



Commissione Osservatorio Neurologia e Sanità SIN

Ruolo della Neurologia nell'attuazione del DM 77

INTRODUZIONE

La direzione verso cui sta andando la Neurologia Italiana, sul piano dell'offerta assistenziale, è duplice: da un lato i Neurologi sono chiamati ad occuparsi delle malattie neurologiche acute in un *setting* prevalentemente ospedaliero; dall'altro, l'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione e i progressi nella gestione farmacologica e non farmacologica delle patologie neurologiche hanno aumentato progressivamente il numero dei pazienti che necessitano di assistenza e di terapie croniche, rendendo cruciale uno *shift* verso una gestione corretta e appropriata della cronicità.

Le patologie croniche colpiscono oltre 24 milioni di italiani e, secondo i dati della Sorveglianza dell'Istituto Superiore di Sanità, già dopo i 65 anni, più della metà della popolazione convive con una o più cronicità, con un trend in crescita con l'età.

In generale, esse rappresentano un'importante criticità per la sostenibilità di sistemi sanitari e della spesa, quest'ultima in salita di pari passo con la transizione epidemiologica la quale sta facendo crescere il numero e l'impatto delle patologie croniche. In tale scenario, si fanno sempre più necessarie l'ottimizzazione e la coordinazione tra i vari livelli assistenziali, mettendo al centro le necessità del paziente in un'efficiente allocazione delle risorse e della spesa.

In particolare, l'assistenza sanitaria per le **malattie neurologiche croniche** costituisce una crescente sfida ai sistemi socio-sanitari. Il Global Burden of Disease Study stima che i disordini neurologici rappresentano la prima causa di disabilità e seconda causa di mortalità prematura in Europa, con un impatto sanitario e sociale in aumento per il progressivo invecchiamento della popolazione (Lancet Neurology, 2024).

Tra le malattie neurologiche croniche principali si annoverano la epilessia, la cefalea, l'insonnia, le neuropatie, le miopatie, la malattia di Parkinson (e tutte le diverse forme di parkinsonismi), la malattia di Alzheimer, sclerosi multipla, e, non meno importanti, altre malattie meno frequenti come la Encefalite, la Meningite, le neoplasie cerebrali, la Sclerosi Laterale Amiotrofica e le malattie neurologiche genetiche.

Nel nostro Paese, oltre 7 milioni di persone soffrono di emicrania, 12 milioni soffrono di disturbi del sonno e sono oltre 1.200.000 le persone affette da demenza, di cui 720.000 da malattia di Alzheimer; più di 1 milione di casi soffrono di disturbi correlati a neuropatie periferiche e miopatie; 800.000 sono i pazienti con conseguenze invalidanti dell'Ictus, patologia che ogni anno fa registrare 180.000 nuovi casi, e 400.000 coloro che sono colpiti da Malattia di Parkinson. Si stimano circa 130.000 persone affette da malattie demielinizzanti inclusi la sclerosi multipla, con una incidenza di circa 3.400 casi/anno per i quali sono attualmente disponibili circa 20 trattamenti modificanti il decorso della malattia.

Le patologie neurologiche croniche rappresentano, quindi, un articolato insieme di condizioni che richiedono, per particolarità e durata, cure specialistiche coordinate. Molte prestazioni in diverse fasi del percorso del paziente a basso impegno assistenziale potrebbero, infatti, essere gestite in *setting* extra-ospedaliero, a livello territoriale e/o al domicilio del paziente, nelle varie articolazioni del *Chronic Care Model*.

Molte di tali patologie hanno in comune alcuni tratti distintivi dei processi e modelli di cura e assistenza:

- a) la **natura cronica del bisogno** e, per conseguenza, l'organizzazione di un modello di offerta che garantisca **continuità nelle risposte**;
- b) la **complessità clinica**, in termini di bisogni di salute altamente variabili e incerti nelle forme di espressione della malattia, che richiede **competenze altamente specializzate** (spesso concentrate all'interno dei cosiddetti «centri» o degli ambulatori dedicati alla patologia) con condizioni di accessibilità ai servizi;
- c) il coinvolgimento di un **sistema di offerta ampia ed eterogenea** che tocca servizi ospedalieri ma anche molteplici servizi territoriali.

