



REGIONE PUGLIA



**Agenzia  
Regionale  
Sanitaria**  
Puglia

Via Caduti di Tutte le  
Guerre, 15  
70126 Bari

P. Iva e C.F.  
05747190725

**Piano dettagliato degli interventi  
per l'implementazione del**

**“Modello assistenziale di gestione  
dei Percorsi Diagnostico  
Terapeutici e di presa in carico dei  
soggetti  
con patologie croniche  
nel territorio della Puglia”**

**Direttore Generale** Francesco Bux



## INDICE

**PREMESSA****1. Valutazione dei bisogni emergenti a seguito delle dismissioni**

- a. Elenco degli ospedali in fase di dismissione o di riclassificazione (Allegato 1a)
- b. Reparti disattivati ed età media dei pazienti ricoverati (Allegato 1b)
- c. DRG prevalenti (totale) per le casistiche trattate (Allegato 1c)
- d. Setting appropriati rispetto ai ricoveri ordinari (Allegato 1d)
- e. Indicatori d'attività per ospedale (Allegato 1e)
- f. Mappatura dei Comuni (raggruppati per distretto) che hanno usufruito degli ospedali in dismissione o riclassificazione (Allegato 1f)
- g. Farmaceutica (consumi) (Allegato 1g)
- h. Tabella di sintesi e indice di deprivazione (Allegato 1h)
- i. Modello d'analisi dei bisogni dei pazienti gravi e della popolazione anziana (Allegato 1 bis)

Allegato 1a

Allegato 1b

Allegato 1c

Allegato 1d

Allegato 1e

Allegato 1f

Allegato 1g

Allegato 1h

Allegato 1 bis

**2. Mappatura dell'offerta di servizi**

- a. Localizzazione ed attività della specialistica ambulatoriale pubblica (Allegato 2a)
- b. Localizzazione ed attività della specialistica accreditata (Allegato 2b)
- c. MMG e forme organizzative per ciascun Comune (Allegato 2c)
- d. Offerta di prestazioni domiciliari (ADI) (Allegato 2d)
- e. Offerta di attività residenziale (Allegato 2e)

Allegato 2a

Allegato 2b

Allegato 2c

Allegato 2d

Allegato 2e



### **3. Programma di lavoro**

#### **a. Descrizione del Progetto di Implementazione**

- a1. Disease and Care Management delle patologie croniche nei Comuni interessati dal Piano di Riordino Ospedaliero (secondo il modello assistenziale attuato nel Progetto Leonardo)
- a2. Il modello
- a3. L'organizzazione dell'assistenza primaria
- a4. I possibili modelli organizzativi
- a5. Procedure operative
- a6. Il Piano Assistenziale Individuale e gli strumenti della comunicazione



## Premessa

### Il Sistema Sanitario Regionale

Il nostro sistema sanitario nazionale pubblico impegna una quota importante del PIL.

La dinamicità di un sistema costruito sulla sostenibilità del bene salute, in Puglia come in tutto il Paese, è giustificata dal fatto che una tale organizzazione deve piegarsi al servizio del cittadino sia in termini di investimenti che di coerenza dell'offerta, che deve rendersi flessibile in modo da adattarsi alla mutevolezza dei bisogni della Persona, che diventa perciò committente unico del servizio.

È per questo che la scelta della regione Puglia è stata di mettere mano ai sistemi organizzati che si intrecciano nella **rete di protezione sanitaria e socio-sanitaria** in modo da scrivere o riscrivere regole chiare e condivise che assicurino la produzione di outcome di qualità e sicurezza facilmente riconoscibili da parte del cittadino fruitore e dell'intera comunità.

La Regione Puglia è impegnata per il triennio 2010-2012 nella realizzazione del Piano di Rientro, approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 2624 del 30/11/2010.

Il Piano di Rientro prevede la disattivazione di 18 plessi ospedalieri e la contestuale attivazione o potenziamento, sui relativi territori, di Strutture Territoriali di Assistenza e di nuovi Servizi di Assistenza alla Persona, per promuovere modalità alternative al ricovero ospedaliero.

Questa fase di riorganizzazione e reingegnerizzazione del sistema dell'assistenza territoriale distrettuale ha avuto inizio il 22.07.2010, con la presentazione ai 49 Direttori di Distretto del programma operativo, per la sua condivisione. Il Programma si è concretizzato con l'approvazione del Regolamento di funzionamento del Distretto.

Il programma prevede di governare i percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione mirando ad una forte integrazione socio-sanitaria e di attivare processi di riorganizzazione delle cure primarie. La crescente "domanda di salute" aspetta risposte nuove, più articolate e più adeguate ai bisogni di una Regione, come la nostra, con una buona qualità della vita ed in fase di sviluppo crescente.

La costruzione della Rete ha impattato il "senso di frustrazione" del Piano di Rientro e cioè la contrazione e la difficoltà a riconvertire le risorse nel tempo di vigenza dello stesso. Sono di fronte a noi due possibilità: rincorrere il principio economicistico dei tagli e delle chiusure, oppure traghettare il Piano di rientro governandolo e portandolo dentro l'alveo del *cambiamento sostenibile* del Sistema Sanitario Regionale.

### La Rete dei Sistemi di Cura e Assistenza alla Persona e alle Comunità

L'organizzazione del Sistema Ospedaliero si orienta sempre più all'Hub & Spoke che obbliga ad una revisione della rete ospedaliera partendo dalla



chiusura dei piccoli ospedali e che si sostanzia nella produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio di *Integrazione nella Rete*.

Lo spostamento di una parte sempre più cospicua di Assistenza Sanitaria dall'*Ospedale* al *Territorio* rappresenta da anni una questione centrale delle politiche sanitarie per via dei progressi intervenuti nelle metodiche di diagnosi e di cura e della consapevolezza che ne hanno i pazienti e gli operatori, talvolta ostili al cambiamento per ragioni assai lontane dalle logiche tecniche e di evidenza scientifica.

La *politica dei campanili* in sanità e più specificatamente in quella parte della sanità che si occupa della cura delle acuzie, genera una *costosa e pericolosa* confusione tra qualità e comodità delle cure. Il risultato è la difesa di strutture ad alto rischio, composte da piccole unità ospedaliere che garantiscono prevalentemente cure primarie erogabili sul territorio. Le conseguenze, dimostrate dai dati di attività più avanti rappresentati, sono l'inefficienza organizzativa ed i costi elevati a causa della duplicazione degli interventi, dai ricoveri impropri e dall'aumento dei ricoveri in day-hospital.

La chiusura dei piccoli, nel nostro caso anche piccolissimi ospedali, genera tensioni nelle comunità che vanno superate comunicando l'evidenza dei limiti oggettivi di sicurezza che quel sistema determina e assicurando ai potenziali fruitori, sempre più competenti, soluzioni efficaci e sicure da punto di vista del rischio clinico:

- promuovendo la prevenzione;
- sviluppando il sottosistema dell'emergenza e urgenza;
- costruendo dentro le comunità e nei luoghi, dove le stesse esprimono la propria identità, il Sistema Territoriale per le cure primarie per sostenere, in particolare, la non autosufficienza, la cronicità, la disabilità, i minori a rischio.

D'altronde l'integrazione tra i due sistemi di assistenza primaria ed ospedaliera si realizza condividendo specifici strumenti organizzativi.

