

Indice

- XIII Gli autori*
- XIX Prefazione*
di Francesca Martini, Fulvio Forino, Mauro Miserendino
- XXV Presentazione*
di Giacomo Milillo, Lorenzo Adami, Claudio Blengini
- XXXI Ringraziamenti*
di Alberto F. De Toni, Francesca Giacomelli B., Stefano Ivis
- XXXV Introduzione*
di Alberto F. De Toni, Stefano Ivis
- 3 PARTE PRIMA – Il fragile nell’evoluzione dei servizi socio-sanitari
- 5 CAPITOLO 1 – Evoluzione del paziente e del sistema sanitario
di Alberto F. De Toni, Stefano Ivis
- 7 1.1 Introduzione
- 7 1.2 L’evoluzione del paziente
Da giovane a vecchio, p. 8 – Da semplice a complesso (fragile), p. 9 – Da paziente a cliente, p. 10 – Implicazioni per l’assistenza primaria, p. 11
- 12 1.3 L’evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale
Il disagio dei clienti pazienti, p. 13 – Il disagio dei professionisti sanitari, p. 13 – Il futuro dei sistemi sanitari, p. 15
- 17 CAPITOLO 2 – Identikit dei pazienti assistiti in studio medico
di Maria Assunta Longo, Giuseppe Greco
- 19 2.1 Introduzione
- 20 2.2 Pazienti con un problema di salute acuto
- 21 2.3 Pazienti con un problema di salute cronico

- 22 2.4 Pazienti con bisogni correlati a preoccupazioni sul proprio destino genetico
- 23 2.5 Pazienti con rischio sanitario e stile di vita inadeguato
- 23 2.6 Pazienti consumatori di assistenza
- 25 2.7 Pazienti che hanno sintomi a cui non corrisponde alcuna malattia
- 27 CAPITOLO 3 – Il concetto di fragilità in letteratura medica
di Alberto F. De Toni, Francesca Giacomelli B., Stefano Ivis
- 29 3.1 Introduzione al concetto di fragilità
- 32 3.2 Tentativo di costruzione di un quadro d'insieme
- 34 3.3 Evoluzione storica
a) Origine del termine fragilità e uso nella letteratura medica, p. 34 – b) Evoluzione delle definizioni di fragilità nei programmi di assistenza geriatrica, p. 38 – c) Fragilità, disabilità e comorbilità, p. 39 – d) Quadri clinici associati alla fragilità, p. 40
- 42 3.4 Modelli di fragilità
a) Modelli demografici e matematici, p. 42 – b) Modelli basati sull'invecchiamento, p. 44 – c) Modelli genetici, p. 44 – d) Modelli basati su linee primarie fisiologiche, p. 45 – e) Modelli basati sulla disfunzione concorrente di sistemi biologici multipli, p. 47 – f) Modelli basati su interazioni di fattori biologici, comportamentali e sociali, p. 50 – g) Modelli basati su fattori combinati biomedici e psicosociali, p. 51
- 54 3.5 Definizioni di fragilità
a) Definizioni di fragilità basate sulla dipendenza, p. 54 – b) Definizioni di fragilità basate sulla vulnerabilità, p. 57 – c) Definizioni di fragilità basate sia sulla dipendenza sia sulla vulnerabilità, p. 60 – d) Definizioni di fragilità basate sugli stati di malattia, p. 61
- 62 3.6 Elementi alla base delle definizioni di fragilità in letteratura
- 64 3.7 Fragilità versus sindrome geriatrica
- 66 3.8 Stadi e livelli della fragilità
- 68 3.9 Criteri di riconoscimento della fragilità
- 78 3.10 Metriche della fragilità
a) Metrica basata su regole, p. 78 – b) Indice di fragilità come somma di menomazioni, p. 78 – c) Fragilità misurata con valutazione clinica, p. 80 – d) Mix di indici o punteggi per misurare la fragilità, p. 80
- 81 3.11 Rappresentazioni grafiche della fragilità
- 84 3.12 Interventi sui pazienti fragili
- 86 3.13 Prospettive della ricerca sulla fragilità in futuro
- 89 CAPITOLO 4 – Classificazione e metrica proposta della fragilità
di Alberto F. De Toni, Francesca Giacomelli B., Stefano Ivis
- 91 4.1 Introduzione
- 93 4.2 Classi di pazienti
- 96 4.3 Metrica proposta dei determinanti della fragilità
- 100 4.4 Metrica proposta della fragilità
- 103 4.5 Rappresentazione bidimensionale di determinanti e fragilità