In estrema sintesi è opportuno richiamare almeno i seguenti aspetti e le loro implicazioni:

- a) Nella risposta alla continuità del bisogno è necessario contemperare le esigenze del paziente di stabilità della interlocuzione, con l'eventuale bisogno di prestazioni, o insiemi di prestazioni, specializzate, non sempre erogate o erogabili dal professionista o dalla struttura di riferimento;
- b) La possibilità che il paziente nella progressione di malattia attraverso fasi della patologia con bisogni clinici e assistenziali profondamente diversi: da qui la necessità di pensare ai servizi in termini di filiera, di progettare e monitorare il passaggio del paziente da un setting all'altro, pur nella continuità della presa in carico, di assicurare modelli di servizio diversificati e coerenti con le diverse fasi della patologia;
- c) Il progressivo emergere di cronicità, o fasi di cronicità, diverse da quelle tradizionali e caratterizzate da una elevata complessità clinica: in questa prospettiva il problema diventa quello di come mettere a disposizione della cronicità e di setting territoriali e domiciliari competenze e servizi tipicamente ancorati al mondo dell'acuzie, organizzati nel contesto ospedaliero che risulta inadeguato ai bisogni emergenti.

LE RETI CLINICHE

In quest'ottica le reti cliniche rappresentano ormai l'approccio di riferimento obbligato per il funzionamento dei sistemi sanitari. Nel tempo, con la sua diffusione, il termine rete è diventato una «etichetta ombrello» che racchiude modelli ed esperienze molto differenziati. In senso molto generale il richiamo alle logiche di rete, in sanità e nelle concrete esperienze del nostro Paese, rimanda alla necessità di assicurare, in determinati ambiti (bisogni, patologie, specialità, ...), livelli di coordinamento che i normali e generali meccanismi di coordinamento dei sistemi (in primis i processi di programmazione ai diversi livelli) non sono in grado di realizzare.

In un certo senso le reti si affiancano alla struttura istituzionale del sistema rappresentata dalle aziende sanitarie pubbliche nelle loro diverse configurazioni, influenzandone il funzionamento. Le reti vengono utilizzate per assicurare un insieme di obiettivi che vanno dall'efficacia delle cure, all'efficienza nell'utilizzo delle

risorse, all'equità nelle opportunità diagnostiche e terapeutiche, attraverso un miglior coordinamento fra tutti i soggetti e gli snodi coinvolti, da una parte, e, dall'altra, attraverso lo sfruttamento delle potenziali sinergie, risolvendo, al contempo, molte delle potenziali contraddizioni già evidenziate precedentemente.

La rete in sanità è innanzitutto un disegno che si applica a due dimensioni specularmente interconnesse che guardano al sistema di erogazione dei servizi da due prospettive opposte: la struttura dell'offerta e i percorsi del paziente. Immaginare il funzionamento della rete vuole dire quindi, da una parte, definire le caratteristiche che devono avere i contesti chiamati a produrre ed erogare le prestazioni (i nodi della rete) e, dall'altra, precisare come, con quali sequenze, i pazienti "attraversino" il sistema e fruiscano dei servizi (PDTA).

Per garantire l'efficacia e sfruttare le sinergie è necessario che il ruolo di ciascun nodo della rete, in termini di prestazioni e condizioni da trattare, sia frutto di una scelta e non il semplice esito di dinamiche spontanee. Il disegno può essere il più vario, collocandosi tra due estremi del tutto ipotetici: da configurazioni "piatte", in cui ciascun nodo replica le funzioni di ciascun altro, e la prossimità per i pazienti è massimizzata, a configurazioni altamente specializzate in cui le differenze, e le distanze, aumentano e ciascun nodo assolve a funzioni esclusive.

Queste due configurazioni estreme hanno lo scopo di orientare le scelte all'interno dei contesti reali in cui la rete dei servizi è influenzata sia dalla pluralità delle discipline che concorrono nei processi di diagnosi e cura che dalle interdipendenze tra servizi clinici e di diagnostica, spesso cruciali nei percorsi dei pazienti. Al di là delle ipotesi di scuola, tutte le reti nascono per perseguire una qualche forma di specializzazione, in termini orizzontali (aree di patologie), ma soprattutto verticali, ovvero di funzioni assolute rispetto a uno stesso problema di salute.

La specializzazione, necessaria per garantire adeguate competenze e possibilità di accesso a risorse tecnologiche, comporta quasi inevitabilmente una gerarchizzazione (*hub and spoke*), ma non è detto che questa debba estendersi alle unità operative in quanto tali. È infatti possibile prevedere che, rispetto a reti differenti, ruoli diversi coesistano nella medesima unità o che la specializzazione si accompagni a una messa in comune tra le unità delle competenze specializzate (equipe itineranti).

Alla progettazione dei ruoli che i diversi nodi svolgono nella rete si affianca, specularmente, la progettazione di come, attraverso quali passaggi, il paziente possa e debba ottenere nella rete la risposta ai bisogni posti dalla specifica patologia.

L'individuazione dei percorsi del paziente, dalla diagnosi alla terapia e alla eventuale riabilitazione, definisce meglio le funzioni di ciascun nodo e, al tempo stesso, rende evidenti le connessioni tra la rete e il sistema sanitario nel suo complesso.