All'interno di questo quadro, diventa indispensabile sviluppare un sistema regionale che permetta di:

- governare un'articolata rete di servizi e di percorsi di cura, centrati sul bisogno della persona;
- guidare e orientare il cittadino nella complessità dei servizi per garantirgli un percorso assistenziale personalizzato e una vera *presa in carico*;
- abbattere la barriera che separa i servizi e le prestazioni sanitarie da un lato ed i servizi e le prestazioni a carattere socio-sanitario e assistenziale dall'altro.

Per offrire un contributo operativo, l'ARES ha chiesto alla Giunta Regionale di poter utilizzare tutti i risparmi di bilancio delle passate annualità per intervenire in alcuni Comuni interessarti dal riordino, con l'obiettivo di implementare un modello di assistenza primaria e di integrazione con i servizi specialistici



territoriali, già sperimentato nell'area della ASL Lecce (Progetto Leonardo), con ottimi risultati in termini di salute e di soddisfazione degli utenti coinvolti.

A tal fine viene prodotto questo documento, in cui sono riportati tutti gli elementi di realtà, per una puntuale individuazione dei bisogni delle popolazioni locali interessate dai processi di riordino, così come essi emergono dalla analisi dei dati di consumo delle prestazioni degli ospedali in fase di chiusura/riconversione, della specialistica ambulatoriale, dell'assistenza domiciliare e residenziale ed, infine, della farmaceutica territoriale per le patologie croniche prevalenti. Ne emerge un quadro abbastanza esauriente ed orientativo del sistema di domanda/offerta di un'ampia fascia di popolazione, che impone un deciso cambiamento di rotta.

L'obiettivo di questo modello assistenziale di presa in carico, infatti, è quello di mirare alla soddisfazione dei bisogni delle popolazioni locali attraverso forme più adeguate, umanizzanti e sostenibili di organizzazione sanitaria, con l'auspicio che questo lavoro possa essere, al di là del suo significato tecnico-scientifico, anche strumento di conoscenza e di sereno confronto da parte di quanti hanno la responsabilità di governare i processi di trasformazione.

L'ARES, in collaborazione con l'Assessorato alle politiche della salute, svilupperà tutti i necessari confronti con gli Enti locali ed i Sindaci, le Organizzazioni sindacali, le Associazioni di tutela dei cittadini e di rappresentanza dei malati, gli operatori e gli stakeholders locali, nella consapevolezza che un processo di riconversione dell'assistenza richieda il massimo del consenso e della condivisione dei modelli organizzativi.

## 1. Valutazione dei bisogni emergenti a seguito delle dismissioni

In fase preliminare di definizione del Progetto di dettaglio, previsto dalla DGR n. 113 del 31.01.2011 che ha recepito la Delibera D.G. AReS Puglia n. 271 del 29 dicembre 2010 “Proposta di utilizzo delle risorse nella disponibilità di bilancio anno 2010”, si è proceduto all’analisi dei flussi informativi disponibili sulle attività presso gli Ospedali (fig. 1) investiti dai processi di riordino e sui bisogni nel territorio da cui è stata prevalente l’afferenza dei pazienti (sia dei Comuni interessati dai processi di riordino che da quelli dei Distretti in cui essi sono ubicati).

L’analisi è stata orientata verso l’individuazione dei bisogni prevalenti (domanda), cui rispondere assicurando un modello assistenziale territoriale di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, sostenuto da risorse e servizi idonei per l’esecuzione delle prestazioni specialistiche di controllo previste dal Piano di cura e dall’integrazione con i servizi distrettuali per l’assistenza domiciliare e residenziale.

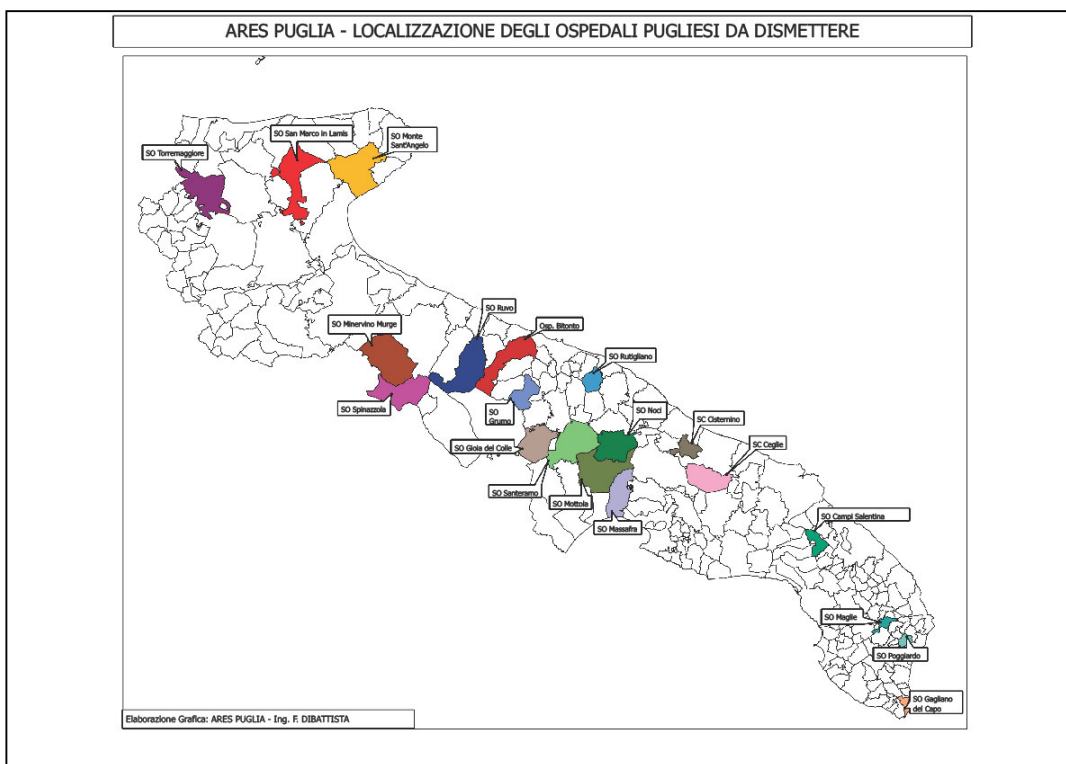


Fig. 1 Dislocazione degli Ospedali in fase di chiusura/riconversione.

A tale scopo, sono state effettuate le seguenti valutazioni, di cui si presenta una sintetica descrizione e si rinvia alla lettura degli allegati (\*).

**a. Elenco dei Comuni interessati dal Riordino e degli ospedali in fase di dismissione o di riclassificazione [\(Allegato 1a\)](#)**

Tale elenco è estratto dal Piano di riordino ospedaliero, di cui alla DGR n. 2791 del 15.12.2010 “Piano di rientro e di riqualificazione del sistema sanitario regionale 2010-2012. Regolamento di Riordino della rete ospedaliera”.

La tabella in Allegato 1a, rappresenta il rapporto esistente, in termini di consumo, tra Ospedali del territorio regionale interessati dal processo di Riordino ed i Comuni ove essi sono ubicati.

Per ciascun Comune sono indicati il numero di ricoveri totali di residenti nell’anno 2009, sia in Regione che fuori (colonne 5-6-7), ed il relativo tasso di ospedalizzazione (col. 4).

