

Schema di accordo regionale con la Medicina Generale per l'attuazione della Sanità d'Iniziativa di cui alla DGR 650/16

Le componenti di parte pubblica e di parte sindacale del Comitato Regionale per la Medicina Generale ex art. 24 del vigente ACN, composto, ai sensi della DGR 103/2010:

- dall'Assessore regionale al Diritto alla Salute, o suo delegato;
- dai rappresentanti delle Aziende USL 3 di Pistoia, 4 di Prato, 5 di Pisa, 8 di Arezzo, 10 di Firenze e dal Presidente della Società della Salute Empolese, o loro delegati;
- dalla rappresentanza sindacale, firmataria dell'ACN/2009 FIMMG, SNAMI, SMI e Intesa Sindacale,

Visti:

- la DGR 1231/12, "Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.: approvazione schema di Accordo Regionale ai sensi degli art. 4, 14 e 13-bis ACN/2009", che al punto 5 getta le premesse per la revisione del progetto;
- la DGR 1152/2015 "DGR 716/2009. Approvazione risultati ed individuazione linee di sviluppo della sanità d'iniziativa a livello territoriale",
- la DGR 650/16, "Sanità d'iniziativa - Approvazione indirizzi per l'implementazione del nuovo modello";
- il Piano Nazionale Cronicità approvato dalla Conferenza Stato Regioni del 15/09/2016

Considerato che in sede di Comitato Regionale del 15.02.17 è stato discusso e approvato il preliminare di accordo sulla sanità d'iniziativa, in attesa di completare il testo definitivo grazie al contenuto del documento tecnico elaborato dal gruppo di lavoro di cui al Dec. 4538 del 10.04.17;

Rilevato che il gruppo di lavoro di cui al suddetto decreto dirigenziale ha terminato i propri lavori in data, producendo un documento tecnico contenente:

- a. requisiti di eleggibilità;
- b. percorso assistenziale, completo di ruoli e responsabilità delle singole figure professionali;
- c. necessità formative;
- d. sistema degli indicatori di monitoraggio;
- e. strategia di gestione della politerapia, nei casi in cui essa viene riscontrata

- Completata quindi la discussione sugli elementi formanti la base del nuovo accordo;

La parte pubblica e le OO.SS. della Medicina Generale, nella seduta del comitato regionale del ...

1.

Approvano

Lo schema di accordo regionale con la Medicina Generale per l'attuazione della Sanità d'Iniziativa di cui alla DGR 650/16 riportato nelle pagine a seguire

Accordo regionale con la Medicina Generale per l'attuazione della Sanità d'Iniziativa di cui alla DGR 650/16

2.

Sommario

Sommario.....	2
Premessa.....	2
Modello assistenziale.....	3
Il team assistenziale.....	4
Risorse a disposizione del team.....	4
Professionalità coinvolte e ruoli.....	6
Elementi comuni a tutti i target.....	7
Target A – Paziente complesso.....	8
Target A - Percorso assistenziale:.....	10
Target A – Il Piano Assistenziale Individuale (PAI):.....	12
Target A - Indicatori:.....	13
Target B1 – Paziente ad alto rischio cardiovascolare (RCV) Target B1s – Paziente con pregresso evento cardiocerebrovascolare.....	14
Target B1 e B1s - Criteri di elegibilità.....	14
Target B1 e B1s – Percorso assistenziale per la presa in carico dell'assistito ad alto rischio cardiovascolare	15
Target B1 – Indicatori.....	20
Target B2 – Paziente arruolato nel modello precedente (diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO, pregresso ictus/TIA).....	22
Target B2 - Criteri di elegibilità.....	22
Target B2 – Percorso assistenziale.....	23
Target B2 – Indicatori.....	23
Fasi operative di sviluppo del progetto.....	24
Consenso informato.....	25
Necessità formative.....	25
Dati di monitoraggio.....	25
Remunerazione della Medicina Generale.....	27
Allegato 1 - Piano assistenziale individuale.....	29
Allegato 2 - Percorso assistenziale del paziente portatore di diabete mellito.....	34
Allegato 3 - Percorso assistenziale del paziente portatore di scompenso cardiaco.....	36
Allegato 4 - Percorso assistenziale del paziente portatore di BPCO.....	39
Allegato 5 - Percorso assistenziale del paziente portatore di pregresso ictus/TIA.....	46
Allegato 6 - Cronogramma.....	50
Allegato 7 - Lista delle informazioni da trasmettere.....	51
Allegato 8 – Criteri di Beers.....	53
Allegato 9 – Bibliografia.....	54
Appendice: classificazione della malattia cronica renale (CKD) in base al GFR (velocità di filtrazione glomerulare) e alla ACR (rapporto albumina/creatininemia).....	55

Premessa

Il progetto di sanità d'iniziativa riveste un'importanza strategica nel modello assistenziale toscano. Il progetto attivato nel 2010 era basato sulla presa in carico attraverso il modello ECCM di cinque patologie (diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO, pregresso ictus/TIA, ipertensione arteriosa), come fase propedeutica al nuovo modello prefigurato nell' A.I.R. del 2012 e poi inserito nella DGRT 650/16. Questo nuovo modello sancisce l'evoluzione del precedente progetto, nell'ottica del superamento della gestione per singoli PDTA verso un passaggio alla presa in carico basata sul profilo di rischio e sulla complessità del singolo paziente. Il nuovo modello si sviluppa sulla realtà organizzata delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), unità modulari di primo livello del sistema cure primarie.

La sanità d'iniziativa si è estesa negli anni fino a coinvolgere oltre il 54% degli assistiti. L'analisi dei dati relativi ai primi quattro anni ha dimostrato una significativa riduzione di mortalità accompagnata a un incremento non significativo dell'ospedalizzazione soprattutto programmata, oltre al miglioramento degli indicatori di progetto (DGR 1152/15).

Il presente accordo contiene anche le parti del documento tecnico elaborato dal gruppo di lavoro individuato dall'Advisory del governo clinico, come da DGR 650/16, che sono indicate in corsivo nel testo.

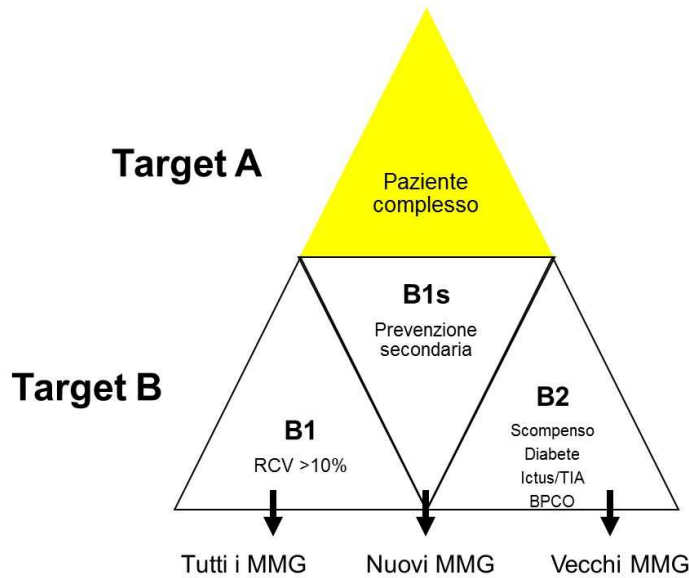
Per tutto quanto sopra esposto, il modello proattivo di sanità d'iniziativa sarà rinnovato e potenziato con il presente accordo e assumerà un ruolo centrale nelle strategie regionali. Per queste motivazioni l'Assessorato s'impegna a deliberare nei tempi tecnici necessari la previsione di copertura economica necessaria all'attuazione del progetto.

Modello assistenziale

Il nuovo modello, indicato dall'AIR vigente e dalla DGRT 650/16, prevede che l'intervento d'iniziativa sia rivolto:

- a un target di assistiti complessi, a più alto rischio di ricoveri ripetuti, di presentazioni al pronto soccorso o di consumo, inappropriato perché prevenibile, di altre prestazioni per condizioni croniche effettivamente ancora suscettibili di cure territoriali (**target A**);
- a un target di pazienti comprendente i pazienti ipertesi e diabetici ad alto rischio cardiovascolare (**target B1**) e pazienti con pregresse evento cardiocerebrovascolare (**B1s**);
- a un target comprendente i pazienti cronici già arruolati e non eligibili per il target A o B1, al fine di garantire la totale continuità rispetto alla prima fase di attuazione e fino a esaurimento delle liste (**target B2**).

•



Al termine del primo anno di attuazione le parti si impegnano a rivalutare l'entità degli arruolati e in particolare dei pazienti B1.

I dettagli relativi ai criteri di eleggibilità e i percorsi assistenziali sono contenuti nel documento tecnico elaborato dal gruppo di lavoro di cui al Dec. 4538 del 10.04.17.

Il team assistenziale

Il progetto si attua all'interno dei team assistenziali costituiti in ogni AFT dai MMG aderenti, dove:

- Ogni team assistenziale è formato per la Medicina Generale dai medici di assistenza primaria e dai medici di continuità assistenziale, secondo le modalità disciplinate dall'AIR vigente;
- Gli infermieri e il personale assistenziale saranno proiettati funzionalmente in base alle ore definite dall'accordo nel team assistenziale. Il team è coordinato dal punto di vista clinico dal MMG, che organizzerà le prese in carico applicando i parametri concordati e definiti dal tavolo tecnico per i singoli target. Vista la tipologia dei pazienti individuati nel nuovo modello, dovrà essere ulteriormente garantita l'erogazione di prestazioni domiciliari. Il Coordinatore di AFT si rapporterà con il Coordinatore infermieristico di riferimento per garantire le ore assegnate secondo i parametri individuati dal vigente accordo;
- Ai sensi della DGR 694/14 e 1080/16 dovranno essere implementate azioni d'integrazione e collaborazione continuativa con gli specialisti di riferimento per la presa in carico del paziente arruolato;
- Il coordinatore dell'AFT deciderà l'allocazione delle risorse fra i medici partecipanti.