- 105 4.6 Rappresentazione tridimensionale di determinanti e fragilità
 107 4.7 La metrica proposta in relazione a quelle di letteratura
- 111 CAPITOLO 5 – Classificazione proposta delle strutture e dei modelli di assistenza al paziente fragile
di Alberto F. De Toni, Francesca Giacomelli B., Stefano Ivis
- 113 5.1 Introduzione
 114 5.2 Classi di assistenza
 116 5.3 Classi e metrica di integrazione organizzativa
 118 5.4 Strutture e modelli di assistenza sul piano teorico
 119 5.5 Strutture e modelli assistenza esistenti
 Strutture di assistenza ambulatoriale (A), p. 121 – Modelli di assistenza domiciliare (D), p. 122 – Strutture di assistenza residenziale per le cure intermedie (R), p. 125
 127 5.6 Corrispondenza tra classi di fragilità e strutture/modelli di assistenza
 130 5.7 Processo decisionale di risposta assistenziale al fragile
 131 5.8 Corrispondenza tra pazienti acuti, cronici e fragili
 132 5.9 Evoluzione temporale del paziente fragile e delle risposte
 135 5.10 Conclusioni
- 137 CAPITOLO 6 – La fragilità nell’esperienza di medici di famiglia
di Umberto De Conto, Stefano Ivis
- 139 6.1 Pazienti fragili e fragilità: una storia vera
 139 6.2 L’approccio classificativo in medicina tra patologie, sindromi e sindromi complesse
 140 6.3 La fragilità come condizione complessa
 141 6.4 Come descrivere, ragionare e comunicare su una condizione complessa
 142 6.5 Glossario, definizione e strumenti di rilevazione della fragilità nell’esperienza dei Medici di Medicina Generale del Veneto
 Il glossario della fragilità, p. 142 – La definizione di fragilità, p. 143 – Strumenti di rilevamento della fragilità, p. 145 – Il progetto FERMO, p. 147
 148 6.6 La fragilità come paradigma della complessità in medicina generale
 149 6.7 Conclusioni
- 151 PARTE SECONDA – Strutture e modelli dell’assistenza primaria al fragile
- 153 CAPITOLO 7 – Strutture di assistenza ambulatoriale al fragile
di Stefano Ivis, Luca Rossetto
- 155 7.1 Crisi di un modello e proposte emergenti
 157 7.2 Dagli studi medici fino alle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)
 160 7.3 I principi di progettazione dell’UTAP «salute in rete»
 Adottare il punto di vista dell’utente, p. 160 – Condividere standard qualitativi-

