di formazione a chi si prende cura a domicilio del paziente e potrebbe essere un valore aggiunto su tanti aspetti. È inevitabile che il ricovero sia determinante e quindi i percorsi all'interno di un ricovero possono dare valore aggiunto al lavoro medico e alla persona però a questo livello il lavoro dell'associazione non è valorizzato”.

Le associazioni territoriali fanno molto per il bene delle strutture sanitarie. Ci sono progetti che le piccole associazioni composte da 50-60 persone costruiscono sulla base di un lavoro di integrazione con l'ambulatorio territoriale dove mettono a disposizione uno psicologo in collaborazione con le reti delle altre associazioni ma anche altre figure professionali che possano fare accoglienza, sostegno per sopperire ai tempi ridotti dei medici.

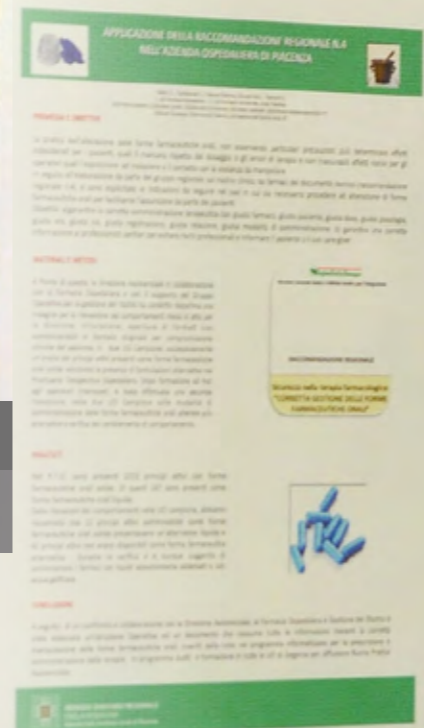
Il volontariato, quindi, si occupa di tanti piccoli aspetti che, anche se non conteggiati economicamente, probabilmente sono il vero motore per la consapevolezza della persona, il sostegno della famiglia, la formazione per una continuità.



Giulia Quaglini

Parkinson italia onlus: attività, obiettivi e importanza PDTA

GUARDA IL VIDEO



- Parkinson Italia è una Confederazione di Associazioni di volontariato indipendenti
- Nell'ambito dei PDTA sul Parkinson, uno degli far obiettivi della confederazione è far riconoscere la disabilità delle persone con Parkinson
- La formazione è un aspetto fondamentale da considerare specialmente dei caregiver. La confederazione è impegnata anche in tale direzione.



Punti critici nella costruzione dei PDTA: disomogeneità, monitoraggio, territorio e paziente al centro

Hightlights della relazione di **Mario Zappia**, *Ordinario di Neurologia e Direttore della Clinica Neurologica del Policlinico dell'Università di Catania*.

È necessario creare sul territorio nazionale omogeneità di contenuti e documenti, questo andrebbe effettuato prima di arrivare alla formulazione dei PDTA su base aziendale vista la disomogeneità riscontrata in quelli su base regionale” è questo uno dei quattro concetti su cui ha insistito Zappia nel suo intervento.

A tal proposito l'accademia LIMPE-DISMOV ha messo a punto una bozza programmatica a cui le regioni possono eventualmente riferirsi per cercare di applicare dei PDTA il più possibile omogenei. Certamente la disomogeneità dei documenti riflette anche la disomogeneità dell'offerta sul territorio nazionale.

“La disomogeneità nazionale si riflette anche nei percorsi che come ricordava la dr.ssa Pisanti non sono nient'altro che degli strumenti per coniugare su base locale quello che è il piano nazionale della cronicità” ha aggiunto Zappia.

“Un secondo punto è che il piano nazionale cronicità è stato sicuramente un gruppo di confronto importante in cui sono state coinvolte anche le associazioni dei pazienti, oltre che le società scientifiche, alla creazione di questo documento” ha proseguito Zappia.



“ Rimane un punto non chiarito, chi riesce a monitorare l'applicabilità di quanto prevede il piano nazionale cronicità per le varie regioni? Abbiamo regioni virtuose che si sono affrettate a realizzare documenti la cui applicazione parte dal basso, come ha sottolineato Lopiano, riunendosi per discuterne e altre meno. Si devono quindi prevedere degli strumenti che facciano in modo che ci sia un'applicabilità del piano cronicità e dei PDTA da essi derivanti”..

Il terzo punto elencato da Zappia riguarda l'importanza del coinvolgimento del territorio, come sottolineato da Monchiero. Il territorio in realtà sembra scarsamente coinvolto. Se si analizza l'interazione tra gli specialisti ambulatoriali e le reti, la maggioranza degli specialisti non sa di cosa si stia parlando.