Risorse a disposizione del team

Sono risorse destinate al progetto:

1. Ore di assistenza infermieristica e di assistenza alla persona per la costituzione del team, in rapporto alla dimensione della popolazione di AFT assistita. Il parametro di cui alla DGR 467/09 e s.m.i. resta confermato nella misura di un tempo pieno equivalente di infermiere e un tempo pieno di OSS ogni 10.000 assistiti.
Nel caso in cui le ore infermieristiche non possano essere fornite in parte o del tutto, le singole Aziende USL garantiranno ai medici le risorse infermieristiche necessarie con un finanziamento a copertura dei costi come indicati nei contratti nazionali di categoria, la cui fornitura avverrà attraverso società di servizio.
2. Infrastruttura informatica in grado di consentire la registrazione e l'operatività a tutto il team. Il sistema informativo della sanità d'iniziativa dovrà essere finanziato attraverso le risorse messe a disposizione dalla DGR 469/10 per l'estrazione dei dati.
Per l'interconnessione con la continuità assistenziale le risorse sono assegnate in base alla DGR 474/14.
Il coordinatore di AFT assicura l'accessibilità al software di cartella clinica per tutto il personale del team assistenziale nel rispetto delle leggi vigenti sulla privacy.
Le softwarehouse ne dovranno implementare la fattibilità.
3. Formazione interprofessionale dei team, con la partecipazione della medicina generale sia nella fase progettuale che attuativa, anche con il coinvolgimento diretto della Scuola Toscana di Formazione.
4. Supporto delle altre figure professionali coinvolte nei percorsi.

Al fine di rafforzare la logica di lavoro in equipe integrata a livello di AFT, il coordinatore di AFT definisce:

a) il piano operativo delle attività della AFT, individuando priorità di intervento e destinazione delle risorse. Per quanto riguarda l'assegnazione delle ore infermieristiche e di OSS per ogni singolo medico o gruppo di medici, questa sarà concertata con il coordinatore infermieristico di riferimento della AFT.

b) le modalità operative di utilizzo da parte del team degli strumenti necessari all'attuazione dei PDTA a livello dell'AFT:

- cartella informatizzata;
- risorse diagnostiche di I livello;
- prenotazione delle prestazioni di controllo concordate per la sanità di iniziativa;
- utilizzazione delle sedi di svolgimento delle attività;
- le modalità di raccordo con il livello specialistico.

L'attività del team si svolge negli studi del medico o, quando tali spazi non siano disponibili, in una sede di riferimento per la sanità d'iniziativa che il coordinatore indicherà possibilmente in sedi afferenti alla medicina generale della AFT stessa, individuate congiuntamente con l'Azienda Sanitaria. I costi per tali sedi saranno sostenuti dalle singole aziende sanitarie. A regime, dopo l'avvio del ruolo unico, a tale sede potranno fare riferimento anche i medici a rapporto orario.

Per le necessità specialistiche dei pazienti arruolati, in applicazione alla DGR 467/09, viene confermato l'impegno affinché il cittadino sia guidato e accompagnato nei percorsi assistenziali anche attraverso la prenotazione delle prestazioni a lui necessarie, generate dal medico di medicina generale, tramite il sistema CUP. L'attività di prenotazione non costituisce compito diretto del medico ed è svolta attraverso l'organizzazione, all'uopo finanziata dalle aziende sanitarie, a disposizione della medicina generale.

Al fine di garantire realmente le risorse assegnate ai team assistenziali a livello di AFT, il coordinatore si raccorderà con il responsabile delle cure primarie di riferimento e il Dipartimento di Medicina Generale, che ne garantirà l'assegnazione.

Al fine di non frammentare la continuità della presa in carico, nell'ottica di costruire un modello assistenziale nel quale la sanità d'iniziativa venga inquadrata come modalità di presa in carico non più sperimentale, ma affiancata alle altre prassi a regime, quali la domiciliarità o l'assistenza ambulatoriale tradizionale, occorre dare priorità alla costruzione per ciascuna AFT di un pool infermieristico per gli assistiti del team a livello di AFT il quale sia destinato a rispondere a tutti i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento. Per l'individuazione del pool occorre valutare la quantità di risorse necessarie partendo dalle attività territoriali storiche che faranno riferimento al pool stesso, aggiungendo quanto è necessario all'attuazione della sanità d'iniziativa. Questa modalità organizzativa potrà essere affinata e sperimentata nei primi dodici mesi di attivazione; dopo tale periodo sarà attivato un tavolo specifico per il confronto delle esperienze e la definizione a regime di un parametro di risorse da applicare in tutta la Regione. Concludendo, il pool di ore infermieristiche per le attività territoriali, a regime, sarà composto dalla somma delle ore destinate alla sanità d'iniziativa e di quelle destinate alle attività istituzionali.

Professionalità coinvolte e ruoli

8.1 Livello specialistico:

Per il target A viene definito un PAI elaborato dal MMG congiuntamente al personale infermieristico. In casi particolari potrà essere anche coinvolto lo/gli specialista/i di riferimento.

8.2 Infermiere in collaborazione con personale di supporto

L'infermiere agisce nel contesto di famiglie e comunità sulla base della conoscenza della salute pubblica e della rete dei servizi sociosanitari:

- 1. valutazione stato di salute e livello di complessità assistenziale di individui e famiglie nel loro contesto comunitario*
- 2. pianificazione dell'assistenza infermieristica di individui e famiglie*
- 3. promozione della salute di famiglie e gruppi sociali*
- 4. collaborazione alla prevenzione primaria, secondaria, terziaria*
- 5. educazione, insegnamento stili di vita, supporto all'autocura di individui, gruppi di individui, famiglie*
- 6. gestione della reportistica a fini statistici, di ricerca e di flusso dati per l'assolvimento del debito informativo del sistema regionale*
- 7. partecipazione ad attività e gestione di strumenti d'integrazione del team di cure primarie (briefing multiprofessionali, auditing, cartella informatizzata integrata, ecc)*
- 8. formazione, autoformazione, ricerca, sviluppo delle competenze*

Le sue macro aree di competenza nella sanità d'iniziativa sono le seguenti:

- 9. erogazione dell'assistenza di iniziativa*
- 10. collaborazione alla redazione dei PAI con i Medici di Medicina Generale*
- 11. comunicazione (educazione, informazione)*
- 12. facilitazione di relazioni e di accesso ai servizi a livello di comunità*
- 13. supporto al case management dei pazienti con target A*
- 14. compliance del paziente rispetto al piano personalizzato, compreso il controllo della auto somministrazione e somministrazione delle terapie*

1. Medici di Comunità

5. *Monitoraggio e valutazione congiunta con la medicina generale dell'applicazione del nuovo modello di sanità d'iniziativa, attraverso indicatori individuati a livello regionale;*
6. *Programmazione delle attività e dei servizi sul bisogno specialistico individuato dalla medicina generale in collaborazione con gli specialisti di riferimento;*
7. *Monitoraggio di percorsi specialistici ambulatoriali dedicati per la reale e completa presa in carico del paziente cronico che esce dalla modalità ordinaria delle prenotazioni*
8. *Facilitazione del collegamento operativo con gli ospedali di riferimento territoriale sulla base di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi;*
9. *Facilitazione alla attuazione del PAI trasmesso al medico di comunità di riferimento;*
10. *Monitoraggio della rete dei servizi territoriali che consentono la realizzazione del PAI;*
11. *Monitoraggio sull'allocazione delle risorse infermieristiche in collaborazione con il coordinatore di AFT e con la dirigenza infermieristica;*
12. *Monitoraggio dei periodici incontri di audit organizzativi e di risultato, implementati dal coordinatore di AFT, con i professionisti del team;*
13. *Monitoraggio dei progetti formativi per il team implementati dal coordinatore di AFT insieme agli animatori di formazione.*

Elementi comuni a tutti i target

Questo documento ha il mandato di definire gli aspetti tecnici del nuovo modello di sanità d'iniziativa secondo la filosofia declinata dalla DGR 650/16.

Al di là di quanto specificamente previsto nei percorsi illustrati più avanti, esistono elementi assistenziali comuni a tutti i target, che per semplicità vengono riassunti di seguito.

Questi elementi comuni sono i principi cardine del modello ECCM, come peraltro declinati anche nel piano sociosanitario integrato regionale e nel Piano cronicità nazionale:

- *Personalizzazione del percorso in base al rischio individuale ed alle caratteristiche cliniche e assistenziali del paziente e del suo ambiente sociale;*
- *Percorsi assistenziali strutturati in una prima fase di presa in carico-stadiazione e quindi nella fase di gestione del piano di cura;*
- *Gestione del piano di cura programmata su lungo periodo (12 mesi) e gestita in modo proattivo e differenziato sulla base del bisogno misurato;*
- *Condivisione della presa in carico da parte di un team multidisciplinare, nell'ambito del quale vengono definiti ruoli e responsabilità;*
- *Continuità assistenziale, con previsione delle modalità di passaggio ai livelli assistenziali più intensivi in caso di necessità;*
- *Focus sul processo di empowerment, sulla progressiva costruzione di abilità alla*

gestione della patologia cronica da parte del paziente e del caregiver, anche attraverso il supporto del paziente esperto;

- *"Patto di cura" fra il team ed il paziente, che implica una adesione consapevole al percorso;*
- *Focus sulla prevenzione, sia primaria che secondaria. Per tutti i target l'attenzione è focalizzata sulla prevenzione dell'evoluzione rispetto allo stadio clinico di partenza; nel paziente complesso l'obiettivo è prevenire le instabilizzazioni, cogliendo precocemente e compensando i fattori che le provocano assieme al paziente stesso ed al caregiver, per aumentarne la capacità di "fare fronte" (ability to cope).*

Target A – Paziente complesso

Composto dagli assistiti a più alto rischio di ricoveri ripetuti ed accessi al Pronto Soccorso per condizioni croniche suscettibili di cure territoriali (di seguito denominati "assistiti complessi"), al fine di migliorare gli esiti di salute, l'esperienza di cura dei pazienti e la sostenibilità del sistema.

I pazienti complessi, che formano il target A, sono preliminarmente identificati da ARS sulla base dei dati correnti del Sistema Informativo Sanitario Regionale, al fine di selezionare un elenco omogeneo e su basi oggettive, immediatamente fruibile dai professionisti coinvolti sull'intero territorio regionale.