Alla base dei percorsi del paziente non possono che esservi linee guida e protocolli e, in generale, una condivisione degli approcci e delle strategie di cura da parte della comunità scientifica di riferimento. Questo è quanto, in sintesi, i PDTA si prefiggono di promuovere.

Da questo punto di vista, infatti, i percorsi rappresentano spesso un terreno per la costruzione di una vera e propria *clinical governance* di sistema, non solo allineando sul piano professionale la sequenza degli interventi che a partire dalla diagnosi occorre organizzare per rispondere ai bisogni del paziente, ma anche raccordando i contributi che più discipline offrono per la medesima fase della malattia. Bisogna, infine, sottolineare come il confronto tra percorsi effettivi (reali e attuali) e percorsi ideali (il disegno) rappresenti uno strumento per stimolare e guidare il cambiamento.

Le reti non si esauriscono nel disegno dei nodi e dei percorsi tra i nodi, ma devono anche trovare le condizioni per funzionare ed evolvere. Un elemento fondamentale in tal senso è rappresentato dalla *governance* che caratterizza ogni rete ovvero da come la rete viene governata o riesce a realizzare le condizioni necessarie per mantenere un equilibrio anche in termini dinamici. Le possibili configurazioni sono molte e diverse, ma è raro che una rete possa funzionare in assenza di alcuni elementi fondamentali, che in parte possono compensarsi, ma che devono essere comunque in una certa misura presenti. Il consenso e la coesione, che la comunità professionale esprime, rappresenta una prima condizione di grande rilevanza: il coordinamento e la cooperazione difficilmente possono essere imposti a comunità professionali troppo divise.

Negli ultimi quattro anni, la pandemia da COVID-19 ha stimolato un'accelerazione nello sviluppo e nella disponibilità di servizi sanitari di prossimità che va nel senso di una migliore accessibilità dei pazienti alle prestazioni assistenziali. Si tratta di una tendenza complessiva che i decisori politici, a partire dal governo nazionale, intendono valorizzare e incrementare ulteriormente: il potenziamento della sanità territoriale è, infatti, al centro dell'agenda dei prossimi anni e tra i pilastri del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

In particolare, nell'ambito della Missione Salute, la componente principale riguarda le reti di prossimità, le strutture sanitarie e la telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale con l'obiettivo generale di:

- a) Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica;
- b) Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari;
- c) Sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio;
- d) Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

Le esperienze già presenti nel Paese consentono di proporre un portafoglio ampio di strumenti a sostegno della rete per le malattie neurodegenerative afferente alle strutture neurologiche ospedaliere e territoriali.

Attualmente la rete delle malattie neurologiche croniche coinvolge un insieme di reti di patologia che fa perno sull'unitarietà dell'Unità Operativa di Neurologia. Infatti, all'interno del sistema sanitario esiste un patrimonio consolidato di competenze e strutture di offerta dedicato in particolare alla diagnosi e cura delle demenze, della malattia di Alzheimer, di quella di Parkinson e dei parkinsonismi, delle cefalee e delle epilessie largamente radicate all'interno delle Unità Operative di Neurologia (rete degli ambulatori per la cura del Parkinson, rete dei CDCD – Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze) che necessita di rafforzare le sue forme di collaborazione con le altre comunità professionali e le forme di integrazione con la rete dei servizi territoriali.

I SETTING ASSISTENZIALI FRA OSPEDALE E TERRITORIO

L'organizzazione della **Rete di Neuroscienze** dovrebbe articolarsi in stretta interazione e in condivisione di percorsi organizzati, laddove possibile, per patologia, fra setting ospedaliero e setting territoriale.

Tale organizzazione dovrebbe sopperire a differenti esigenze:

- Garantire una presa in carico dei pazienti con le principali patologie neurologiche
- Dare continuità all'assistenza per le principali patologie neurologiche, determinando una offerta commisurata all'epidemiologia e alla storia naturale di tali malattie
- Ridurre gli accessi ospedalieri immotivati e non necessari
- Elaborare un percorso formativo della rete comune a tutti gli snodi per incentivare la partecipazione attiva

e mantenere uno standard di qualità costante

- Definire a priori dei livelli differenti di complessità clinica e assistenziale, con criteri condivisi di accesso per ambulatori di primo e di secondo livello
- Delocalizzare nel territorio (sia in PS che in contesto ambulatoriale puro) l'erogazione delle visite neurologiche non urgenti, definite sulla base di criteri di accesso condivisi, decongestionando il Pronto Soccorso
- Portare avanti con i principali soggetti coinvolti un tavolo di lavoro sulla appropriatezza prescrittiva

In particolare il setting territoriale / ospedaliero si dovrebbe far promotore di protocolli operativi e PDTA, che supportino la creazione di:

- ambulatori specialistici neurologici in stretta relazione con i centri di II livello
- coinvolgimento di altre figure professionali in percorsi dedicati per patologia.