Per ciascun Ospedale, inoltre, vengono descritti:

- il numero di ricoveri dei residenti nel Comune effettuati nell’anno presso quell’Ospedale (col. 10);
- la % sul totale dei ricoveri complessivamente registrati (col. 11);
- la distribuzione dei ricoveri per area (medica e chirurgica) e tipologia di ricovero (RO, DH, DS) (col. 12-13-14-15).

**b. Reparti disattivati ed età media dei pazienti ricoverati [\(Allegato 1b\)](#)**

Questa tabella descrive, per ciascuno degli ospedali in dismissione/riclassificazione, le Strutture Operative funzionanti sino al 31.12.2010, con l’indicazione dell’età media, mediana e per classi dei pazienti, calcolata sia per singolo reparto che per il totale dei ricoveri registrati.

**c. DRG prevalenti per le casistiche trattate [\(Allegato 1c\)](#)**

La tabella descrive i DRG’s più frequenti evidenziati dell’analisi del totale dei ricoveri registrati presso gli ospedali interessati, con l’indicazione delle Discipline presso le quali sono stati prodotti.

**d. Setting appropriati rispetto ai ricoveri ordinari [\(Allegato 1d\)](#)**

Questa tabella descrive la valutazione d’appropriatezza dei ricoveri, in relazione all’analisi dei DRG prodotti dal singolo reparto e per il totale dei ricoveri registrati negli ospedali interessati dal riordino. Il riferimento

---

(\*) **Nel formato elettronico**, i dati descritti dal punto 1a al punto 1h sono visibili consultando [i diversi fogli](#) presenti nel file excel inserito come collegamento ipertestuale. Per accedere al collegamento, posizionare il cursore sul testo sottolineato ([Allegato...](#)) e seguire le indicazioni che compaiono.



normativo è quello del DPCM del 29.11.2001 “Definizione dei LEA” e s.m.i., in particolare dell’Allegato 2c “Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione”.

**e. Indicatori d’attività per ospedale ([Allegato 1e](#))**

Questa tabella descrive gli indicatori di attività calcolati per ciascuno dei reparti e per il totale dei ricoveri registrati dagli ospedali, con la rappresentazione di:

- numero di Posti Letto;
- numero di ricoveri effettuati;
- Giornate di Degenza;
- Tasso di occupazione dei p.l.;
- Degenza media;
- Indici di Rotazione e di Turn over per p.l.;
- Peso medio dei DRG%;
- % di ricoveri con DRG chirurgici/TOT;
- % di ricoveri urgenti;
- % di ricoveri a criticità minima (secondo il metodo APR DRG).

**f. Mappatura dei Comuni (raggruppati per distretto) che hanno usufruito degli ospedali in dismissione o riclassificazione ([Allegato 1f](#))**

In questa tabella sono riportati, per gli Ospedali interessati dal riordino (evidenziati in verde), i dati relativi all’attrazione (colonne E ed F) esercitata da quegli Ospedali sui residenti dei Comuni inclusi nel Distretto Sanitario in cui essi sono ubicati. Sono, altresì, proposti i confronti con i dati già riportati in Allegato 1a, relativamente al rapporto con il numero complessivo di ricoveri, sia in Regione che fuori, dei residenti di ciascun Comune effettuati nell’anno.

**g. Farmaceutica (consumi) ([Allegato 1g](#))**

La tabella riporta i dati relativi ai consumi di farmaci (per le categorie Cardio-vascolare, Diabete e BPCO) per i residenti nei Comuni dei Distretti in cui sono ubicati gli ospedali interessati dal riordino. I dati sono aggregati per Distretto ed i dati riportati riguardano solo i Distretti ed i Comuni coinvolti dal processo di riordino ospedaliero.

**h. Tabella di sintesi e indice di deprivazione ([Allegato 1h](#))**

Questa tabella, per ciascuno dei Comuni dei Distretti in cui sono ubicati gli ospedali interessati dal riordino, riporta i dati più rilevanti relativi al



consumo di prestazioni ospedaliere e l'indice di deprivazione che li caratterizza.

**i. Modello d'analisi dei bisogni dei pazienti gravi/gravosi e della popolazione anziana [\(Allegato 1 bis\)](#)**

Questo documento, elaborato dall'Istituto Mario Negri sud nell'ambito delle attività di collaborazione con l'ARES, presenta un'analisi sui consumi sanitari ed i livelli di rischio in rapporto all'età ed alla gravità delle patologie, con la definizione di possibili 'scenari' per la valutazione dei carichi assistenziali per casi gravi/gravosi nell'ambito di un Comune/Distretto interessato da un processo di disattivazione di un ospedale territoriale. Questo contributo consente di individuare, tra tutti i bisogni emergenti, quelli che potrebbero rappresentare una priorità d'intervento, in considerazione della fragilità dei soggetti coinvolti.

## 2. Mappatura dell'offerta di servizi

Questa sezione del Documento è dedicata all'**analisi dell'offerta** di Servizi assistenziali attualmente assicurata sul territorio regionale: sono evidenziati i presidi di assistenza primaria (inclusa l'assistenza domiciliare), intermedia (specialistica ambulatoriale pubblica e privata accreditata in accordo contrattuale), residenziale e la disponibilità di risorse presso i Distretti Socio Sanitari (DSS).

### a. Localizzazione ed attività della specialistica ambulatoriale pubblica [\(Allegato 2a\)](#)

La Tabella mostra, per ciascuna Provincia della Regione, le strutture specialistiche ambulatoriali pubbliche, le discipline disponibili, il numero di prestazioni erogate da ciascuna struttura e per ogni disciplina. In giallo, in particolare, sono evidenziate le strutture presenti nei Comuni interessati dal processo di riordino ospedaliero<sup>(\*\*)</sup>.

### b. Localizzazione ed attività della specialistica accreditata [\(Allegato 2b\)](#)

La Tabella mostra, per ciascuna Provincia della Regione, le strutture specialistiche private accreditate in accordo contrattuale, le discipline disponibili, il numero di prestazioni erogate da ciascuna struttura e per ogni disciplina. In giallo, in particolare, sono evidenziate le strutture presenti nei Comuni interessati dal processo di riordino ospedaliero<sup>(\*\*)</sup>.

### c. Forme associative della medicina e pediatria di famiglia per ciascun Distretto [\(Allegato 2c\)](#)

Questo allegato contiene le informazioni relative alla presenza delle forme organizzative di Pediatri di Libera Scelta e di Medici di Medicina Generale, attraverso le quali viene erogata l'assistenza primaria, in ciascuno dei Distretti interessati da processi di riordino. Sono riportati anche i Comuni in cui non risultano presenti associazioni.

Le forme organizzate dei medici di famiglia, pediatri e generalisti, sono le strutture all'interno delle quali si è già dimostrata una efficienza ed efficacia dei processi di presa in carico dei soggetti affetti da patologie croniche, attraverso l'integrazione con gli altri servizi territoriali coinvolti nella gestione del Percorso Diagnostico Terapeutico di questi soggetti (Progetto Leonardo).

---

(\*\*) I dati di ciascuna Provincia sono riportati, rispettivamente, in ciascun foglio di cui è composto il file excel allegato.