Tale elenco è costituito dagli assistiti che soddisfino tutti e tre i seguenti criteri:

CRITERIO 1	<p><i>Caso conosciuto (Ma.Cro) di diabete, cardiopatia ischemica, BPCO, scompenso cardiaco, insufficienza renale, pregresso ictus, demenza, Parkinson</i></p> <p><i>O</i></p> <p><i>Storia recente di ricoveri per cause suggestive di malattie croniche</i></p>
CRITERIO 2	<p><i>Numero uguale o superiore al 95° percentile nell'ultimo anno di almeno uno tra:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>farmaci totali/diversi erogati (ATC IV livello);</i> • <i>visite specialistiche totali/diverse erogate escluso visita odontoiatrica;</i> • <i>esami di diagnostica strumentale o per immagini totali/diversi erogati;</i> • <i>esami di laboratorio totali/diversi erogati</i>
CRITERIO 3	<p><i>Almeno un ricovero ordinario urgente in</i></p>

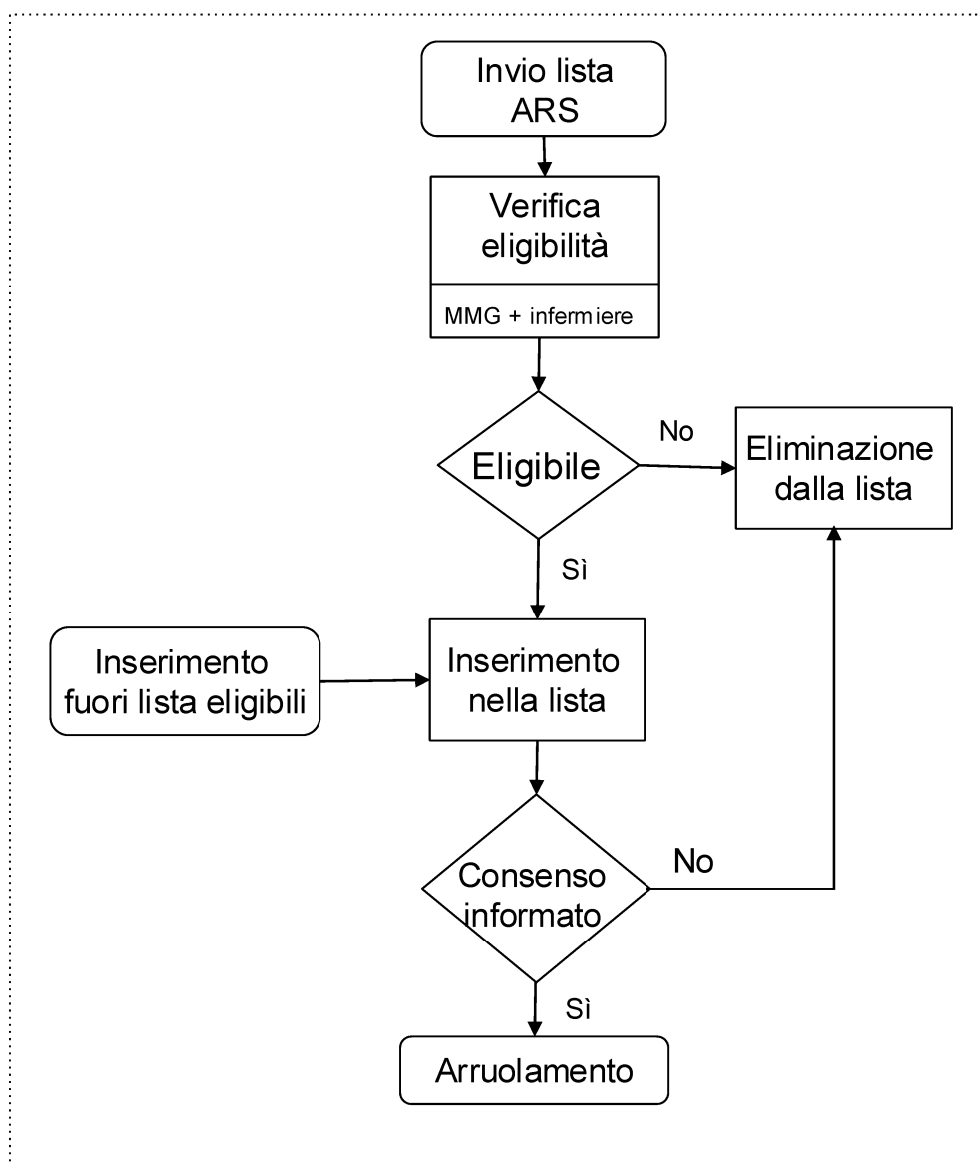
area medica o un accesso in PS, escluso codici bianchi/traumi

Per ogni annualità i valori soglia vengono ricalcolati sulla base della distribuzione percentile del periodo.

Dall'analisi preliminare si evince che tale gruppo è costituito da circa il 3 % degli assistiti, pari mediamente a 30/45 pazienti per medico di medicina generale e che tali assistiti hanno, nell'anno successivo all'identificazione, un alto consumo di prestazioni e un rischio di ospedalizzazioni ripetute pari a circa 10 volte quello della popolazione generale.

La lista elaborata da ARS sarà messa a disposizione del MMG, che assieme all'infermiere della sanità d'iniziativa, la esamina, esclude i pazienti non eligibili e aggiunge i pazienti da lui ritenuti arruolabili e non evidenziati dall'algoritmo.

Percorso di validazione della lista dei pazienti del target A



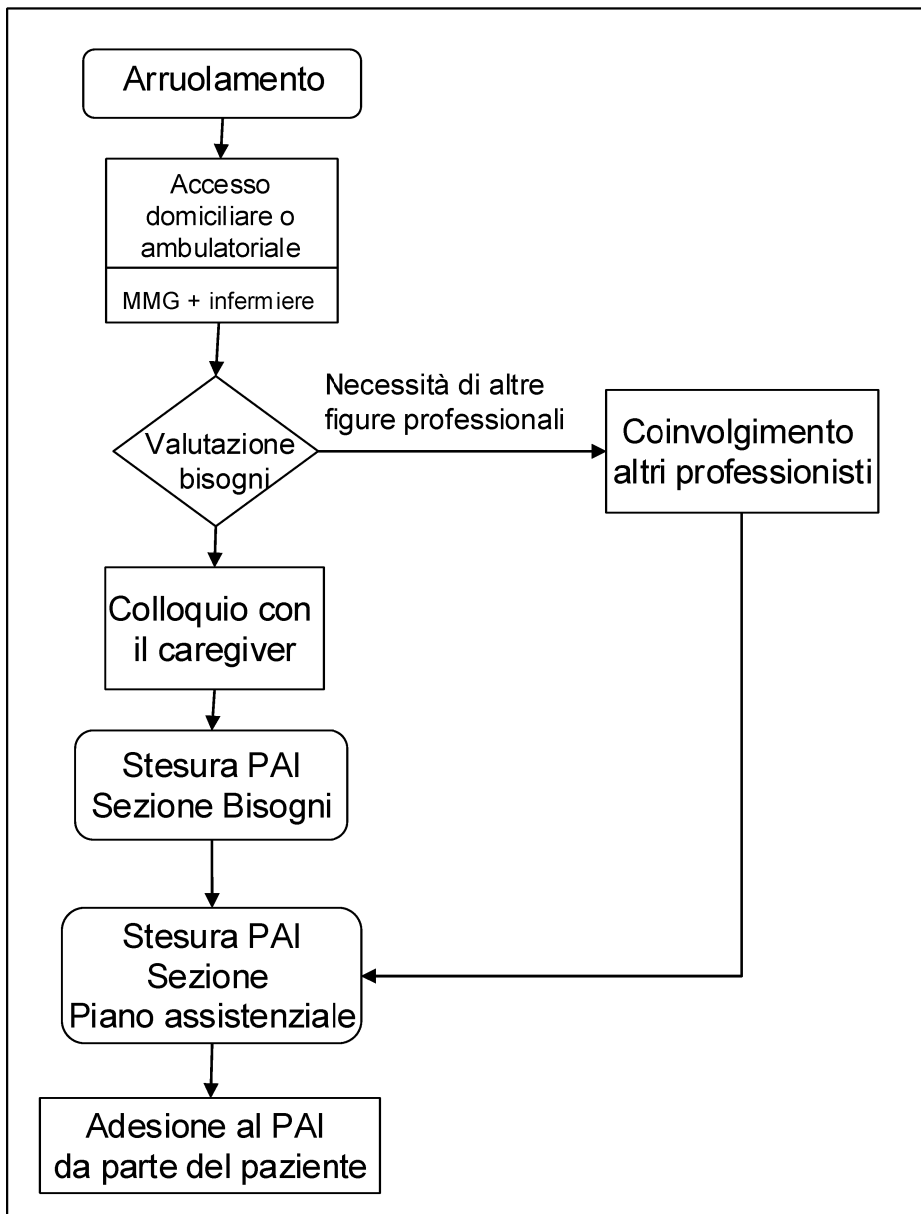
Target A - Percorso assistenziale:

La presa in carico proattiva avverrà per mezzo di team multiprofessionali e multidisciplinari, secondo i principi del Care e Case Management, attraverso la definizione e l'attuazione di Piani Assistenziali Individuali (PAI).

Il medico di medicina generale è il responsabile clinico del paziente (case manager). I medici specialisti forniscono un supporto alle decisioni del medico di medicina generale. L'infermiere della sanità d'iniziativa facilita l'adesione al PAI attraverso un tutoraggio dell'assistito (care manager) ed il medico di comunità facilita l'attuazione del PAI all'interno del Distretto.

L'estrema variabilità delle caratteristiche e dei bisogni dei pazienti implica la necessità di una personalizzazione del piano assistenziale. Per questo motivo si ritiene necessario e opportuno articolare il percorso sugli elementi caratterizzanti comuni, legati alla stesura e verifica del PAI.

Dai dati preliminari emersi durante la validazione dell'algoritmo è stato evidenziato che solo 1/3 degli identificati sono non autosufficienti, mentre i 2/3 non hanno difficoltà di mobilità. Questo è un ulteriore elemento che motiva la personalizzazione del piano.



Copia del PAI viene inviata alla Zona/Distretto, dopo la sua stesura e a conclusione del percorso.

Nel corso dell'esame dei bisogni sarà fatta una anamnesi farmacologica mirata alla eliminazione di eventuali problematiche correlabili alla individuazione di politerapia e per l'applicazione dei criteri di Beers, come rivisti dalla CTR toscana (allegato 6) ed i criteri STOPP/START e delle linee guida di deprescribing.org.