Le premesse di tale organizzazione derivano dall'identificazione di alcune criticità:

- offerta inadeguata all'epidemiologia della singola patologia con tempi di attesa elevati
- penalizzazione in relazione alla collocazione geografica che ha portato alcuni pazienti a rinunciare al centro dedicato in quanto troppo distante dalla residenza
- scarsa definizione dell'interfaccia tra neurologia territoriale e centro dedicato ospedaliero
- scarsa diversificazione dell'attività in I e II livello all'interno del centro stesso

Sarebbe quindi prevedibile una organizzazione di rete per le malattie neurologiche (croniche), partendo dai seguenti presupposti comuni:

- costituzione di un gruppo omogeneo di Neurologi dedicato alla singola patologia con diversificazione dell'attività in I e II livello in base alla complessità
- abolizione della divisione fisica tra Ospedale e Territorio con possibilità per gli specialisti convenzionati di inserirsi nel II livello ospedaliero
- adozione di protocolli/PDTA comuni
- crescita professionale omogenea e indirizzata dei medici e altre figure dedicate
- offerta più adeguata rispetto all'epidemiologia della patologia per garantire tempi di attesa in linea con le esigenze cliniche
- maggior equità di accesso in base alla collocazione geografica con creazione di ambulatori I livello in sedi periferiche
- coinvolgimento delle associazioni di pazienti nella raccolta dei bisogni

Per tutte le categorie sopra elencate il percorso di rete si potrebbe snodare in due livelli di differente complessità/stabilità clinica, a cui si accede sulla base di criteri predefiniti ed esplicitati di malattia e di trattamento (es. screening per terapie avanzate nei disturbi del movimento, PT per trattamenti ad elevato impatto, ecc.):

- Ambulatori di primo livello (per lo più con estrinsecazione territoriale)
- Ambulatori di secondo livello (per lo più con estrinsecazione ospedaliera)

La modulazione dei percorsi consente una stima della crescente richiesta sulla base dei tempi di attesa, il che permette una strategia di correzione con apertura estemporanea di slot aggiuntivi, se necessario.

Il percorso dedicato alle Malattie Rare prevede un ambulatorio ospedaliero di secondo livello, strettamente correlato con il setting ricovero/DH/DSA (o attività ambulatoriale complessa) ad accesso su proposta neurologica dopo discussione del caso (allo scopo di limitare l'inappropriatezza di accesso).

Il percorso prevede inoltre un ambulatorio cerebrovascolare in setting ospedaliero dedicato al post-ricovero della STROKE UNIT, in cui viene definito al momento della dimissione necessità e timing di una visita successiva con indicazione dell'appuntamento in lettera di dimissione; possibilità di accesso per pazienti selezionati proposti da altri colleghi neurologi e non dimessi dalla Stroke Unit dopo discussione del caso. Il paziente che non necessita di controlli dedicati nel secondo livello sia *ab initio* che dopo la visita di controllo definita (es. a 3 mesi), viene poi indirizzato verso l'ambulatorio di Neurologia Generale distrettuale (primo livello). Analoghi percorsi possono essere elaborati per la diagnostica strumentale neurofisiologica e neurosonologica (primo livello e secondo livello).

Le modalità di accesso al I livello prevedrebbero:

- Prenotazione CUP a neurologi ospedalieri o territoriali.

Le modalità di accesso al II livello prevedrebbero:

- Prenotazione CUP in agenda dedicata con parola/e chiave specifica su invio di MMG o Neurologi ospedalieri e territoriali o altri specialisti secondo le specifiche indicazioni dei PDTA di pertinenza,
- Prenotazione o Teleconsulto da parte del Neurologo del I livello al referente II livello con allegata documentazione essenziale per definizione percorso

- Il coordinamento I-II livello prevedrebbe:

- incontri in cui i medici e gli altri specialisti o operatori particolarmente coinvolti nel percorso si trovano per:
 - monitorare gli indicatori
 - discutere casi clinici complessi
 - implementare innovazioni diagnostiche e terapeutiche
 - definire sempre meglio il percorso nell'ottica della costruzione di un PDTA secondo le linee di indirizzo regionali
 - vagliare le opportunità formative specifiche

Indicatori

- Tempi di attesa per accesso a prima visita
- Numero di contatti tra ambulatori di I e II livello (introdurre una scheda contatto)
- Rapporto tra contatti mail o telefonici / richieste di visite al secondo livello
- Definizione delle priorità (U, B D P) in base al contatto tra I e II livello. Il percorso applica una sorta di triage
- Numero di eventi formativi condivisi (MMG/Specialisti/ifec...)
- Numero di incontri – audit tra Ospedale e Case di comunità (amb I e II livello)
- Formalizzazione di un percorso con indicatori misurabili, incluse "le indicazioni" all'invio (che si correla al punto sottostante
- % pazienti con corretta indicazione per accesso CUP all'ambulatorio I livello