**d. Offerta di prestazioni domiciliari (ADI) ([Allegato 2d](#))**

La Tabella mostra i dati di attività di assistenza domiciliare integrata che è stata erogata nel corso del 2010 in ciascuna ASL della Regione, con la specificazione della quota parte dedicata in favore della popolazione anziana e dell'impegno assistenziale assicurato da parte delle diverse figure professionali coinvolte nell'ADI.

**e. Offerta di attività residenziale ([Allegato 2e](#))**

In questo Allegato sono riportati tutti i dati di attività delle RSA in Puglia nel triennio 2008-2010. Nelle mappe di ciascuna Provincia (quelle di Bari e BT sono accorpate in un'unica figura) sono localizzate le RSA e gli Ospedali interessati dal riordino.

I dati specifici di ogni Provincia riguardano il numero di strutture presenti, i posti letto, gli accessi, le giornate di degenza e le liste d'attesa.

In forma aggregata, altresì, sono riportati i dati sintetici di attività delle RSA a livello regionale ed altre informazioni specifiche sulle risorse umane, sulle prestazioni erogate e sugli indicatori di processo e di esito clinico.

### 3. Programma di lavoro

#### a. Descrizione del Progetto di Implementazione

##### a1. Disease and Care Management delle patologie croniche nei Comuni interessati dal Piano di Riordino Ospedaliero (secondo il modello assistenziale attuato nel Progetto Leonardo)

Da quanto emerge dall'analisi dei bisogni precedentemente sviluppata, nei Comuni pugliesi interessati dal Riordino Ospedaliero vi è la necessità di attivare nel territorio forme di assistenza primaria che si sono dimostrate in grado di offrire una risposta ottimale, in termini di efficienza, efficacia e gradimento, rispetto alla gestione dei soggetti, anche di quelli fragili, affetti da patologie croniche. Un processo di riconversione dell'assetto organizzativo dei servizi in tali aree deve porsi l'obiettivo di garantire la soddisfazione e la presa in carico di quei bisogni di assistenza a cui ha risposto tradizionalmente, sebbene in maniera impropria, l'Ospedale.

Il Disease and Care Management (D&CM) rappresenta un approccio sistemico ed Evidence-based alle patologie croniche, che vede il coinvolgimento di tutti gli "erogatori di assistenza" per la presa in carico dei "fabbisogni complessi" di salute del paziente (non soltanto cioè dei bisogni di tipo clinico, diagnostico-terapeutico, ma anche di quelli relativi al più ampio concetto di "qualità di vita" secondo il concetto di "salute globale" indicato dall'OMS).

Le singole realtà locali coinvolte nel piano di rientro presentano molte specificità di natura geografica, economica, sociale, sanitaria e clinica, per cui appare necessario indicare il modello assistenziale generale che assicuri la continuità delle cure, per il raggiungimento del quale sono possibili più modelli organizzativi locali, che verranno di seguito specificati. Sarà necessario in ogni caso misurare i processi e gli esiti dei differenti modelli organizzativi secondo indicatori unitari, che consentano la valutazione anche comparata del raggiungimento degli obiettivi assistenziali proposti.

##### a2. Il modello

Il modello assistenziale qui proposto si basa sulla presa in carico del paziente cronico, nell'ambito delle cure primarie, secondo il Chronic Care Model. Esso è stato sperimentato nella ASL di Lecce, con il Progetto Leonardo Disease and Care Management (DCM), verificandone la fattibilità e la qualità dei risultati. Le patologie croniche che si vogliono prendere in considerazione in questa prima fase sono: Diabete mellito, Malattia Cardio-Vascolare (MCV) cronica conclamata o alto rischio per MCV, Scemenso Cardiaco, Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).

La presa in carico globale intende:



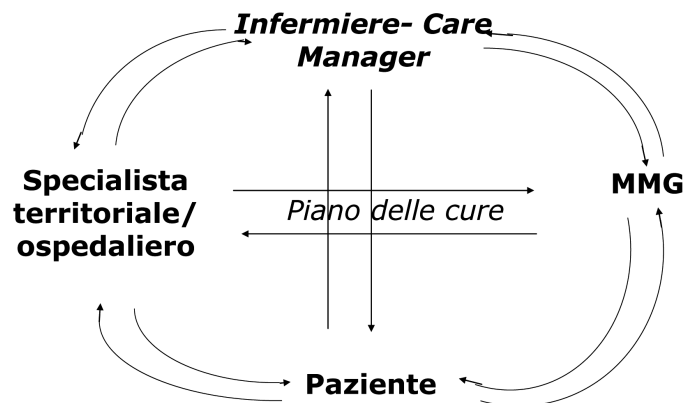
- Offrire un percorso assistenziale razionale e aderente alle linee guida nazionali e locali.
- Favorire l'aderenza al follow up da parte del paziente cronico rendendo i servizi assistenziali più facilmente fruibili nel territorio di residenza
- Evitare la mobilità dei pazienti cronici e il ricorso al ricovero ospedaliero inappropriato
- Azzerare l'attesa per i pazienti coinvolti, incidendo anche sulle "liste d'attesa" aziendali.
- Offrire un livello assistenziale efficiente a tutta la popolazione

Elemento fondamentale del modello è l'individuazione dei compiti assistenziali dei diversi professionisti coinvolti (chi fa che cosa?) e la **forte integrazione** tra di essi attraverso momenti istituzionalizzati di comunicazione. Altra caratteristica fondante, che dovrà essere patrimonio di tutti i professionisti, è l'orientamento verso l'**empowerment del paziente**, che dovrà essere coinvolto nella determinazione del piano delle cure al fine di acquisirne la progressiva responsabilizzazione e la migliore aderenza ad esso.

Elemento fortemente innovativo sarà l' **Infermiere / Care Manager (CM)**. E' una figura professionale per molti aspetti nuova, derivante dall'esperienza del Progetto Leonardo DCM, che coniuga le capacità professionali infermieristiche con quelle di informazione, educazione al self-management e coaching del paziente. E' figura professionale di assistenza ma anche di collegamento tra i diversi attori del percorso assistenziale, favorendo l'integrazione e fungendo da tutor del paziente.

Attraverso l'educazione e la responsabilizzazione del paziente e la sua collaborazione con i MMG, Care Manager e specialisti, si migliora l'aderenza ai percorsi di cura e al trattamento, con una forte attenzione agli stili di vita salutari, per ottenere migliori outcome clinici (Figura 1).

Figura 1 - Équipe sanitaria



L'intervento si basa sul rapporto fiduciario medico-paziente, disegnando percorsi clinici per le patologie cardiovascolari e per la prevenzione primaria e secondaria delle stesse, (basati sulle raccomandazioni cliniche e i percorsi assistenziali validati), supportando i medici di famiglia ed i pazienti nel loro percorso clinico con gli Infermieri/Care Manager (CM) specificamente formati alle tecniche del coaching.

Dopo l'arruolamento da parte del medico di famiglia o lo specialista, il CM completa la valutazione iniziale utilizzando le informazioni fornite dal paziente e quelle già contenute nel database del medico. Il medico ed il CM definiscono poi il piano delle cure (piano assistenziale individuale) che condividono con il paziente. Vengono attivati, ove necessario, consulti specialistici, utilizzando agende dedicate di prenotazione, per completare il piano delle cure. Si organizza, infine, il follow up individualizzato, più o meno intenso a seconda dei bisogni assistenziali.