“Probabilmente i centri Parkinson hanno già una loro struttura e interagiscono abbastanza bene. La possibilità di riversare sul territorio del paziente e, quindi, avere a disposizione anche degli strumenti informatici che possano essere condivisi risol-

vendo il problema della privacy è importante. Se non si passa al coinvolgimento attivo del territorio non si riuscirà a parlare di gestione, di governo clinico della cronicità per lo meno per la malattia di Parkinson” ha precisato Zappia.

“Ultimo punto, disponiamo di un'ottima modellistica assistenziale sulla carta ma, manca la figura centrale cioè il paziente, che a un certo punto sembra sparire.”

“ Il centro Parkinson fa la diagnosi e un piano terapeutico, ad un certo punto questo paziente dovrà ritornare nel suo territorio, nel luogo dove eventualmente poter accedere alle cure, qual è l'interazione tra lo specialista ambulatoriale, tra il medico di medicina generale e il centro Parkinson? Nessuna.

Secondo Zappia nel percorso ad un certo punto si perde di vista quello che dovrebbe essere il soggetto principale di questa rete, questo perché bisogna andare nel concreto al più presto possibile.



Mario Zappia

Principali criticità nella realizzazione di PDTA per la malattia di Parkinson

cademico universitario perché non dobbiamo pensare solo alla formazione degli operatori ma anche riuscire a trasmettere quei minimi elementi che possano permettere ai nostri pazienti di vivere meglio. Purtroppo, forse siamo troppo seduti su sponde opposte, dovremmo riscoprire quell'alleanza di cui tanto si è parlato ma che spesso latita".

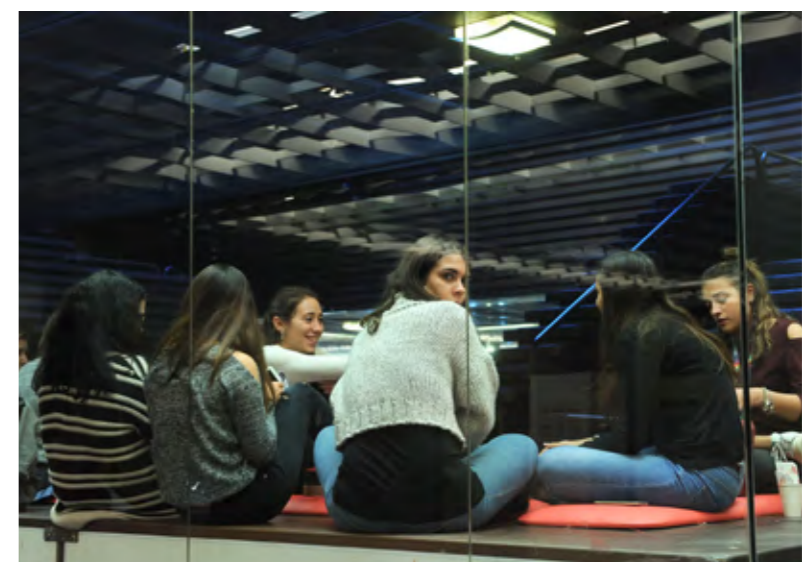


- Nella costruzione dei PDTA è necessario creare omogeneità
- Bisogna prevedere degli strumenti di controllo e monitoraggio del lavoro fatto in ogni PDTA
- È necessaria una maggiore interazione tra lo specialista e il territorio nel gestire il paziente e una formazione del caregiver

GUARDA IL VIDEO

“Manca una formazione dei caregiver, come diceva la presidente dell’associazione pazienti” ha precisato Zappia, aggiungendo: “I caregiver imparano sulla loro pelle come accudire i loro cari e la responsabilità è anche nostra che lavoriamo in ambito ac-





Vi siete persi il primo quaderno sul PDTA per la malattia di Parkinson?

Lo potete scaricare
cliccando qui



Zambon
1906

PHARMASTAR

www.pharmastar.it
Registrazione al Tribunale di Milano
n° 516 del 6 settembre 2007

EDITORE

MedicalStar
Via San Gregorio, 12 - 20124 Milano
info@medicalstar.it - www.medicalstar.it



DIRETTORE RESPONSABILE

Danilo Magliano



PROGETTO E GRAFICA

Francesca Bezzan
www.franbe.it

AVVERTENZE PER I LETTORI

Nessuna parte di questa pubblicazione può essere copiata o riprodotta anche parzialmente senza l'autorizzazione dell'Editore.

L'Editore declina ogni responsabilità derivanti da errori od omissioni in merito a dosaggio o impiego di medicinali o dispositivi medici eventualmente citati negli articoli e invita il lettore a controllare personalmente l'esattezza delle informazioni, facendo riferimento alla bibliografia relativa.

HANNO COLLABORATO ALLO SPECIALE PARKINSON



Elisa Spelta



Emilia Vaccaro

SEGUICI SU



ISCRIVITI ALLA NEWSLETTER



REDAZIONE@PHARMASTAR.IT

PHARMASTAR[★]
il Giornale on-line sui Farmaci
WWW.PHARMASTAR.IT