Il razionale dell'intervento trae origine dai dati di letteratura, che evidenziano come un paziente che abbia in terapia cronica più di cinque farmaci abbia una altissima probabilità di sviluppare effetti collaterali ed interazioni farmacologiche avverse. Uno studio del 2013 ha evidenziato che un anziano ogni quattro, nel corso di cinque anni, va incontro ad ospedalizzazione per problematiche collegate ai farmaci assunti (10% dei ricoveri in questa fascia di età) e che il 30-55% di tali ricoveri potrebbe essere evitato. Un terzo dei pazienti che, nella popolazione generale, assumono almeno

cinque farmaci, va incontro ogni anno ad almeno una reazione avversa.

Lo stesso Piano Nazionale della Cronicità evidenzia come la problematica della aderenza e della politerapia sia un elemento cardine nelle strategie di miglioramento della presa in carico del paziente cronico e complesso e raccomanda la diffusione fra gli operatori dell'utilizzo dei criteri di Beers e STOPP/START.

In tali circostanze, l'autorevolezza professionale del medico di medicina generale e la conoscenza delle condizioni cliniche possono portare alla scelta dei farmaci strettamente necessari alla tutela della salute del paziente.

Compito del MMG sarà, rispetto alla politerapia, sviluppare una azione tendente a capire quali siano realmente i farmaci necessari e questo potrà essere fatto attraverso:

- Accurata anamnesi farmacologica, comprendente l'autoassunzione di farmaci da banco e fitoterapie*
- Adeguato monitoraggio dello stato funzionale finalizzato alla deprescrizione*
- Precoce riconoscimento dei sintomi di eventuali effetti avversi e/o reazioni farmacologiche e dell'aderenza alla terapia. Su questo aspetto sarà elaborato un obiettivo di istruzione sia della famiglia sia del caregiver, al fine di impostare una sorveglianza attiva*
- Identificazione dell'impatto del farmaco sulla qualità di vita del paziente, specialmente se anziano*
- A ogni visita specialistica effettuata e ad ogni ricovero dovrà essere eseguito un controllo sulle possibili interazioni causate dai nuovi farmaci introdotti in terapia*
- Non applicare automaticamente le linee guida relative alle terapie farmacologiche, ma inquadrare sempre il problema da un punto di vista clinico individuale e che tenga conto delle polipatologie*

Anche su tali tematiche sarà improntata la formazione che la Scuola toscana di formazione dovrà effettuare nei confronti di tutti coloro che fanno sanità d'iniziativa.

Target A – Il Piano Assistenziale Individuale (PAI):

La struttura del PAI è riportata in allegato 1.

Il PAI è lo strumento necessario alla definizione dei bisogni e al coordinamento dell'assistenza a favore del singolo paziente, con identificazione delle priorità.

Il PAI dovrà essere condiviso da tutti i professionisti coinvolti e sottoscritto dal paziente.

Nel caso emergano bisogni socio-assistenziali sarà attivata la commissione UVM, con le modalità previste dalle singole Aziende.

Gli strumenti assistenziali utilizzati per l'attuazione del PAI sono quelli ordinari, ma

sono resi organici e proattivi all'interno del PAI stesso. Inoltre viene garantito l'orientamento ai servizi anche per gli aspetti amministrativi e assistenziali, nonché l'empowerment del paziente e dei caregivers.

A conclusione dei primi 12 mesi di sperimentazione, una commissione regionale valuterà un campione di cartelle e aggiornerà se necessario la struttura del PAI.

Target A - Indicatori:

Gli indicatori sono calcolati da ARS sugli assistiti complessi arruolati dal singolo medico aderente alla sanità d'iniziativa.

1. Indicatore di arruolamento:

*Numero assistiti complessi arruolati (con consenso informato firmato) sul numero assistiti complessi segnalati da ARS entro 1 mese dalla segnalazione degli stessi:
Obiettivo: almeno 80 su 100 includendo almeno il 70% degli assistiti complessi segnalati da ARS*

Fonte: liste assistiti complessi arruolati trasmesse dai MMG ad ARS

In caso di significativo scostamento dal valore previsto, l'Azienda Sanitaria contatterà il MMG per gli opportuni approfondimenti in relazione alle motivazioni di tale scostamento, che saranno valutati ai fini della remunerazione.

Poiché dal secondo anno di percorso il meccanismo di selezione dei pazienti sarà aggiustato per acquistare una periodicità fissa, gli obiettivi di questo indicatore saranno tenuti sotto monitoraggio al fine di una rivalutazione.

2. Indicatore di processo:

Numero di PAI predisposti e condivisi con gli assistiti entro 3 mesi dalla segnalazione degli assistiti complessi da parte di ARS.

Obiettivo: >90% degli arruolati

Fonte: liste assistiti complessi con PAI predisposto e condiviso trasmesse dai MMG ad ARS

3. Indicatori di esito:

E' stato verificato che mediamente gli indicatori di esito sotto riportati, calcolati sulla popolazione degli assistiti complessi identificati sulla base dei dati correnti, subiscono, negli anni successivi a quello di identificazione, una diminuzione anche in assenza di intervento specifico. Durante il primo anno d'implementazione della nuova sanità d'iniziativa, l'obiettivo sarà pertanto che detti indicatori, calcolati sugli assistiti complessi arruolati da ogni singolo medico, diminuiscano, nell'anno successivo a quello di arruolamento rispetto all'anno precedente, in misura maggiore di quanto

accada per gli assistiti complessi dei medici non aderenti alla sanità d'iniziativa della stessa ASL¹:

- Tasso di accesso al Pronto Soccorso per tutte le cause, eccetto traumatismi e avvelenamenti
- Tasso di ospedalizzazione in reparti per acuti, regime ordinario, DRG medici
- Terapia farmacologica cronica: percentuale di assistiti con un numero di farmaci diversi (ATC IV livello) comunque dispensati (flussi SPF e FED) e ricevuti un numero di volte >3 in date diverse superiore alla soglia di arruolamento
- Percentuale di assistiti con numero totale di esami di diagnostica di laboratorio erogati nell'anno superiore alla soglia di arruolamento
- Percentuale di assistiti con numero totale di esami di diagnostica strumentale e per immagini erogati nell'anno superiore alla soglia di arruolamento

Il risultato sarà considerato raggiunto al 100% se l'obiettivo è raggiunto per almeno 4 indicatori ed al 70% in caso di raggiungimento per 3 indicatori. In caso il gruppo di pazienti arruolati non includa alcun paziente che supera i valori di soglia considerati per gli indicatori 3, 4 e 5 né l'anno precedente né l'anno successivo all'arruolamento, quel singolo indicatore è considerato come raggiunto.

Fonte: dati del sistema informativo sanitario regionale

<p>Target B1 – Paziente ad alto rischio cardiovascolare (RCV) Target B1s – Paziente con pregresso evento cardiocerebrovascolare</p>
--

Target B1 e B1s - Criteri di eleggibilità

Nel pre-accordo con la MG e nella DGR 650/2016 si fa riferimento alla carta del rischio del progetto CUORE-ISS, con l'ipotesi di prendere in considerazione pazienti con rischio >15%.

L'obiettivo che ci si pone è quello di individuare un gruppo di popolazione con alto rischio cardiovascolare per fare un intervento di prevenzione primaria, tenendo in considerazione la necessità di integrare lo strumento prescelto con i software di scheda clinica dei MMG: in questo senso la carta del rischio ISS è lo strumento più diffuso e semplice.

Dai dati dei pazienti attesi si evidenzia che è fattibile prendere in carico con le risorse previste dal progetto un numero superiore di pazienti, incrementando così

¹ A partire dal secondo anno di progetto, sulla base dei risultati ottenuti, potranno essere stabiliti degli obiettivi di riduzione di questi indicatori, calcolati sugli assistiti complessi arruolati, indipendentemente dalla riduzione osservata in un gruppo di controllo.

l'opportunità di costruire un intervento che abbia come target una fascia più ampia di popolazione.

Il target sarà quindi costituito dai pazienti con età 40-69 anni, ipertesi e/o diabetici, senza precedenti eventi cardio-cerebro-vascolari (sindromi coronariche acute, ptca, by-pass aorto-coronarico, ictus), con rischio >10%.

La DGR 650/16 prevede unicamente una azione di prevenzione primaria. Tuttavia il gruppo di lavoro ritiene che anche i pazienti che abbiano già manifestato un evento cardiocerebrovascolare debbano essere inseriti nel modello poichè, nonostante che la stragrande maggioranza di questi individui sia maggiormente sensibile alla tutela della propria salute e alla prevenzione di ulteriori eventi, una parte di questi, ripresa l'efficienza fisica, trascura per molteplici motivazioni, i dovuti follow up o pratica stili di vita non consoni alla patologia. Per questo motivo si ritiene indispensabile introdurre in maniera graduale l'arruolamento di tali pazienti, iniziando dai medici che aderiscono d'ora in poi alla sanità d'iniziativa, in attesa che la coorte dei B2 venga ad esaurimento, per poi iniziare tale percorso anche nei medici che hanno già aderito in passato (Target B1s).

Parimenti si ritiene opportuno prendere in esame nelle prossime revisioni progettuali la presa in carico dei pazienti:

- 3. ad alto rischio cardiovascolare senza eventi sopra i 70 anni, oggi non inclusi perché lo strumento per il calcolo del rischio già disponibile per tutti i medici convenzionati è tarato per la fascia di età 40-69 anni;*
- 4. diabetici con rischio cardiovascolare inferiore o uguale al 10%.*

~~Target B1 e B1s – Percorso assistenziale per la presa in carico dell'assistito ad alto rischio cardiovascolare~~

L'intervento dovrà essere personalizzato, non solo in base ai fattori di rischio rilevati, ma anche in base alle caratteristiche del paziente (aderente/responsabile o meno).