Ogni passaggio viene registrato su una Scheda di Valutazione del Paziente per il care management delle cronicità ([Allegato 3a](#)), patrimonio di tutti gli attori del Piano delle Cure, che orienterà l'attività assistenziale e di coaching del paziente, la cui sintesi ([Allegato 3b](#)) accompagnerà il paziente anche in occasione di altre consulenze specialistiche o di episodi di ricovero. La scheda di Valutazione del Paziente sarà informatizzata e risiederà nel Sistema Informatico Regionale, interfacciandosi con i principali software in uso presso i medici di famiglia e rappresenterà anche lo strumento per la raccolta dei dati e l'analisi statistica.

L'applicativo che sarà realizzato per la gestione del progetto, verrà realizzato con interfaccia web per poterne garantire la massima diffusione e semplicità di utilizzo. Dovrà acquisire tutti i dati della scheda paziente a cura del Care Manager e fornire tre output diversi:

- Indicazioni sullo stato del percorso terapeutico dei pazienti e sulle attività da svolgere per singolo paziente, allo stesso care manager
- Indicatori di attività complessiva a scadenza minima mensile, ai responsabili ASL
- Indicatori sullo stato complessivo del progetto, all'AReS.

Il programma viene quindi attuato attraverso 7 passaggi fondamentali (Figura 2) governati dal Medico di Medicina Generale, che guida e supervisiona gli operatori che con lui collaborano alla gestione del percorso di salute:

1. Verifica dei criteri di inclusione ed esclusione, arruolamento
2. Valutazione del paziente: verifica dello stato di salute del paziente e stratificazione del livello di gravità della patologia
3. Definizione degli obiettivi di salute: gli obiettivi sono costruiti sulla base di raccomandazioni cliniche tratte da una attenta analisi della letteratura



4. Impostazione e sviluppo del piano di salute personalizzato: oltre al piano clinico terapeutico, il piano di salute è composto anche dal piano assistenziale, cioè da quell'insieme di attività ritenute necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di salute
5. Monitoraggio e valutazione della corretta attuazione del piano di salute
6. Formazione del paziente
7. Ricorso appropriato ai servizi

Figura 2 - Attuazione del programma di Disease Management



L' *Infermiere CM*, nell'attuazione del piano di salute, garantisce la presa in carico assistenziale agendo in relazione diretta con il paziente attraverso una costante attività:

- di monitoraggio e valutazione dell'adesione al piano di salute
- di "coaching" basata su:
  - Informazione
  - Motivazione
  - Supporto Educazione al self-management

Il Paziente, in tale contesto di sinergie e relazioni, assume un ruolo attivo nel processo assistenziale, in quanto viene responsabilizzato ed educato a comprendere quanto lui stesso possa fare per migliorare gli esiti e la qualità della vita.

Sarà utile **limitare il più possibile la mobilità** del paziente cronico. I prelievi per i test clinici periodici, l'EKG (anche in telemedicina), la spirometria saranno eseguite presso le strutture organizzate coinvolte nel progetto. Presso le medesime sedi e/o presso i poliambulatori specialistici



saranno eseguite tutte le prestazioni specialistiche legate alla gestione della cronicità, in particolare: l'esame del fundus oculi, le consulenze diabetologica, cardiologica, pneumologica.

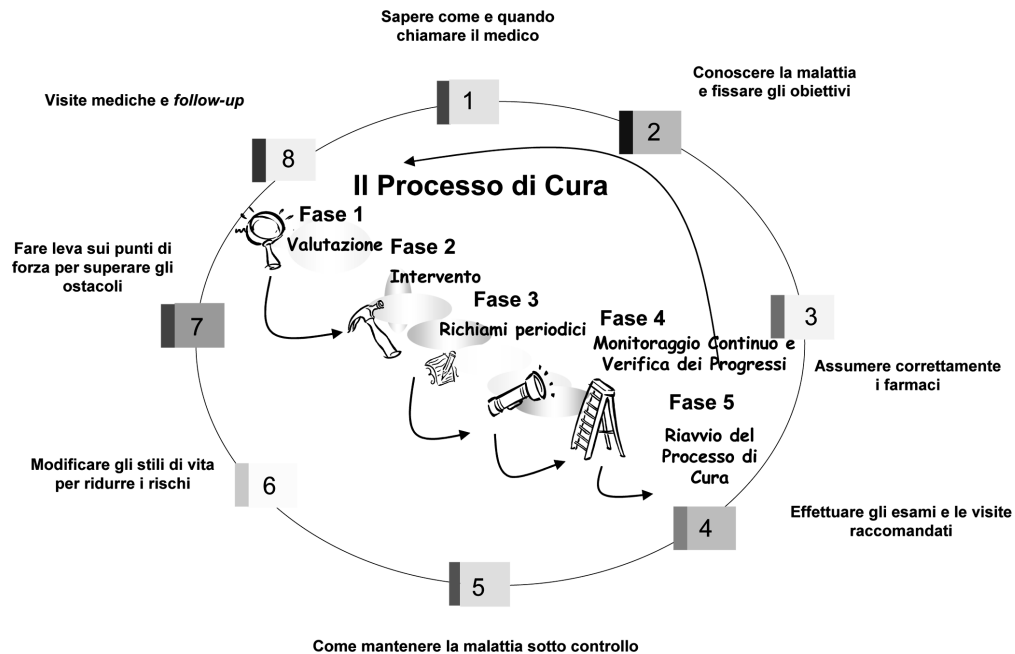
Nel caso di pazienti con patologia conclamata le altre consulenze specialistiche dovranno usufruire di medici di riferimento (al fine di garantire la continuità assistenziale e l'integrazione) con la prenotazione attraverso agende esclusive per la cronicità.

Sarà calcolato localmente il **fabbisogno orario dei CM** per il Disease and Care Management, come proposto nel presente progetto. A differenza della sperimentazione del progetto Leonardo gli infermieri/ CM svolgeranno nell'ambito della medicina generale anche attività di assistenza domiciliare. Tenendo conto di questo aspetto in prima ipotesi si prevede che un gruppo di 4 medici con una media di 5200 assistiti abbia in organico n. 2 infermieri / CM, che dedicheranno circa la metà del proprio monte/ore annuale ai compiti assistenziali tradizionali e metà all'attività dell'ambulatorio orientato alla cronicità.

Occorrerà valutare comunque in ogni realtà locale la disponibilità del personale infermieristico già in organico, al fine di reclutare un numero adeguato di Care Manager che si avvicini il più possibile al rapporto sopra indicato.

Tutto il processo di cura, dall'intervento formativo per gli infermieri sino al materiale educativo per il paziente ed il software gestionale, è strutturato intorno al modello delle "8 priorità", finalizzate al raggiungimento di consapevolezza e capacità di autogestione della condizione cronica da parte del paziente stesso (Figura 3).

**Figura 3 - Le "8" Priorità Base di autogestione da parte del paziente ed il ciclo del processo di cura**



### a3. L'organizzazione dell'assistenza primaria

I modelli organizzativi complessi presenti in Regione (Super Gruppo, Super Rete, Centri Polifunzionali Territoriali (CPT), UTAP, Case della Salute), sono la sede ideale per la realizzazione del modello di D&CM, in grado di garantire al meglio:

- assistenza continuativa nell'arco delle 10 o 12 ore giornaliere;
- moderna gestione delle condizioni croniche attraverso una migliore organizzazione e integrazione tra le varie figure professionali;
- attività orientata ad obiettivi di salute e di prevenzione.