Vantaggi:

- Limitazione della dispersione dei pazienti e dell'accesso a percorsi con elevato rischio di prescrizioni strumentali inappropriate/ripetizione di prestazioni
- Possibilità di identificare misure di *outcome* della rete e non del singolo ambulatorio (in termini di efficienza e di efficacia)
- Possibilità di incontrare gli stessi professionisti in visita ambulatoriale in elezione e in visite urgenti, con

ulteriore limitazione della sovra prescrizione

- Formazione costante dei professionisti come team della rete

Svantaggi:

- Necessità di adattamenti per applicazione su larga scala e in bacini di utenza ampi e ad elevata mobilità interaziendale e inter-regionale
- Differente coordinamento (aziende, dipartimenti, ecc.) fra ospedale e territorio

Sviluppi:

- Televisite per alcune categorie di pazienti
- Contatto diretto da parte del MMG
- Ambulatorio urgenze neurologiche (priorità 72 ore) che limiti l'accesso al PS dei casi inappropriati

Il primo e il secondo livello per patologia è definito, laddove disponibile, sulla base delle indicazioni delle società scientifiche di pertinenza anche tenendo conto della complessità generale (vedi fragilità) e per della complessità specialistica.

In questa direzione, centrale è il contributo che le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità (OSCO), le Centrali Operative Territoriali (COT) e l'intensificazione dei modelli erogativi a domicilio potranno offrire insieme alle forme di telemedicina e di *mhealth*. Modelli organizzativi a rete consentono di gestire le interdipendenze non solo tra i contributi che i diversi attori possono offrire al paziente nelle diverse fasi della malattia, ma anche quelle relative all'integrazione tra servizi sanitari e non sanitari per la presa in carico della persona e per il sostegno al suo nucleo familiare, nell'ottico di una reale Neurologia di prossimità.

Gli Ospedali di comunità saranno gestiti dai medici di medicina generale e da personale infermieristico, con accesso in consulenza sia di specialisti ambulatoriali sia di dirigenti medici ospedalieri, in una stretta interazione ed in una condivisione di percorsi organizzati, laddove possibile, per patologia, fra setting ospedaliero e setting territoriale. Gli specialisti neurologi ambulatoriali sono integrati funzionalmente nelle UOC di Neurologia, sotto il coordinamento del Direttore della UOC Neurologia.

Potranno integrarsi in tale modello, seguendo l'esperienza toscana, delle Aggregazioni Funzionali Territoriali di medicina generale, rappresentate all'interno delle Aziende da un coordinatore che assume, per nomina del DG dell'Azienda USL, la funzione di direttore del Dipartimento della Medicina Generale.

PROPOSTA DI UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

Nelle Case di Comunità e negli Ospedali di Comunità si prevede di allocare, in coerenza con il DM77, prestazioni specialistiche neurologiche di bassa e media complessità clinico-assistenziale che non richiedono l'ambiente ospedaliero, nonché le attività di prevenzione e screening, il follow-up dei pazienti cronici fragili, la somministrazione sicura di terapie orali, sottocutanee ed endovena a bassa-media intensità e la gestione di terapie farmacologiche e non farmacologiche (incluse le Terapie Digitali).

Questo approccio mira a garantire la fornitura di servizi sanitari di prossimità, in cui gli operatori sanitari territoriali lavorano in sinergia con i pazienti per sviluppare piani di cura personalizzati che integrano la gestione delle malattie croniche con interventi preventivi. Inoltre, l'assistenza sanitaria territoriale favorisce la continuità delle cure, promuovendo la collaborazione tra medici di medicina generale, specialisti, infermieri e altri professionisti della salute.

Per quanto riguarda il Personale Specialistico, in considerazione delle diverse condizioni neurologiche che compongono l'ecosistema della Neurologia, pur considerando che in molti casi i sintomi e i segni riferibili al Sistema Nervoso Centrale e Periferico non necessitano comunque di una presa in carico neurologico elettivo, si ritiene preferibile nel contesto attuale prevedere la costituzione di equipe neurologiche formate in prevalenza da neurologi specialisti assunti presso la Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ospedaliera, cui delegare anche le attività ambulatoriali territoriali sotto la regia del Responsabile della Neurologia del Territorio.