- vi elevati e dichiarati (carta dei servizi), p. 160 – Separare l’assistenza a elevata accessibilità da quella rivolta alle patologie croniche, p. 161 – Utilizzare al massimo le tecnologie ICT, p. 161
- 161 7.4 Miglioramento dei servizi assistenziali erogati
Aumento dell’accessibilità ai servizi, p. 162 – Ampliamento dell’offerta dei servizi assistenziali, p. 162 – Continuità delle cure, p. 163
- 164 7.5 Sedi di erogazione delle cure
I singoli studi di MMG della rete, p. 164 – La sede centrale dell’UTAP, p. 164 – Il domicilio del paziente fragile, p. 165
- 165 7.6 I servizi e l’organizzazione dell’UTAP
Il call center dell’UTAP, p. 165 – Altri servizi dell’UTAP presso la sede centrale, p. 165 – Le attività di coordinamento organizzativo, p. 166
- 166 7.7 Strumenti informatici di supporto all’UTAP
- 168 7.8 Conclusioni
- 169 CAPITOLO 8 – Modelli di assistenza domiciliare al fragile
di Giuseppe Greco, Stefano Ivis
- 171 8.1 Introduzione all’assistenza domiciliare
- 173 8.2 Assistenza domiciliare non integrata (D1)
- 174 8.3 Assistenza Domiciliare Integrata (D2-D3)
Definizione di ADI, p. 174 – Persone cui si rivolge l’ADI, p. 175 – Attori coinvolti in ADI, p. 175 – Modalità e strumenti di coordinamento degli attori dell’ADI, p. 176 – Ruolo fondamentale del «care giver», p. 178 – Servizi erogati nell’ambito dell’ADI, p. 178
- 178 8.4 Stratificazione dell’intensità assistenziale dell’ADI
- 181 8.5 L’applicazione dell’ADI nella Regione Veneto
Breve percorso normativo in Veneto, p. 181 – Esperienze applicative, p. 182
- 183 CAPITOLO 9 – Strutture di assistenza residenziale al fragile
di Alba Rosito, Maurizio Cattarin
- 185 9.1 Introduzione
- 187 9.2 Centri diurni
Centri diurni per persone con disabilità fisica e mentale, p. 188 – Centri diurni per persone non auto-sufficienti, p. 189
- 189 9.3 Ospedali di comunità o Country Hospital
Storia, p. 190 – Nuove risposte per nuovi bisogni: il Country Hospital, p. 191 – Definizioni di Country Hospital, p. 192 – Caratteristiche peculiari del Country Hospital, p. 193 – Aspetti positivi dell’inserimento del Country Hospital nella rete assistenziale, p. 196
- 198 9.4 Residenze Sanitarie Assistite (RSA) di 1° e 2° livello
RSA di 1° livello (R3), p. 198 – RSA di 2° livello (R4), p. 199
- 199 9.5 Considerazioni generali sulle RSA di 1° e 2° livello
Criteri di selezione dei medici di struttura, p. 201 – Impegno orario dei medici di struttura, p. 202 – Ruolo del medico coordinatore della struttura, p. 202 – Valutazione della qualità dell’assistenza, p. 203 – Assistenza domiciliare dei pazienti ospiti in residenze protette (ADR), p. 203 – Documentazione sa-

- nitaria, p. 203 – Assistenza infermieristica nell’arco delle 24 ore, p. 204 – Tutela della privacy, p. 204 – Indicatori e standard, p. 204
- 206 9.6 RSA di 3° livello (R5)
Stati Vegetativi Permanenti (SVP), p. 206 – Nuclei Alzheimer, p. 206 – Hospice, p. 207
- 210 9.7 Principali differenze e sviluppi futuri delle strutture residenziali e semiresidenziali
- 213 CAPITOLO 10 – Riflessioni sui nuovi modelli di assistenza primaria
di Antonino Trimarchi
- 215 10.1 Modelli di assistenza primaria
Lo sviluppo e il significato della Primary Health Care: dal Dawson Report alla dichiarazione di Alma Ata, p. 215 – Cure primarie: le valutazioni di efficacia ed equità negli Stati Uniti, p. 219 – Nuovi bisogni e nuovi modelli di cure primarie, p. 221
- 223 10.2 Lo scenario italiano
Il New Deal del servizio sanitario nazionale e la tutela della salute, p. 223 – Le cure primarie e il welfare community, p. 223
- 224 10.3 Verso un patto tra Ministero della Salute, Regioni, ANCI e Aziende ULSS
Assistenza primaria e cure primarie: quale integrazione possibile?, p. 224 – Criticità della domanda di salute, p. 225
- 226 10.4 Il distretto come ente di coordinamento delle cure primarie e di integrazione con le cure di II livello
La criticità dell’accessibilità ai servizi, p. 226 – Il distretto come snodo delle cure primarie, p. 226 – Il distretto quale «negozio» della valutazione della domanda/offerta di salute, p. 228 – Il distretto come «laboratorio delle buone pratiche» dell’*équipe* distrettuale, p. 228 – Il distretto come luogo di formazione «pertinente e permanente», p. 229 – Criticità e modelli organizzativi futuri del distretto, p. 230
- 233 PARTE TERZA – Sperimentazione dell’assistenza domiciliare al fragile
- 235 CAPITOLO 11 – L’assistenza domiciliare avanzata sperimentata nel Veneto
di Giuseppe Greco, Stefano Ivis
- 237 11.1 Una storia vera
- 238 11.2 L’ADI come strumento di qualità assistenziale e prevenzione di ricoveri inappropriati
- 240 11.3 L’ADI nel Veneto
Profili di ADI in Veneto, p. 241 – Modelli di ADI medica Profilo D in Veneto, p. 243
- 243 11.4 Un progetto di ADI medica sperimentale per il paziente fragile in Veneto
Classi di fragilità come driver per definire le tipologie di assistenza domiciliare, p. 243 – Differenze tra tipologie di fragilità e ADI medica ordinaria (profilo D) e sperimentale, p. 245 – Le caratteristiche demografiche e oro-