Tuttavia sono qui individuati modelli operativi adattabili alle forme associative semplici della medicina generale (in particolare alla medicina di gruppo prevista dall'Accordo Nazionale) e ai Medici di Famiglia che operano singolarmente, perchè **tutta la medicina territoriale delle aree interessate dovrà essere coinvolta nel nuovo modello assistenziale.**

Rispetto al progetto Leonardo l'attuale organizzazione prevede l'estensione del modello assistenziale anche ai pazienti con BPCO, mentre per i pazienti oncologici, per i quali esiste una forte specificità dei percorsi diagnostico-terapeutici, si rimanda ad una fase successiva del progetto.

Il modello organizzativo prevede, inoltre, che gli infermieri CM si occupino anche dell'Assistenza Domiciliare rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta; si tratta in questo caso di pazienti complessi che necessitano di una valutazione del

bisogno e di scelte assistenziali personalizzate modulate sui bisogni sanitari e socio assistenziali.

I Distretti, con i loro quadri dirigenti, devono essere pienamente coinvolti in tutte le fasi applicative dei modelli organizzativi.

Sono ipotizzabili alcune fasi comuni nelle diverse realtà territoriali.

## **I Fase**

### **Analisi del contesto**

Ricognizione delle risorse umane disponibili nel territorio:

- Medici di Famiglia
- Specialisti ambulatoriali (a convenzione e a dipendenza)
- Infermieri già presenti sul territorio (ADI, poliambulatori, servizi distrettuali)
- Infermieri già assunti dai MdF sulla base dell'accordo regionale per la medicina generale vigente
- Infermieri rivenienti dalla riconversione dell'Ospedale
- Medici rivenienti dalla riconversione dell'Ospedale
- Tecnici e altro personale rivenienti dalla riconversione dell'Ospedale

Ricognizione delle risorse strutturali:

- Quantificazione dei medici di famiglia in medicina di gruppo e supergruppo, dei medici in rete o superrete, dei medici singoli e localizzazione delle sedi ambulatoriali
- Presenza di poliambulatorio: branche specialistiche presenti, tecnologie disponibili
- Strutture edilizie e tecnologie derivanti dalla riconversione dell'ospedale
- Strutture private convenzionate non di ricovero e loro tipologia

## **II Fase**

### **Individuazione e localizzazione dei modelli organizzativi nel territorio distrettuale**

Più avanti sono delineati i tre possibili modelli organizzativi.

## **III Fase**

### **Selezione dei Care Manager**

La selezione degli infermieri candidati a Care Manager mira alla valutazione di alcune competenze del candidato, in particolare si valutano:

- Professionalità e lavoro di Gruppo
- Competenza clinica



- Capacità di *Problem Solving*
- Capacità Comunicative
- Capacità tecniche

#### IV Fase

##### Formazione degli operatori ([Allegato 3c](#))

**Care manager.** Gli infermieri vengono formati per l'acquisizione delle seguenti abilità specifiche per l'esercizio del ruolo di Care Manager:

- responsabilizzare i pazienti sulla loro condizione cronica mediante l'informazione, l'individuazione degli ostacoli e dei punti di forza;
- educare i pazienti cronici al self-management;
- supportare e sostenere il paziente durante l'intero percorso assistenziale;
- favorire l'integrazione dell'attività del MMG e dello specialista.

##### Tutte le altre professionalità

I MMG, gli specialisti e gli infermieri CM saranno formati alla metodologia generale dell'empowerment, all'educazione al self management, alla verifica e revisione di qualità e alla conoscenza dettagliata del programma. Alla formazione comune partecipano anche i componenti dell'Ufficio distrettuale per la programmazione ed il monitoraggio delle attività in medicina generale (UDMG) ed i medici Responsabili Cure Primarie di ciascun Distretto .

#### a4. I possibili modelli organizzativi

Sono previsti tre possibili modelli organizzativi fondamentali ai quali dovranno rapportarsi tutti i medici di famiglia o in forma strutturale (risiedendo nella sede organizzata) o funzionale (risiedendo nel proprio ambulatorio ma condividendo gli obiettivi del modello assistenziale e le procedure relative al reclutamento e all'integrazione con gli altri professionisti sanitari).

##### 1. Il modello base del progetto Leonardo

Nel Progetto Leonardo sperimentale furono individuate come unità strutturali del progetto le **medicine di gruppo** dei Medici di Famiglia ai sensi dell'Accordo Nazionale per la medicina generale. I Care Manager risiedevano nella medicina di gruppo, ne utilizzavano la struttura, si interfacciavano immediatamente e direttamente con i medici di famiglia del gruppo, i quali reclutavano il paziente e lo gestivano poi assieme al Care Manager. Questi ultimi hanno svolto il loro ruolo esclusivamente in rapporto alla gestione dei pazienti cronici reclutati.

Successivamente, conclusasi la fase sperimentale, nella prosecuzione del Progetto Leonardo, tutt'ora in corso nella ASL di Lecce, gli infermieri/Care



Manager hanno affiancato alla attività di supporto al paziente cronico anche le più classiche attività della medicina territoriale, in particolare la partecipazione all'assistenza domiciliare integrata e programmata. Pertanto si è andata delineando una figura professionale di infermiere/Care Manager del territorio, che partecipa alla presa in carico del paziente cronico, con autonome competenze in merito alle tecniche del coaching e del supporto motivazionale.

Questo modello organizzativo si attua nelle medicine di gruppo o supergruppi.

## 2. Modello basato sulle Case della Salute

Nelle realtà in cui non sono attive le medicine di gruppo della medicina generale occorrerà individuare sedi polivalenti che siano di riferimento per quel territorio per i compiti definiti nel presente documento. Nelle realtà a popolazione sparsa in piccoli Comuni le sedi saranno ubicate preferenzialmente nei Comuni più popolati o più facilmente raggiungibili.

Esse possono essere individuate in strutture già esistenti o essere costituite ex novo, preferibilmente nelle sedi degli ospedali riconvertiti:

- a) **Centri Polifunzionali Territoriali (CPT) e UTAP** che sono in realtà forme associative avanzate della medicina generale, ma che si delineano come strutture distrettuali aperte per tutte le 12 ore giornaliere, dove possono essere inclusi medici specialisti, attività diagnostiche e la continuità assistenziale, configurandosi quindi come strutture polivalenti, simili alle case della Salute.
- b) Poliambulatori specialistici
- c) Case della Salute da istituire, nelle sedi degli ospedali riconvertiti.

In tutte queste situazioni i Care Manager risiederanno nella struttura indicata, dove quindi saranno operanti degli "**Ambulatori per la cronicità**". I medici di famiglia ove non collocati nella struttura (sia quelli operanti in associazione che singolarmente), manterranno con la Casa della Salute un collegamento funzionale. I medici specialisti operanti nella struttura, in particolare i servizi di cardiologia, diabetologia e pneumologia, parteciperanno al progetto come specialisti di riferimento per quelle branche e potranno essi stessi proporre ai MdF l'arruolamento di pazienti.