Tabella 1. Casi incidenti e prevalenti stimati per 100.000 abitanti pari a Distretto Standard (*PoliAmbulatori Territoriali Distrettuali)

Malattia	Incidenza/ 100000	Prevalenza/ 100000	Amb. II/III Livello (%)	PAT (%)*	CDC/ODC (%, casi)
M Cerebrovascolare	150	1500	40	20	40 (350)
Demenze	300	1700	30	30	40 (400)
Emicrania Cronica (Emicrania all)	110 (1100)	1500 (15000)	20	70	10 (80)
Epilessia	70	900	60	20	20 (90)
Parkinson	30	600	50	20	30 (100)
M. Demielinizzanti (inclusa Sclerosi Multipla)	10	160	60	10	20 (16)
Trauma Cranico (disabilità permanente)	130 (30)	750	20	30	50 (180)
Insonnia Grave (Insonnia Cronica)	500 (5000)	1000 (10000)	15	50	35 (170)
M. Neuromuscolari	15	230	60	10	30 (10)
Totale	2300	8330	35	40	1395

Sulla base di quanto riportato, tenuto conto delle attuali curve demografiche e del numero di previsti casi complessi/fragili/disabili, è possibile indicare un numero complessivo di pazienti neurologici delocalizzabili presso le Case della Comunità pari a circa 1500 pazienti (ovvero il 3% della popolazione afferente).

I criteri previsti per la delocalizzazione dei malati neurologici presso le Case della Comunità e gli Ospedali della Comunità devono seguire requisiti da stabilirsi con la Direzione Sociosanitaria e con i MMG dei distretti di competenza (vedi tabella 2)

Tabella 2. Criteri di stratificazione della popolazione neurologica presso il Dipartimento di Continuità di Cura ASST Spedali Civili di Brescia

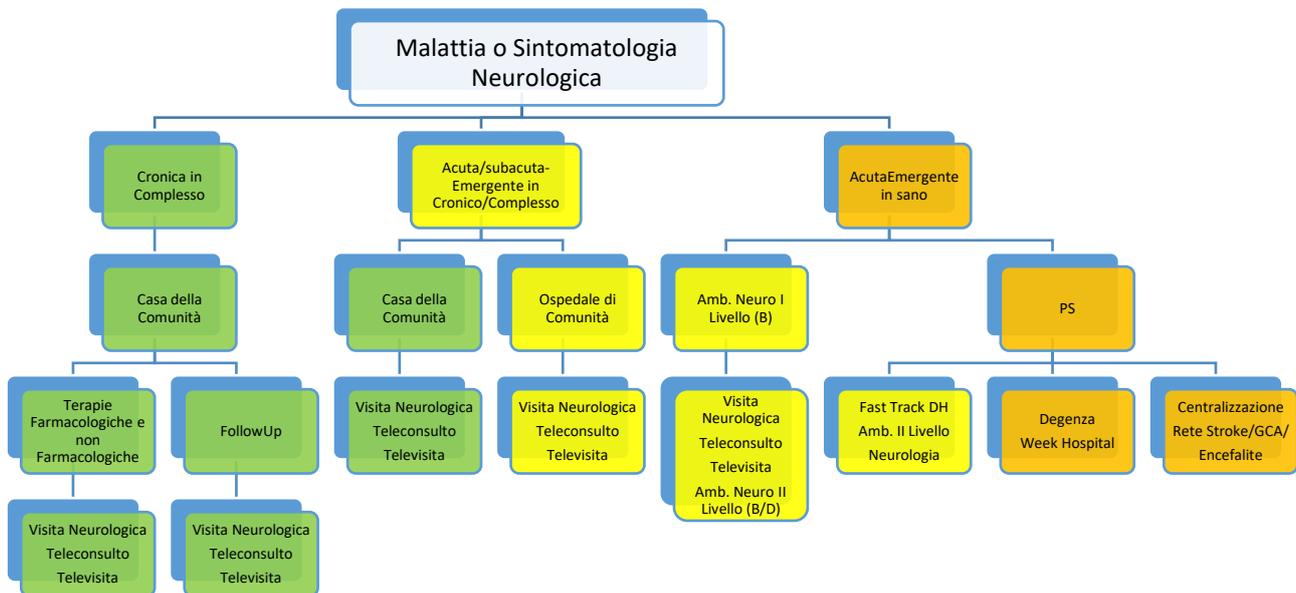
		Ambulatorio Specialistico Territoriale o Centro II/III Livello	Casa della Comunità - Ospedale di Comunità
Complessità/Fragilità Globale	PC Frailty Index	<0,14	≥0,14
	Multi Prognostic Index (MPI)	<0,36	≥0,36
Complessità Neurologica	Scala di Hoehn-Yahr	<3	≥2
	Scala di Kurtzke	<6	≥6
	mNIS Complexity Index	<3	≥3
Disabilità	BADL	<2	≥2

	WHODAS	<1,49	≥1,49
	Modified Rankin Scale	<2	≥2
Demenza	Clinical Dementia Rating	<3	≥3
Comorbidità Somatica	CIRS Complexity Index	<2	≥2

Le prestazioni neurologiche del territorio

Le attività e le azioni candidate alla delocalizzazione nelle strutture di assistenza territoriale sono: i) visita neurologica; ii) Esami diagnostici strumentali; iii) test farmacologici; iii) valutazione cognitiva; iiiii) terapie farmacologiche.