- geografiche del territorio, p. 247 – Fasi e attività della sperimentazione, p. 247 – Aspetti organizzativi cruciali, p. 248
- 249 11.5 Conclusioni
- 251 CAPITOLO 12 – I processi organizzativi dell’assistenza domiciliare integrata
di Alberto F. De Toni, Francesca Giacomelli B.
- 253 12.1 Introduzione
- 256 12.2 I processi organizzativi dell’ADI avanzata nel Veneto
- 256 12.3 Attivazione dell’ADI da domicilio
- 259 12.4 Attivazione dell’ADI dall’ospedale: le dimissioni protette
- 261 12.5 Attivazione delle ammissioni protette: la gestione delle urgenze
- 263 PARTE QUARTA – Fragilità e complessità
- 265 CAPITOLO 13 – La fragilità interpretata secondo i principi della complessità
di Alberto F. De Toni, Francesca Giacomelli B.
- 267 13.1 Introduzione
Problemi complicati e complessi, p. 267 – La scala dei problemi, p. 269
- 270 13.2 I principi della complessità
- 273 13.3 L’assistenza domiciliare avanzata interpretata secondo i principi della teoria della complessità
Auto-organizzazione, p. 274 – Orlo del caos, p. 278 – Principio ologrammatico, p. 283 – Impossibilità della previsione, p. 290 – Potere delle connessioni, p. 292 – Causalità circolare, p. 297 – Apprendimento «try & learn», p. 300
- 306 13.4 Il paziente fragile interpretato secondo i principi della teoria della complessità
Emergenza dal basso, p. 306 – Orlo del caos, p. 307 – Principio ologrammatico, p. 308 – Impossibilità della previsione, p. 309 – Potere delle connessioni, p. 309 – Causalità circolare, p. 310 – Apprendimento «try & learn», p. 311
- 311 13.5 Conclusioni
- 313 PARTE QUINTA – Fattori critici di successo dell’assistenza primaria
- 315 CAPITOLO 14 – Comunicare con il paziente mediante abilità di counselling
di Maria Assunta Longo, Antonella Baiù
- 317 14.1 Una storia vera
- 319 14.2 Contesti di cura
- 320 14.3 Dai casi clinici alle storie dei malati
- 322 14.4 Parole per dire, parole per fare
- 324 14.5 Dalla consultazione dell’oracolo a uno scambio di narrazioni
a) Fase esplorativa, p. 324 – b) Fase informativa, p. 326 – c) Fase negoziale, p. 327 – d) Fase prescrittiva, p. 327 – e) Fase educativa, p. 329
- 329 14.6 La salute: un affare di famiglia

Indice

XI

- 334 14.7 In sintesi
335 14.8 Frontiere
- 337 **CAPITOLO 15 – Reti empatiche e comunicazioni competenti**
di Stefano Ivis, Alessandra Mattiola
- 339 15.1 Una storia vera
340 15.2 Le reti formali nelle cure primarie
343 15.3 Da reti formali a reti empatiche
Costruire una rete empatica, p. 345
348 15.4 Riflessioni e stimoli sulle comunicazioni nella rete
Le comunicazioni attraverso il diario clinico, p. 349
354 15.5 Le comunicazioni con altri operatori
Le comunicazioni attraverso il diario domiciliare, p. 354 – La lettera d’invio
al medico specialista per consulenza o per ricovero, p. 355
359 15.6 Suggestimenti
359 15.7 Conclusioni
- 361 *Conclusioni*
di Alberto F. De Toni, Stefano Ivis
- 365 *Postfazione*
di Renato Rubin, Giovanni Pavesi
- 369 **APPENDICI**
- 371 **APPENDICE I – Scheda di valutazione multidimensionale dell’anziano fragile (SVAFRA)**
- 377 **APPENDICE II – Risultati preliminari della sperimentazione della scheda SVAFRA**
- 393 *Bibliografia*
424 Breve bibliografia ragionata di libri su sanità, medicina, fragilità e complessità
431 *Indice delle tabelle e delle figure*
435 *Indice analitico*