## 3. Modello basato sul Servizio Infermieristico Distrettuale

Il *Servizio infermieristico e ostetrico distrettuale*, in staff alla Direzione del Distretto, contribuisce alla presa in carico globale della persona, con particolare riferimento all'assistenza infermieristica e ostetrica.

Nel nostro caso diventa il fulcro del processo di presa in carico in quanto svolge le seguenti funzioni:



- a) garantisce la continuità delle cure e delle pratiche assistenziali integrandosi con tutte le professionalità che assicurano la presa in carico dell'utente;
- b) favorisce l'integrazione dei diversi percorsi di cura ed educativi;
- c) promuove, realizza e valorizza nuovi modelli organizzativi, assistenziali e programmi di attività, orientati a favorire la centralità del paziente;
- d) collabora all'individuazione dei bisogni formativi e di aggiornamento del personale infermieristico seguendo costantemente l'andamento e la verifica dei risultati raggiunti.

Il responsabile del Servizio Infermieristico e Ostetrico, individuato ai sensi della L. n. 43/2006 e dei CC.CC.NN.LL., collabora con il Direttore della Struttura Complessa Cure Primarie, con il responsabile dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale e con il responsabile dell'Assistenza Consulitoriale, e con i MMG nella valutazione degli esiti delle attività assistenziali.

#### **a5. Procedure operative**

L'**individuazione dei pazienti** sarà effettuata secondo le seguenti modalità:

- Da parte dei MDF - pazienti derivanti da screening opportunistico in occasione della visita presso l'ambulatorio per la fruizione di interventi assistenziali di routine o da elenchi estratti dal loro database.
- Da parte degli specialisti (Cardiologo, Diabetologo, Pneumologo), per pazienti che si rivolgono alla struttura specialistica (informando il MdF e l'infermiere CM per la eventuale presa in carico del paziente).

#### **Criteri di inclusione nel Programma**

- a. Pazienti diabetici:
  - in insulino-terapia;
  - non in insulino-terapia;
- b. Pazienti a rischio di diabete :
  - con intolleranza al carico di glucosio (ICG);
  - con alta glicemia a digiuno (IFG)
- c. Pazienti con MCV conclamata:
  - Infarto del miocardio;
  - Ictus cerebrale;
  - Fibrillazione atriale ed altre aritmie;
  - Angina pectoris;
  - TIA;



- Aneurisma dell'aorta;
- Ipertrofia ventricolare sinistra.
- d. Pazienti ad alto rischio di MCV misurato con l'algoritmo della carta del rischio Italiana (Progetto Cuore).
- e. Pazienti con Scompenso Cardiaco.
- f. Pazienti con BPCO.

Lo specialista, che individua il paziente che potrebbe beneficiare del care management, lo segnala al MdF.

Il MdF che individua il paziente che potrebbe beneficiare del care management, informa l'ambulatorio per le cronicità .

Il MdF ed il Care Manager, sulla scorta dei dati clinici e della conoscenza del paziente, decidono se assegnare il paziente ad un **Care Management "intensivo"**, basato sul supporto motivazionale.

Si riportano di seguito i **criteri orientativi** per l'indicazione al care management intensivo:

- *autosufficienza;*
- *atteggiamento depressivo dell'umore, fragilità psicologica;*
- *scarsa aderenza al follow-up;*
- *scarsa aderenza alla terapia;*
- *carenza nelle abitudini di vita salutare (obesità, sovrappeso, fumo, sedentarietà, abuso di alcool, disordine alimentare);*
- *presenza di ostacoli di carattere sociale.*

### **Compiti del MdF**

Il MdF presenterà il paziente al Care manager con il quale condividerà i dati fondamentali che saranno inseriti nella Scheda di Valutazione del Paziente e da questa sarà derivato il **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)** ([Allegato 3f](#)). Il PAI sarà inviato al Distretto di competenza, affinché sia possibile attivare i processi di presa in carico integrata con le altre strutture territoriali eventualmente coinvolte nel processo assistenziale.

Il MdF esegue sui pazienti una visita mirata (annuale o con la cadenza definita dal piano delle cure).

Per i pazienti Diabetici eseguirà l'esame clinico orientato alla diagnosi delle complicanze del diabete:

- riflessi osteotendinei, sensibilità,
- es. obiettività cardiaca,
- polsi periferici,
- esame del piede,



- esame della bocca,
- esame della cute.

Per i pz con MCV e rischio di  $MCV \geq 15\%$

- es. obiettività cardiaca,
- polsi periferici,
- misurazione P.A.

Per i pz con scompenso cardiaco :

- es. obiettività cardiaca,
- polsi periferici,
- edemi periferici,
- misurazione P.A.

Per i pz con BPCO

- esame obiettivo polmonare
- spirometria
- es. obiettivo cardiaco,
- polsi periferici,
- edemi periferici,
- misurazione P.A.

### **Compiti dell'infermiere / Care Manager**

L'infermiere CM utilizzerà la Scheda di Valutazione del Paziente orientata all'attività assistenziale e di coaching per la gestione della Cronicità ([Allegato 3a](#)).

L'infermiere CM completa la Scheda avvalendosi dei dati forniti dal paziente e dal MDF, anche in merito ai trattamenti e follow up previsti. Un apposito report della Scheda di Valutazione del Paziente costituirà il PAI ([Allegato 3f](#)), (parametri ematochimici, farmaci, servizi utilizzati, storia clinica)

Nel primo appuntamento il CM illustrerà al paziente il modello assistenziale e risponderà ad eventuali domande di chiarimento.

La **visita infermieristica** prevede la rilevazione di :

- peso,
- altezza,
- BMI,
- circonferenza addominale,
- pressione arteriosa,
- abitudine al fumo
- attività fisica
- abitudini alimentari





- uso di bevande alcoliche

ed inoltre la valutazione del livello di autogestione della malattia secondo le **8 priorità** definite e sperimentate nel Progetto Leonardo, che offriranno informazioni sulle competenze necessarie al paziente ai fini di un'efficace gestione della propria malattia. Tali informazioni sono importanti per definire gli obiettivi del paziente e il piano delle cure e per l'assegnazione al Care Management intensivo.

Il CM effettua le visite infermieristiche almeno ogni 6 mesi.

La frequenza e l'intensità delle sedute di coaching, saranno comunque definite insieme al MdF, in base alla gravità del quadro clinico e a quanto stabilito nel piano delle cure.

Se l'infermiere CM risiede nella medicina di gruppo/supergruppo (**modello base del Progetto Leonardo**) si occuperà per la metà del tempo/lavoro dell'attività di care management per la gestione delle cronicità e per il restante tempo dell'assistenza domiciliare per i pazienti con non autosufficienza in carico ai MdF della medicina di gruppo/supergruppo, secondo un calendario ed un programma di assistenza concordato con il referente del Servizio di Assistenza Domiciliare del Distretto in cui insiste la medicina di gruppo/supergruppo.

Se l'infermiere CM risiede in una struttura distrettuale si occuperà per la metà del tempo lavoro dell'attività di care management, secondo quanto previsto dal modello organizzativo (**Modello basato sulle Case della Salute o Modello basato sull'Ufficio Infermieristico Distrettuale**); per il restante tempo dell'assistenza domiciliare per pazienti non autosufficienti in carico ai MdF che operano nel territorio in cui insiste la struttura distrettuale, esclusi i medici dei supergruppi che hanno nel proprio ambulatorio infermieri CM assunti secondo quanto previsto dall'Accordo Integrativo Regionale per la medicina generale.