L'organizzazione segue il modello descritto dalla figura sottostante che prevede percorsi differenziati a seconda del bisogno assistenziale, della stratificazione delle condizioni del malato e della urgenze/emergenza.



Visita Specialistica Neurologica

a) Setting Ambulatoriale Territoriale

Popolazione: Pazienti con sintomi/segni neurologici incidenti (de novo) a bassa intensità o prevalenti (cronici) in assenza di grave disabilità, elevata fragilità e complessità

Attività stimata: sulla base dei dati di incidenza/prevalenza per le varie patologie, si stima che ai Poliambulatori Territoriali/Divisionali possano accedere per prima visita circa 8000 pazienti per Distretto Standard (vedi 100.000 abitanti) per i quali si stima un monte orario di 2500 ore/anno (a seconda del tempo visita previsto)

- **Visita neurologica (I visita):** Ad esclusione di visite urgenti o che richiedono il supporto di prestazioni ad alta intensità di cura (*modified Rankin Scale* ≥2), una I visita specialistica neurologica di inquadramento diagnostico e di gestione terapeutica può essere espletata presso gli Ambulatori Specialistici Territoriali e presso gli Ambulatori Divisionali del Presidio Ospedaliero. La valutazione Neurologica viene effettuata mediante l'utilizzazione strumenti standardizzati (vedi mNIS). L'organizzazione prevede la creazione di percorsi diagnostico-assistenziali *ad hoc* per l'invio di pazienti di maggiore complessità specialistica ad ambulatori elettivi (*II e III Livello*) ovvero ai centri diurni per day-service o day-hospital nonché nel caso di pazienti complessi, moderata-severa

intensità, o affetti da condizioni subacuta.

- **Visita neurologica di controllo e follow-up (anche domiciliare):** Questa prestazione è quella prioritariamente espletata sul territorio, soprattutto per i casi meno complessi e per i quali l'iter diagnostico sia concluso. Presso le strutture ambulatoriali territoriali sono previste attività di follow up in telemedicina (vedi televisita e monitoraggio mediante strumenti digitale o autovalutazione PROMs) per i casi a bassa complessità e fragilità, bassa comorbidità e bassa intensità. La valutazione neurologica richiede l'utilizzazione di strumenti standardizzati anche nel caso di televisita
- **Visita per valutazioni cognitive e comportamentali:** La valutazione cognitivo-comportamentale può essere svolta sul territorio, di norma in presenza di personale adeguatamente formato (psicologo con competenze cognitive) utilizzando strumenti di valutazione standardizzati anche digitali. La valutazione cognitiva comportamentale è necessaria per eventuale indicazione a valutazione multidimensionale presso CDCD ovvero per invio presso eventuale unità di Neurologia Cognitiva Comportamentale nel caso di condizioni non correlate a Demenza oppure presso i Centri di Salute Mentale nel caso di disturbi psichiatrici

Organizzazione

- Equipe: 1,5 Neurologo FTE Specialista Ospedaliero o Ambulatoriale (in questo caso le attività potranno anche includere ambulatori divisionali ed ambulatori elettivi) per almeno 2500 ore annue
- Previsione di personale amministrativo per la gestione burocratica di tipo medico-legale (certificazioni medico-legali, prescrizione di presidi/ausili ecc.)
- Timing: 7,38 ore/die (9.00-13.00 e 14.00-16.30) per un totale di almeno 25 ore/settimana
- Area: Distretto (100.000 abitanti)
- Modalità: Presenza, Televisita, Tele Monitoraggio Autovalutazione, Tele monitoraggio Digitale

b) Setting Case di Comunità

Popolazione: Pazienti con sintomi/segni neurologici cronici prevalenti oppure incidenti in presenza di moderata o severa disabilità con moderata o severa fragilità e complessità generale

Attività stimata: sulla base dei dati di prevalenza per le varie patologie, si stima che possano essere delocalizzati presso una Casa della Comunità standard (50.000 abitanti) circa 1500 pazienti neurologici prevalenti pari ad un monte orario di 700 ore/anno