Il percorso si articola in:

- Screening assistiti finalizzato all'arruolamento:*
 - Per i medici già in sanità d'iniziativa: pazienti ipertesi e/o diabetici 40-69enni con valutazione del rischio cardiovascolare ed identificazione dei pazienti con RCV >10%*
 - Per i medici che entrano da questa fase in sanità d'iniziativa: oltre ai pazienti con RCV >10%, come definiti al punto a, vengono selezionati anche i pazienti di tutte le età con pregressi malattia coronarica, ictus/TIA, arteriopatia obliterante degli arti inferiori.*
- Inquadramento del paziente attraverso la valutazione degli stili di vita, la visita e l'effettuazione di esami diagnostica di laboratorio*
- Definizione e attuazione di un piano assistenziale personalizzato che specifichi anche l'eventuale ricorso programmato agli specialisti di riferimento*
- Rivalutazione del rischio cardiovascolare a 12 mesi*

Per l'efficacia del progetto di intervento occorre che gli strumenti di supporto al MMG e all'infermiere siano integrati.

1. Screening assistiti ipertesi e/o diabetici 40-69enni per il calcolo del RCV (medici già in sanità d'iniziativa e nuovi aderenti)

Lo screening degli assistiti ipertesi e/o diabetici di tipo 2, senza pregressi eventi cardio-cerebro-vascolari, d'età compresa tra i 40 ed i 69 anni, utilizzerà il calcolo del punteggio individuale del progetto ISS-Cuore. Sarà proposto l'arruolamento agli assistiti con un rischio superiore al 10%. Da uno studio effettuato con la collaborazione dell'ARS su un campione di 1.000 assistiti in carico ai MMG di tre AFT dell'ASL Toscana Centro, emerge che tali assistiti dovrebbero essere circa 30 ogni 1.000 assistiti ultra16enni (vedi tabella 1).

Tabella 1. Stima del rischio cardiovascolare ogni 1.000 assistiti con più di 16 anni nella popolazione toscana.

Genere	Diabete	Ipertensione	Residenti 16+	casi attesi ogni 1.000 assistiti 16+						
				<5%	5%-10%	10%-15%	15%-20%	20%-30%	>30%	>15%
Maschi	Sì	Sì	98.052	1	2	2	2	3	1	5
	Sì	No	32.453	2	1	1	1	0	0	2
	No	Sì	377.136	14	17	18	1	1	1	3
	No	No	1.197.257	105	40	16	7	1	0	8
	Totale		1.704.898	121	60	37	11	5	2	17
Femmine	Sì	Sì	101.002	5	3	1	1	0	0	1
	Sì	No	34.279	3	1	0	0	0	0	0
	No	Sì	466.063	40	11	1	1	0	0	1
	No	No	1.297.439	179	10	0	0	0	0	0
	Totale		1.898.783	227	26	2	1	0	0	1
Totale	Sì	Sì	199.054	6	4	3	2	3	1	5
	Sì	No	66.732	5	3	1	1	0	0	2
	No	Sì	843.199	53	28	19	1	1	1	3
	No	No	2.494.696	284	51	16	7	1	0	8
	Totale		3.603.681	348	86	39	12	5	2	18

Accertamenti e valutazioni da eseguire al momento dello screening

All'arruolamento devono essere presenti in cartella tutti i parametri necessari per un corretto inquadramento e per il calcolo del rischio CV:

- 8 diagnosi di ipertensione arteriosa e/o di diabete
- 9 profilo lipidico
- 10 abitudine al fumo
- 11 pressione arteriosa
- 12 utilizzo di terapia antiipertensiva

Il RCV deve essere calcolato con il punteggio individuale. Al termine dell'arruolamento il medico trasmette la lista dei pazienti con l'indicazione del valore di rischio, e del dato anamnestico relativo a diabete mellito ed ipertensione (vedi allegato 7)

2. Selezione dei pazienti con pregresso evento cardiocerebrovascolare (medici nuovi aderenti)

ARS fornisce al medico la lista dei pazienti di tutte le età con pregressi malattia coronarica, ictus/TIA, arteriopatia obliterante degli arti inferiori, identificabili sulla base dei dati amministrativi. La lista è integrabile da parte del singolo MMG in base ai dati clinici presenti nella sua scheda sanitaria informatizzata e relativi a eventi non tracciabili dai flussi amministrativi.

3. Inquadramento del paziente arruolato attraverso la valutazione degli stili di vita, la visita e l'effettuazione di esami di diagnostica (sia per i pazienti con RCV >10% che per quelli con pregresso evento)

Il MMG valuta gli esami da richiedere in base al quadro clinico specifico del paziente, alle patologie presenti ed agli accertamenti già eseguiti di recente.

- 1. Stili di vita e BMI*
- 2. Capacità di autogestione*
- 3. Set minimo per funzionalità renale: creatininemia clearance o/e GFR*
- 4. Set minimo per funzionalità metabolismo glucidico: glucosio ematico*
- 5. Set minimo funzionalità metabolismo lipidico: trigliceridi, colesterolo totale e HDL*
- 6. Set minimo funzionalità epatica: transaminasi*
- 7. Verifica altre raccomandazioni previste per la patologia di base*

Solo se il paziente è diabetico:

- 8. Ispezione dei piedi, indice Winsor, E.O. neurologico, Hb glicata*

4. Definizione di un PDTA personalizzato che specifichi anche l'eventuale ricorso agli specialisti di riferimento (sia per i pazienti con RCV >10% che per quelli con pregresso evento)

Gli obiettivi sono prevenire gli eventi cardio-cerebro-vascolari e l'insufficienza renale.

Nella definizione del piano personalizzato si farà riferimento alle linee guida, e in particolare saranno individuati la tempistica ed il numero dei follow up programmati nei 12 mesi successivi.

Gli obiettivi ideali intermedi cui occorre tendere sono:

A) adozione corretti stili di vita:

- 1. Abolizione del fumo*
- 2. Adozione di adeguati livelli di attività fisica: almeno 30 minuti tre volte a settimana di attività fisica aerobica moderata-intensa*
- 3. Adozione di una corretta dieta "mediterranea": povera di sale, povera di grassi saturi (consumo moderato di latte e latticini e di carni rosse), ricca di fibre (almeno 5 porzioni giornaliere di frutta/verdura)*
- 4. Controllo del peso corporeo*

B) Controllo valori pressori

- Mantenere valori pressori ottimali rispetto all'età, come definiti dal piano personalizzato*

C) Controllo glico-metabolico

- 5. Emoglobina glicata ottimale secondo linee guida*
- 6. Colesterolemia LDL \leq 100 mg/dl*
- 7. Trigliceridemia \leq 150 mg/dl*

Gli obiettivi intermedi saranno raggiunti attraverso:

- 8. Controlli programmati con esami di diagnostica previsti dalle linee guida in base a quanto emerso nell'inquadramento iniziale. Il personale infermieristico richiederà gli assistiti secondo il piano personalizzato eseguendo le seguenti attività:*
 - 1. controllo degli accertamenti effettuati*
 - 2. utilizzo di tecniche validate per la correzione degli stili di vita e degli altri fattori di rischio modificabili*
 - 3. colloquio motivazionale*
 - 4. empowerment del paziente all'autogestione*
 - 5. rinvio al medico di tutti coloro che non raggiungono i parametri ottimali nei tempi previsti o hanno valori d'allarme o non seguono le terapie prescritte*
- 9. Il medico adatterà le terapie farmacologiche al quadro clinico*

Per i pazienti arruolati che hanno già avuto un evento cardio-cerebrovascolare il PDTA dovrà essere personalizzato tenendo di conto delle peculiarità cliniche della patologia di base, con particolare attenzione ai diversi target clinici.

Fermo restando il percorso standard da assicurare a tutti gli assistiti, qualora fossero sviluppate soluzioni innovative assistite dalle ICT a supporto della presa in carico e dell'aderenza alle indicazioni terapeutiche da parte del paziente, è auspicabile che nel corso dell'applicazione della sanità d'iniziativa, queste siano introdotte nella gestione degli assistiti arruolati.

Criteri per il coinvolgimento dello specialista

- *Difficoltà a raggiungere un adeguato controllo pressorio e/o glico-metabolico*
- *Presenza di elementi clinici compatibili con malattia cardiovascolare non precedentemente nota nel paziente senza pregressi eventi*
- *Nel paziente con pregresso evento: evoluzione clinica della patologia pregressa:*
 1. *IMA e sindrome coronarica acuta: peggioramento dei parametri emodinamici;*
 2. *Ictus/TIA ed arteriopatia obliterante arti inferiori: sospetta ischemia critica; peggioramento clinico.*
- *In particolare, l'assistito iperteso con almeno una delle seguenti condizioni, sarà indirizzato al cardiologo:*
 1. *Ipertensione grave resistente (se almeno tre farmaci antiipertensivi a dosaggi adeguati, di cui almeno un diuretico, non sono efficaci a ridurre i valori pressori)*
 2. *Ipertensione in associazione a condizioni cliniche concomitanti complesse*
- *Il paziente diabetico con almeno una delle seguenti caratteristiche sarà indirizzato al diabetologo:*
 1. *Piede diabetico e/o alto rischio ulcerativo con trofismo alterato*
 2. *Scompenso metabolico sintomatico*
 3. *Cambio terapia (orale/insulinica, insorgenza complicanze, etc.)*
 4. *Gestione complicanze*
 5. *Gravidanza o programmazione di gravidanza*
- *Il paziente con almeno una delle seguenti caratteristiche sarà indirizzato al nefrologo (vedi appendice):*
 1. *Proteinuria >1g/24h. Valori inferiori ma anomali dovrebbero essere monitorati per 3-4 mesi prima di essere presi in considerazione*
 2. *Alterazioni del sedimento urinario (micro/macroematuria persistente, cilindruria) non di natura urologica: da inviare dopo aver escluso patologie urologiche o neoplastiche*
 3. *GFR < 45 ml/min (Tab.2)*

4. *Ipertensione arteriosa non controllata nonostante l'uso di 4 antipertensivi, compreso un diuretico, in caso di sospetta complicanza nefrovascolare*
5. *Riscontro all'imaging di alterazioni morfologiche renali non note (cisti renali bilaterali, cisti complesse, asimmetria dei reni, cicatrici corticali, riduzione di volume o spessore corticale)*
6. *Sindrome nefrosica scompensata*
7. *Potassiemia tra 6 e 6,5 mEq/L, in paziente in terapia con ACEi o ARBs e/o antialdosteronici*

- **Al 12° mese:**

Per i pazienti arruolati con alto rischio calcolato con il progetto ISS-Cuore, deve essere effettuata la rivalutazione del rischio. Al termine dell'arruolamento il medico trasmette la lista dei pazienti ad ARS con l'indicazione del valore di rischio, e del dato anamnestico relativo a diabete mellito ed ipertensione (vedi allegato 7)