Inoltre gli infermieri CM parteciperanno agli incontri formativi e di audit organizzati dal medico Responsabile delle Cure Primarie del Distretto di appartenenza.

### **Compiti dello Specialista**

Gli specialisti primariamente coinvolti sono: il cardiologo, il diabetologo e lo pneumologo. Essi svolgono un ruolo di collaborazione e consulenza al MdF, mantenendo un costante livello di comunicazione e di integrazione con la Medicina generale, anche per facilitare il programma educativo e di coaching. Le consulenze specialistiche sono definite nel piano delle cure individuale e sono programmate, risolvendo il problema dei lunghi tempi di attesa per il follow-up del paziente cronico,

In particolare:



**il *diabetologo*:**

- fornisce consulenza per il primo inquadramento diagnostico;
- gestisce il paziente in insulino-terapia dando ad esso, al CM ed al MDF opportune indicazioni per la gestione della terapia;
- collabora alla gestione del paziente non in insulino-terapia che non raggiunga il compenso metabolico;
- collabora alla definizione del piano delle cure;
- esegue il follow- up periodico dei pazienti definito nel piano delle cure
- collabora, per quanto di sua competenza, alla gestione delle complicanze croniche della malattia.

**Il *cardiologo*:**

- fornisce consulenza per il primo inquadramento diagnostico;
- collabora alla definizione del piano delle cure;
- esegue il follow- up periodico dei pazienti definito nel piano delle cure;
- collabora con il medico di famiglia e rappresenta il riferimento per la gestione del paziente per le problematiche complesse;
- gestisce il paziente con scompenso in classe NYHA 3 - 4, per le problematiche cardiologiche, fornendo al MDF opportune indicazioni per la gestione della terapia.

**Lo *pneumologo***

- fornisce consulenza per il primo inquadramento diagnostico;
- collabora alla definizione del piano delle cure;
- esegue il follow- up periodico dei pazienti definito nel piano delle cure;
- collabora con il medico di famiglia e rappresenta il riferimento per la gestione del paziente per le problematiche complesse;
- gestisce il paziente in ossigenoterapia per le problematiche pneumologiche, fornendo al MdF opportune indicazioni per la gestione della terapia.

**a6. Il Piano Assistenziale Individuale e gli strumenti della comunicazione**

Il PAI si riferisce alla complessità delle problematiche del singolo paziente (assistenziali, sociali, psicologiche, ecc.) e comprende:

- Terapia farmacologia ed educativa;
- Cadenza dei controlli specialistici, sulla base delle linee guida nazionali e regionali;
- Cadenza della visita mirata del MdF;



- Modalità del coinvolgimento attivo del paziente nella definizione degli obiettivi personali;
- Programma di sviluppo della capacità di autogestione della malattia.

Il Piano Assistenziale Individuale è definito congiuntamente dal MMG, specialista, CM e concordato con il paziente. Il medico specialista per ogni consulenza darà i suoi suggerimenti nell'apposita Scheda per la consulenza specialistica - "**Scheda riassuntiva della consulenza specialistica**" ([Allegato 3d](#)).

**Il CM sarà l'importante elemento di raccordo tra tutti gli attori del processo assistenziale.**

Il MMG e lo specialista del caso stabiliranno un incontro mensile di Audit.

Strumento di comunicazione tra i professionisti è:

- La **scheda di individuazione** del paziente con la quale il medico di famiglia o lo specialista segnalano l'inclusione del paziente nel Disease and Care Management ([Allegato 3e](#))
- Il **PAI** ([Allegato 3f](#)) in cui sono riportati per ciascun soggetto arruolato i dati di interesse per la presa in carico dell'assistito (derivabile come report dalla scheda di valutazione del paziente)
- La **Scheda riassuntiva del PAI per la consulenza specialistica** ([Allegato 3b](#)) (derivabile come report dalla scheda di valutazione del paziente). Essa accompagna il paziente nelle consulenze specialistiche, contiene semplici indicazioni su: motivo della consulenza, patologia cronica del paziente, alcuni parametri fondamentali riferiti alla condizione cronica, terapia in corso, misure comportamentali suggerite, piano dei controlli periodici; il tutto in una facciata in formato A4, per consentire la leggibilità e l'immediatezza dell'inquadramento clinico del paziente.
- La **Scheda riassuntiva della consulenza specialistica** ([Allegato 3d](#)). Anch'essa limitata ad una facciata in A4, contiene il referto della visita e nelle conclusioni sono riportati i suggerimenti per il Piano delle Cure in merito a: terapia, obiettivi comportamentali, follow-up specialistico.

Questi strumenti favoriscono la gestione condivisa delle problematiche sanitarie del paziente e rappresentano uno strumento efficace di condivisione del piano delle cure.

I professionisti coinvolti nel programma offriranno reperibilità telefonica agli altri operatori sanitari per facilitare la comunicazione e l'integrazione.



Si riporta in tabella la periodicità prevista dei controlli da effettuare nel follow-up dei pazienti, divisi per patologia. Il Piano delle Cure individuale definirà poi per ciascun paziente l'effettiva cadenza del follow-up.

TABELLA DELLA PERIODICITÀ PREVISTA PER I CONTROLLI DA EFFETTUARE NEL FOLLOW-UP DEI PAZIENTI DIVISI PER PATOLOGIA					
	DIABETE II	DIABETE IN T. INSULINICA	MCV/ALTO RISCHIO > 15%	SCOMPENSO CARDIACO	BPCO
ECG	12 - 24MESI	12 MESI	12 MESI	6 - 12 MESI	24
FUNDUS OCULI	12 - 24 MESI	12 MESI	12 - 24 MESI	12 - 24 MESI	
VISITA MIRATA DEL MMG	12 MESI	12 MESI	12 MESI	A SECONDA DELLA CLASSE NYHA	12 MESI
VISITA CARDIOLOGICA		12 MESI	12 MESI	6 - 12 MESI	IN BASE AL PIANO ASSISTENZIALE
VISITA DIABETOLOGICA	PRIMA DIAGNOSI E DIAB. NON COMPENSATO	12 MESI			
ECO+ FRAZIONE DI EIEZIONE			12 - 24 MESI	12 MESI	
SPIROMETRIA					6-12 MESI
VISITA PNEUMOLOGICA					A SECONDA DELLA GRAVITÀ

Le altre eventuali prestazioni individuate saranno stabilite dai sanitari in base al piano assistenziale del paziente, strumento quest'ultimo elaborato dall'integrazione tra medico di famiglia e specialisti coinvolti.

### La verifica di qualità

In [Allegato 3g](#) sono specificati gli indicatori ritenuti utili per il monitoraggio del modello assistenziale.

Essi sono suddivisi in indicatori di struttura, di processo e di esito e dovranno misurare, oltre agli esiti clinici e ai processi assistenziali anche il livello e la qualità dell'integrazione tra i professionisti sanitari.

Alcuni di questi potranno essere ricavati in tempo reale dalle schede informatizzate che risiedono nel sistema informatico regionale e che si interfacciano con in principali database in uso presso i medici di famiglia.