- **Visita neurologica (I visita):** Ad esclusione di visite urgenti o che richiedono il supporto di prestazioni ad alta intensità di cura, una I visita specialistica neurologica di inquadramento diagnostico e di gestione terapeutica viene espletata presso le Case della Comunità, sia Hub che Spoke, se la patologia neurologica emergente interviene in soggetti già seguiti presso la Casa della Comunità. La valutazione Neurologica viene effettuata mediante l'utilizzazione strumenti standardizzati. L'organizzazione prevede il ricorso all'utilizzazione della telemedicina (teleconsulto, televisita) e la creazione di percorsi diagnostico-assistenziali *ad hoc* per l'invio di pazienti di maggiore complessità diagnostica presso l'Ospedale di Comunità oppure a Centri elettivi (*II e III Livello*) ovvero ai centri diurni per day-service o day-hospital.
- **Visita neurologica di controllo e follow-up (anche domiciliare):** Questa prestazione è quella prioritariamente espletata nelle Case della Comunità Hub, soprattutto per i casi complessi e per i quali l'iter diagnostico sia concluso. Presso le case della comunità sono previste attività di follow up in telemedicina (vedi televisita e monitoraggio mediante strumenti digitale o autovalutazione PROMs) per i casi a elevata complessità e fragilità associata ad elevata comorbidità e intensità

neurologica lieve-moderata. Importante la presenza di team multidisciplinari, integrati da specialisti in geriatria, oncologia, cardiologia, pneumologia e professionalità sanitarie nutrizionisti, fisioterapisti, infermieri, logopedisti, psicologi. La valutazione neurologica richiede l'utilizzazione di strumenti standardizzati anche nel caso di televisita;

- **Visita per valutazioni dello stato cognitivo comportamentale.** La valutazione cognitivo-comportamentale può essere svolta sul territorio, in presenza di personale adeguatamente formato (neurologo con competenze cognitive, psicologo con competenze neuropsicologiche)
- **Ambulatori dedicati** alla presa in carico delle patologie a maggiore incidenza e/o prevalenza, regolamentati in percorsi cronici assistenziali con agende dedicate, gestiti da neurologi territoriali e/o ospedalieri con certificate competenze. Tali ambulatori devono garantire la prescrizione terapeutica di tutti i farmaci inerenti la patologia di riferimento (anche con piano terapeutico).

Organizzazione

- Equipe: Neurologo Specialista Ospedaliero o Ambulatoriale
- Timing: 2-4 ore/die per un totale di 10-20 ore/settimana
- Area: 1 neurologo FTE/2 CDC
- Modalità: Presenza, Domiciliare, Teleconsulto, Televisita, Tele Monitoraggio Autovalutazione, Tele monitoraggio Digitale

Esami strumentali

Setting Ambulatoriale Territoriale e/o Case di Comunità

In base alla dotazione tecnologica e strumentale delle Case di Comunità, in particolare in quelle Hub, è possibile prevedere per quei malati che soddisfano i criteri di complessità previsti, l'attivazione di percorsi di diagnostica per le patologie neurologiche, soprattutto per le patologie croniche e per esami diagnostici a bassa intensità di cura (vedi Indagini Neurofisiologiche di base e Indagini Neuro-sonologiche TSA). I percorsi devono essere attivati di concerto percorsi con i centri specialistici/ospedalieri per la definizione degli esami delocalizzabili nelle singole strutture e per l'invio dei pazienti per i follow-up diagnostico (con esami di II livello) e terapeutico. Per gli esami che lo richiedono, è indispensabile la presenza del Tecnico nell'equipe della Casa di Comunità.

Trattamenti

Terapie Farmacologiche

Setting Ambulatoriale Territoriale e/o Case di Comunità

Nelle strutture territoriali che dotate di ambienti idonei alla somministrazione di farmaci, personale infermieristico specializzato e presenza di personale d'emergenza (ALS, BLS), è possibile prevedere trattamenti farmacologici a basso rischio e bassa tossicità così come la consegna di farmaci ad uso domiciliare. I trattamenti possono essere effettuati sotto controllo del medico di medicina generale in collaborazione con lo specialista anche attraverso un servizio di telemedicina. Questi devono essere rivolti a pazienti stabili e già in trattamento, secondo percorsi definiti con i centri specialistici/ospedalieri. Sono delocalizzabili:

- Terapie sottocutanee e infusionali a bassa-moderata intensità
- Terapie con anticorpi monoclonali

Assistenza specialistica di riabilitazione neurologica

Setting Ambulatoriale Territoriale

- Casi a bassa complessità: persone affette da menomazioni e/o disabilità motorie o cognitive che hanno bisogno di una sola tipologia di prestazioni riabilitative erogate o direttamente dal neurologo con certificate competenze riabilitative o da professionisti della riabilitazione (anche per la componente domiciliare).

Setting Case di Comunità e Ospedale di Comunità

- Casi ad elevata complessità, ossia persone fragili affette da menomazioni e/o disabilità motorie o cognitive importanti, spesso multiple, che richiedono una presa in carico globale nel lungo termine che preveda molteplici programmi terapeutici eseguiti da professionisti della riabilitazione. Le attività riabilitative possono essere erogate sotto forma di prestazioni ambulatoriali complesse e coordinate.