Per i pazienti arruolati con pregresso evento si effettua una rivalutazione clinica del piano assistenziale e si trasmettono le liste ad ARS. (da precisare)

Target B1 – Indicatori

a. Indicatori relativi ai pazienti con RCV >10%

Gli indicatori sono calcolati da ARS sugli assistiti ipertesi e/o diabetici ad alto rischio cardiovascolare arruolati dai medici della AFT aderenti alla sanità d'iniziativa.

a1. Indicatore di arruolamento:

- *Numero assistiti 40-69enni ipertesi e/o diabetici che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari, con rischio cardiovascolare secondo il punteggio individuale ISS-Cuore \geq del 10%, arruolati (con consenso informato firmato) su numero assistiti in carico ultra16enni.*
- *Obiettivo: almeno 2 su 100*

Fonte: liste assistiti ad alto rischio cardiovascolare con indicazione del valore di rischio cv alla valutazione baseline trasmesse dai MMG ad ARS

a2. Indicatori di processo:

- *Effettuazione del profilo lipidico per tutti i pazienti e di una emoglobina glicata se diabetici nei 12 mesi successivi a quello di arruolamento*
- *Obiettivo: esecuzione del profilo lipidico in almeno il 90% degli assistiti e della emoglobina glicata in almeno il 90% dei diabetici*

Fonte: dati del sistema informativo sanitario regionale. In caso di significativo scostamento dall'obiettivo, potrà essere effettuato un confronto con i dati della

cartella del medico, che contengono anche l'attività effettuata dai pazienti presso strutture private

a3. Indicatore di esito:

- *Percentuale di assistiti arruolati con rivalutazione del rischio cardiovascolare a 12 mesi dal baseline $\geq 90\%$ e percentuale di assistiti rivalutati con rischio cardiovascolare uguale o ridotto.*
- *Obiettivo: valore del RCV uguale o inferiore rispetto al baseline $\geq 80\%$*

Fonte: liste assistiti ad alto rischio cardiovascolare con indicazione del valore di rischio CV alla rivalutazione a 12 mesi dal baseline trasmesse dai MMG ad ARS

b. Indicatori relativi ai pazienti con evento pregresso

Gli indicatori sono calcolati da ARS sugli assistiti ad alto rischio cardiovascolare con pregresso evento arruolati dai medici della AFT nuovi aderenti alla sanità d'iniziativa.

b1. Indicatore di arruolamento:

- *Numero assistiti ad alto RCV che hanno avuto precedenti eventi cardiocerebrovascolari arruolati (con consenso informato firmato) su numero assistiti in carico ultra16enni.*
- *Obiettivo: almeno 1.2 su 100*

Fonte: liste assistiti ad alto rischio cardiovascolare con pregresso evento alla valutazione baseline trasmesse dai MMG ad ARS

b2. Indicatori di processo:

- *Effettuazione del profilo lipidico per tutti i pazienti e di una emoglobina glicata se diabetici nei 12 mesi successivi a quello di arruolamento*
- *Obiettivo: esecuzione del profilo lipidico in almeno il 90% degli assistiti e della emoglobina glicata in almeno il 90% dei diabetici*

Fonte: dati del sistema informativo sanitario regionale. In caso di significativo scostamento dall'obiettivo, potrà essere effettuato un confronto con i dati della cartella del medico, che contengono anche l'attività effettuata dai pazienti presso strutture private

b3. Indicatore di esito:

- *Tasso di ospedalizzazione per DRG medici, degenza ordinaria, modalità di accesso urgente*
- *Obiettivo: valore inferiore al corrispettivo tasso calcolato tra gli assistiti con pregresso IMA dei medici non aderenti alla sanità d'iniziativa della stessa zona distretto*

Fonte: dati del sistema informativo sanitario regionale. In caso di significativo scostamento dall'obiettivo, potrà essere effettuato un confronto con i dati della cartella del medico, al fine di scorporare i ricoveri per motivazione non attinente al percorso

<p>Target B2 – Paziente arruolato nel modello precedente (diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO, pregresso ictus/TIA)</p>
--

Target B2 - Criteri di elegibilità

Il target B2 si applica unicamente ai medici già aderenti al vecchio modello di sanità d'iniziativa.

Sono elegibili tutti i pazienti cronici, già arruolati nel modello precedente e non elegibili nei target A e B1.

Alla luce delle considerazioni che hanno portato al cambiamento della sanità d'iniziativa, occorre fare una selezione di tutti i pazienti a suo tempo arruolati nelle quattro patologie andando a includere in questo percorso coloro per i quali sia evidente un rapporto costo efficacia positivo nelle evidenze di letteratura.

I pazienti sono presi in carico al fine di garantire la totale continuità rispetto alla prima fase di attuazione fino a esaurimento delle liste B2.

Nella fase propedeutica di revisione delle liste di patologia il medico rivaluterà la casistica e trasmetterà ad ars la lista di partenza indicando il destino dei vecchi arruolati secondo le seguenti tipologie:

- elegibile ad A/B1
- arruolato per:
 1. diabete mellito;
 2. scompenso cardiaco (indicare se NYHA II/III o NYHA IV)
 3. BPCO (indicare se GOLD 3 o GOLD 4);
 4. Ictus/TIA (indicare se Rankin 0-2 o Rankin 3-5)
- non arruolato perché non più assistito/deceduto
- non arruolato perché:
 1. clinicamente non elegibile
 2. mancato consenso

Qualora i medici già attivi in sanità d'iniziativa non abbiano avviato tutti i quattro percorsi, questi dovranno attivarli.

Target B2 – Percorso assistenziale

I percorsi assistenziali traggono la loro base dall'esperienza maturata ad oggi nel corso del precedente progetto.

Lo spirito che li guida è quello della semplificazione, ispirata alla appropriatezza. Inoltre il team deve utilizzare modalità operative che evitino accessi inutili del paziente in ambulatorio, per esempio contatti con questionari strutturati di follow up da parte dell'infermiere.

Per ogni paziente viene elaborato un percorso di follow up personalizzato.

Il percorso dei pazienti portatori di diabete mellito è riportato in allegato 2.

Il percorso dei pazienti portatori di scompenso cardiaco è riportato in allegato 3.

Il percorso dei pazienti portatori di BPCO è riportato in allegato 4.

Il percorso dei pazienti portatori di pregresso ictus/TIA è riportato in allegato 5.

Target B2 – Indicatori

Gli indicatori sono calcolati da ARS sugli assistiti affetti da diabete, scompenso cardiaco, BPCO e pregresso ictus già arruolati dai medici della AFT aderenti alla sanità d'iniziativa.

1. Indicatore di arruolamento:

Trasmissione al termine della fase propedeutica delle liste di patologia già attive con indicazione del destino di ciascun paziente

2. Indicatori di processo:

- **Diabete**: percentuale uguale o superiore rispetto all'anno precedente di assistiti con almeno una misurazione dell'emoglobina glicata nell'anno di osservazione
- **Scompenso cardiaco**: percentuale uguale o superiore rispetto all'anno precedente di assistiti in terapia con betabloccanti nell'anno di osservazione
- **BPCO**: percentuale uguale o superiore rispetto all'anno precedente di assistiti con almeno una spirometria nell'anno di osservazione
- **Pregresso ictus/TIA**: percentuale uguale o superiore rispetto all'anno precedente di assistiti in terapia con antiaggreganti/anticoagulanti nell'anno di osservazione

Fonte: dati del sistema informativo sanitario regionale. In caso di significativo scostamento dall'obiettivo, potrà essere effettuato un confronto con i dati contenuti nella cartella del medico, che contengono anche l'attività effettuata dai pazienti presso strutture private o come diagnostica erogata dal team di sanità d'iniziativa.

Fasi operative di sviluppo del progetto

Le fasi in cui si svolgerà il processo sono le seguenti (vedi cronogramma allegato 6):

- *Fase propedeutica: revisione pazienti già arruolati per attribuzione ai livelli B1, B2 e individuazione dei pazienti eligibili per target A (fase una tantum, della durata massima di un mese)*
- *Avvio target B1: individuazione e arruolamento dei pazienti ad alto rischio CV, da inserire nel livello B1 da parte di tutti i medici, sia già attivi che nuovi aderenti (durata di mesi 3); negli stessi tre mesi i medici nuovi aderenti individuano ed arruolano i pazienti ad alto RCV con pregresso evento*
- *Avvio target A: revisione lista pazienti eligibili per target A, loro arruolamento e firma consenso (durata di mesi uno). Definizione del Pai entro ulteriori due mesi.*
- *Avvio target B2: revisione piano di follow up personalizzato (durata di mesi 3)*
- *Fase dei percorsi: durata di 12 mesi a partire dalla data di avvio.*

I tempi delle fasi operative verranno individuati a livello regionale.

Al fine di consentire l'inizio della fase propedeutica e di avvio dei target, le risorse infermieristiche dovranno essere disponibili già all'avvio della fase propedeutica stessa.

Poiché la fase propedeutica e di avvio dei target nella prima annualità si presenta come particolarmente complessa da un punto di vista organizzativo, questa sarà remunerata a parte, come dettagliato nel punto relativo alla remunerazione.

Il processo di arruolamento coinvolgerà nella fase iniziale tutti i medici attualmente aderenti alla sanità d'iniziativa, oltre ad un gruppo di nuovo aderenti. Progressivamente saranno via via coinvolti gli altri medici, per arrivare alla copertura di tutta la popolazione toscana.

Nel corso dell'anno di attuazione dei percorsi il MMG individuerà durante la normale attività di ambulatorio i pazienti ad alto RCV, in modo da poter rinnovare le liste, nell'annualità successiva, a partire da gennaio.

Entro settembre di ciascun anno ARS consegnerà le liste degli eligibili al target A calcolate al primo luglio, elaborate sulla base dei dati dei 12 mesi precedenti.

Le liste degli eligibili saranno riviste entro la fine di ottobre ed i PAI elaborati entro il 31 dicembre, per riavviare il percorso il primo gennaio.

Per quanto riguarda il target B2, questo continuerà il percorso senza più interruzioni.

In questo modo, negli anni successivi al primo i 12 mesi di percorso saranno avviati sempre il primo di gennaio e si concluderanno il 31 dicembre.

Nel primo anno di applicazione le liste degli eligibili saranno consegnate nel mese di ottobre, al fine di poter portare a termine la campagna informativa propedeutica illustrata nel paragrafo relativo alla formazione.

Consenso informato

A tutti i pazienti (target A, B1, B2) sarà somministrato, nella fase di arruolamento, il modulo di consenso informato, che include ARS nel trattamento dei dati, al fine di

poter dare operatività al sistema di monitoraggio di impatto e di calcolo di risultato del progetto, anche ai fini della remunerazione della medicina generale.

Necessità formative

Come nel precedente modello di sanità di iniziativa fu implementato un percorso formativo orientato a tutti i professionisti coinvolti, così nella nuova sanità d'iniziativa occorre costruire un percorso formativo in parte orientato alle singole professionalità, in parte orientato ad una formazione congiunta del team.

Occorrerà orientare tutti i professionisti coinvolti ai nuovi obiettivi individuati dal progetto, passando dalla gestione per patologia alla logica della presa in carico per complessità e per rischio cardiovascolare, oltre che ai percorsi rinnovati dei pazienti già arruolati.

Per quello che riguarda la formazione specifica della Medicina Generale, essendo già inseriti nei piani formativi regionali ed aziendali temi che riguardano il rischio cardiovascolare, essa sarà affidata alle singole aziende, secondo il modello formativo previsto dall'art. 20 dell' ACN.

Per quanto riguarda invece la formazione congiunta di tutti i professionisti, è necessario pensare ad un coordinamento regionale delle azioni formative che le renda coerenti e funzionali agli obiettivi da raggiungere. La DGR 650/16 individua tale funzione nel Coordinamento Regionale delle Aziende e Referenti Aziendali, al punto 2.10.

Particolare priorità, avranno nei progetti formativi i coordinatori di AFT, assieme agli altri professionisti coinvolti.

Ai fini dell'avvio operativo, sarà organizzata una giornata informativa destinata ai coordinatori di AFT ed ai referenti infermieristici individuati a livello aziendale.

Contemporaneamente il coordinamento regionale individuerà un gruppo di lavoro multidisciplinare che elaborerà entro la fine di settembre 2017 la piattaforma formativa destinata ai coordinatori di AFT ed ai referenti infermieristici, per la formazione a cascata da realizzare a livello aziendale.

Dati di monitoraggio

Al fine di consentire ad ARS il calcolo degli indicatori le Aziende Sanitarie dovranno trasmettere a inizio progetto le informazioni relative ai nominativi dei medici aderenti, complete del CF, del numero di assistiti, AFT di riferimento e nome del coordinatore dell'AFT stessa.

I medici trasmettono le liste dei pazienti inclusi nei target A, B1, B1s e B2 e le informazioni specificate in allegato 7.

La trasmissione e la ricezione dei dati avverrà tramite portale messo a disposizione, cui accederanno i medici aderenti. Le informazioni saranno messe a disposizione su file intestati ad ogni singolo MMG. Le informazioni da trasmettere dovranno essere trasmesse secondo specifiche definite da ARS, intestate ad ogni singolo medico.

Il set degli indicatori sarà rivalutato dopo la prima annualità di progetto del target specifico, al fine di procedere agli eventuali aggiornamenti che dovessero rendersi necessari.

La lista degli arruolati dei target B1, B1s e B2, ai soli fini del calcolo degli indicatori dovrà contenere, alla fine del percorso di 12 mesi, gli stessi pazienti arruolati all'inizio, esclusi i deceduti, trasferiti e coloro che hanno cambiato medico o ritirato l'adesione. I pazienti arruolati a percorso iniziato saranno trattati come gli altri dal punto di vista assistenziale, ma non saranno inseriti nel calcolo.

ciascuna patologia (0,1375€ a patologia). Il mancato raggiungimento della soglia d'accesso comporta il non pagamento della quota di processo.

Il set degli indicatori sarà rivalutato dopo la prima annualità di progetto del target specifico, al fine di procedere agli eventuali aggiornamenti che dovessero rendersi necessari.

Esclusivamente all'avvio del nuovo modello è prevista la remunerazione delle fasi propedeutica e di avvio del percorso. La remunerazione di tali fasi avverrà alla consegna delle liste, entro il 30 gennaio del 2018, a raggiungimento della soglia di accesso per i target A e B1 e B1s. La quota è quella relativa all'indicatore di processo del target A, pari a 1,65 €, per il numero degli assistiti in carico.

In caso di scostamento per gli obiettivi in cui questo è previsto, l'Azienda contatta il coordinatore di AFT per il target B1 e B2 e B1s, al fine di acquisire i dati di cartella clinica.

La valutazione viene fatta congiuntamente dai Dipartimenti del Territorio, di Medicina Generale e Infermieristico, riuniti presso la Direzione Sanitaria Aziendale.

Le parti concordano che l'estensione del nuovo modello coinvolgerà un ulteriore 10% dei MMG nel corso del primo anno di applicazione dell'accordo.

Allegato 1 - Piano assistenziale individuale

Informazioni sull'assistito

Nome _____ Cognome _____ Data nascita __ / __ / 19__

C.F. __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

Residente in via/piazza _____ N. _____ Comune _____

N. Telefono __ / _____ N. Cellulare _____

Care Giver - Nome _____ Cognome _____ N. Tel _____

MMG _____ Infermiere _____

Selezionato dalla lista ARS Sì ___ No ___

Data di definizione del PAI __ / __ / ____

Motivo dell'arruolamento

- Ricoveri
- Presentazioni al DEA
- Numero di categorie di farmaci
- Consumo di diagnostica strumentale
- Consumo di esami di laboratorio

Valutazione congiunta MMG / Infermiere

Identificazione dei problemi

Visita effettuata in data __ / __ / ____ Al domicilio ___ In ambulatorio ___

Problemi rilevati _____

Controllo scheda clinica Effettuata in data __ / __ / ____

Problemi rilevati _____

Colloquio con l'assistito / care giver Effettuato in data __ / __ / ____

Problemi rilevati _____

Definizione dei bisogni

Bisogni sanitari _____

Bisogni sociali _____

Bisogni culturali _____

Altro _____

Obiettivi

Sviluppo self management

Miglioramento stato cognitivo/percettivo

Riattivazione motoria

Prevenzione delle cadute

Ottimizzazione della terapia

Miglioramento dei parametri clinici

Miglioramento capacità relazionali

Altro _____

Coinvolgimento altri operatori

OSS

Assistente Sociale

Fisioterapista

Specialista

Altro _____

Azioni pianificate

MMG _____

Infermiere _____

Specialista _____

OSS _____

Fisioterapista _____

Altro _____

Rivalutazioni

Prima rivalutazione a 4 mesi Data _____

Condizioni cliniche/assistenziali _____

Nuovi bisogni _____

Nuove azioni _____

Seconda rivalutazione a 8 mesi Data _____

Condizioni cliniche/assistenziali _____

Nuovi bisogni _____

Nuove azioni _____

Valutazione finale a 12 mesi Data _____

Condizioni cliniche/assistenziali _____

Nuovi bisogni _____

Nuove azioni _____

Conclusione del PAI

Data __ / __ / ____

Motivo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Completamento programma assistenziale | <input type="checkbox"/> Decesso a domicilio |
| <input type="checkbox"/> Decesso in Ospedale | <input type="checkbox"/> Trasferimento in RSA |
| <input type="checkbox"/> Trasferimento in Hospice | <input type="checkbox"/> Decesso in Hospice |
| <input type="checkbox"/> Volontà dell'assistito | <input type="checkbox"/> Cambio residenza |
| <input type="checkbox"/> Cambio medico (escluso ricasazione) | |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Risultati ottenuti

Allegato 2 - Percorso assistenziale del paziente portatore di diabete mellito

Sono eligibili tutti i pazienti già arruolati per diabete mellito, esclusi coloro che non vengono riallocati in A/B1.

Almeno una volta all'anno, modificabile a discrezione del MMG in base alle condizioni cliniche del paziente o in caso di instabilità clinica, gli infermieri del team verificheranno l'esecuzione del piano di follow up personalizzato e richiederanno i pazienti qualora necessario:

- Pressione arteriosa
- Peso corporeo
- Circonferenza vita
- Visita generale con ispezione dei piedi, indice di Winsor, EO neurologico
- Valutazione medica
- Ricalcolo rischio cardiovascolare
- Glucosio S/P (a digiuno)
- Esame completo delle urine
- Creatininemia (e GFR)
- Urato S/P
- Albumina urina
- Assetto lipidico: trigliceridi, colesterolo totale, HDL, LDL calcolato
- Aspartato aminotransferasi e Alanina aminotransferasi
- Elettroliti sierici: Na, K
- Esame del fundus oculi (ogni due anni se la prima valutazione è normale)
- ECG

Controllo semestrale/annuale in base al piano personalizzato di follow up:

- Verifica autocontrollo glicemico
- Empowerment
- Educazione del paziente
- HbA1c

Almeno ogni due anni:

- Ecocolordoppler cardiaco
- Ecocolordoppler vasi epiaortici

Criteri di accesso al livello specialistico

- Piede diabetico o ad alto rischio ulcerativo
- Gravidanza o programmazione di gravidanza
- Complicanza d'organo di nuovo riscontro o in fase evolutiva
- Instabilità metabolica (due Hb1c successive, a distanza di 3-6 mesi, non a target)
- Scompenso glicemico sintomatico
- Patologie o terapie concomitanti che impongono modifiche sostanziali del trattamento ipoglicemizzante

La rivalutazione specialistica è opportuna in caso di:

- Modifiche terapeutiche attuate durante ricovero ospedaliero
- Difficoltà di classificazione del tipo di diabete (per esempio in caso di sospetto di forma autoimmune o poliendocrina)
- Necessità di inquadramento di pazienti neodiagnosticati durante ricovero ospedaliero

Allegato 3 - Percorso assistenziale del paziente portatore di scompenso cardiaco

Partendo dalle premesse espresse per il target B2, gli obiettivi del PDTA possono essere riformulati nella logica della presa in carico con percorsi differenziati di intensità di cura e/o trattamento allo scopo di:

- Migliorare l'outcome e ridurre le ospedalizzazioni
- Migliorare l'aderenza ai trattamenti raccomandati e l'aderenza terapeutica
- Migliorare la qualità della vita
- Ottimizzare le risorse anche in ottica di appropriatezza diagnostica e terapeutica

Alla luce di quanto esposto occorre individuare una strategia differenziata di presa in carico costo-efficace e supportata dai dati di letteratura. Pertanto è ragionevole proporre per i pazienti in fase avanzata di malattia (classe III e IV NYHA) periodiche verifiche di emocromo-creatinina-elettroliti, controllo del peso, aderenza alla terapia EBM (ogni 3-4 mesi), accesso privilegiato con agende specifiche a valutazione clinico-strumentale del Cardiologo su tempistica valutata dal curante. Occorre, infatti, tener presente che la morte e le ospedalizzazioni sono legate alla scarsa aderenza terapeutica, alla difficoltà nel monitorizzare e controllare i fattori che generano instabilizzazione (infezioni, anemia, sospensione della terapia) attraverso parametri anche semplici (emoglobina, peso, verifica periodica dei sintomi) che possono essere raccolti con un semplice controllo periodico da parte del team. Un accesso rapido e condiviso allo specialista di riferimento anche mediante strumenti informatici può sostenere le cure. Uno speciale intervento può essere svolto tramite contatto settimanale/mensile con questionario strutturato da parte dell'infermiere con un PDTA/istruzioni e interventi già predeterminati.

Sono eligibili al percorso:

Classe NYHA	Sintomi
II e III	Il paziente sta bene a riposo ma l'attività fisica ordinaria causa la comparsa di sintomi. Compaiono sintomi anche per attività fisiche inferiori all'ordinario ma sta bene a riposo.

IV	Il paziente non riesce a svolgere alcuna attività; ha sintomi anche a riposo.
----	---

1. Educazione del paziente e supporto al self management

Procedure	Professionisti:ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Note
Prevenzione primaria e controllo fattori di rischio	MMG Infermiere	Studio MMG		
Incontri di gruppo per <i>Prevenzione primaria e controllo fattori di rischio</i>	MMG Infermiere	Studio MMG	2 incontri educativi	
Incontri individuali	Infermiere	Studio MMG	Secondo piano assistenziale	

2. Follow up

Procedure	Professionisti:ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Note
Chiamata attiva dei pazienti (preparazione elenchi pazienti, cartelle, appuntamenti) Verifica compliance accertamenti follow up	Infermieri	Ambulatorio del MMG	Secondo la cadenza prevista dal piano individuale	
Controlli clinici per valutazione parametri clinici e/o di laboratorio (Emocromo, Creatininemia, Elettroliti serici)	MMG	Studio MMG	Ogni 3-4 mesi	Prevenzione e riconoscimento delle cause di instabilizzazione
Ecocardiogramma	Cardiologo	Ambulatorio cardiologico	Annuale	
Incontri individuali: valutazione compliance, educazione terapeutica	Infermiere	Studio MMG	1 incontro ogni 3-4 mesi	

Incontri individuali Monitoraggio nutrizionale Valutazione	Dietista O IP			Pazienti con problematiche rilevanti e complesse inviati a consulenza dietologica
--	------------------	--	--	---

3. Follow up dei pazienti non stabilizzati

Procedure	Professionisti:ruoli	Sede della prestazione	Tempistica
Pz Instabile: consulenza per peggioramento clinico senza pronta risposta alla terapia o per comparsa di complicanze	MMG Cardiologo Infermiere	Nei casi in cui non possa accedere all'ambulatorio o in presenza di problematiche socio-assistenziali il paziente viene seguito in regime di ADP o ADI con supporto specialistico e, nei casi indicati, sociale	Visita domiciliare secondo piano assistenziale individuale con eventuale consulenza cardiologica
Monitoraggio domiciliare con rilevazione segni e sintomi, rilevazione parametri vitali, valutazione compliance terapeutica, somministrazione terapia anche endovenosa	Infermiere	Domicilio paziente arruolato	Visita domiciliare secondo piano assistenziale individuale

Allegato 4 - Percorso assistenziale del paziente portatore di BPCO

Considerando che questi pazienti sono già seguiti dal 2010 per la patologia da cui sono affetti, nell'ottica che guida la nuova sanità di iniziativa, si concentrerà l'attenzione sui pazienti nello stadio GOLD 3 e 4 (classificazione C e D) e che necessitano di un intervento proattivo per evitare le ricadute più frequenti in termini di malattie infiammatorie polmonari, di ricoveri per scompensi respiratori e di peggior qualità della vita per difficoltà anche a compiere i comuni atti di vita quotidiana.

Tenendo presente che le nuove linee guida GOLD 2017 hanno valutato che la spirometria, pur essendo fondamentale nella diagnosi di BPCO, a livello del singolo paziente perde in precisione e quindi non può rappresentare l'elemento decisionale per la scelta tra le diverse opzioni terapeutiche e del tipo di gestione del paziente, nel nuovo percorso occorrerà inquadrare i pazienti arruolati in base alla loro sintomatologia ed alla loro storia di riacutizzazioni.

Quindi in base alle decisioni sui target dei pazienti arruolabili di questa nuova sanità d'iniziativa sembra coerente riarruolare coloro che sono classificabili nel gruppo C e D delle linee guida GOLD.

Il medico di medicina generale rivaluterà tutti i pazienti già arruolati nella precedente esperienza sulla base della sintomatologia sia soggettiva che oggettiva e sul numero delle riacutizzazioni avute nell'anno precedente avvalendosi anche della valutazione CAT eventualmente somministrata dal personale infermieristico.

Raccomandazioni: tutti i pazienti vengono formati ad eseguire autonomamente esercizi respiratori. In occasione della educazione del paziente ne viene verificata la regolare esecuzione.

La spirometria viene eseguita in prima istanza nell'ambulatorio del MMG, laddove possibile; ove se ne ravvisi la necessità il paziente viene avviato alle strutture specialistiche di riferimento.

Classificazione di gravità della limitazione al flusso aereo nella BPCO, basata sul VEMS (FEV₁) post broncodilatatore, da GOLD 2017

Nei pazienti con FEV ₁ /CVF <0.70:		
GOLD 1	Lieve	FEV ₁ ≥80% del predetto
GOLD 2	Moderato	50% ≤FEV ₁ <80% del predetto
GOLD 3	Grave	30% ≤FEV ₁ <50% del predetto
GOLD 4	Molto grave	FEV ₁ <30% del predetto

FIGURA 2.4. Lo strumento di valutazione ABCD modificato.

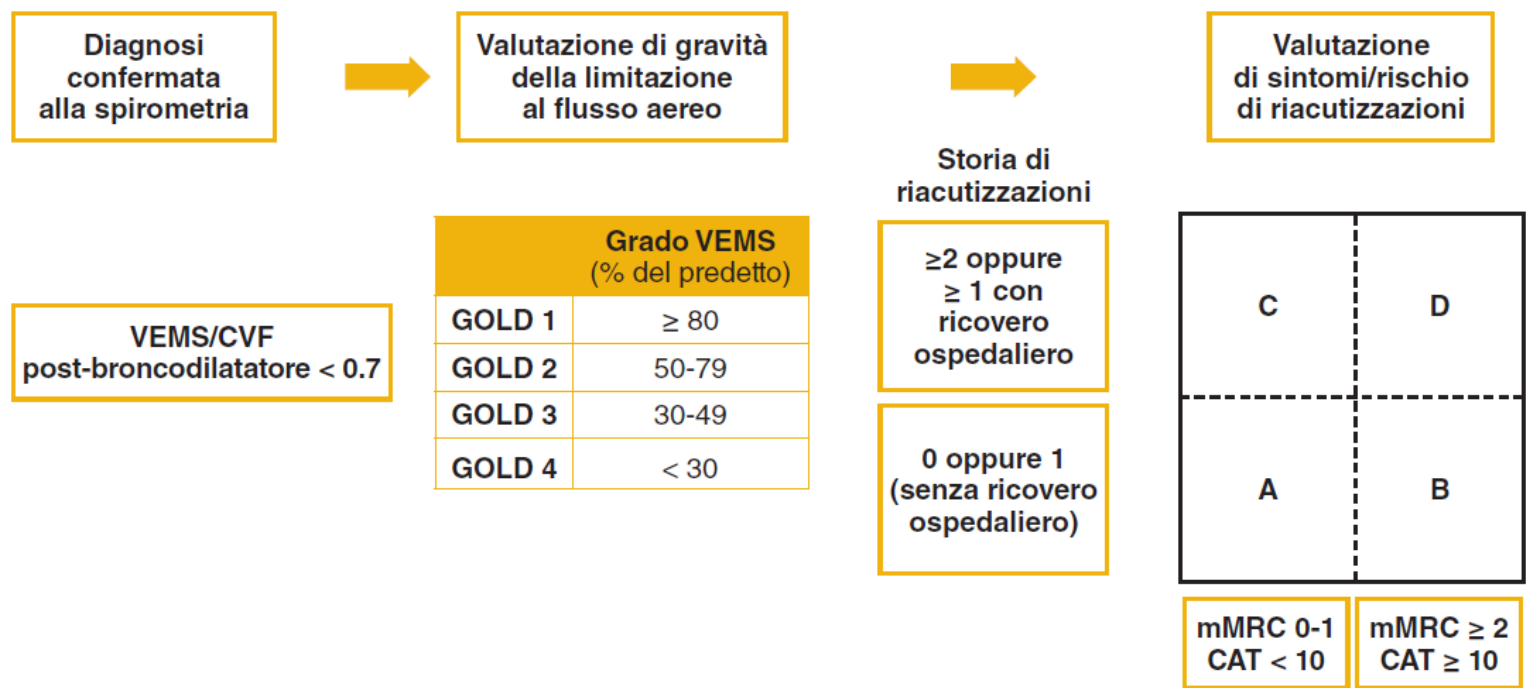


FIGURA 2.3. Valutazione CAT

Per ogni voce riportata sotto, barrare (X) la casella corrispondente che meglio descrive al momento le vostre attuali condizioni. Assicurarsi di selezionare solo una risposta per ogni domanda.

Esempio:	Sono molto contento	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sono molto triste	PUNTEGGIO
	Non ho mai tosse	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Tossisco sempre	<input type="text"/>
	Il mio petto è completamente libero da catarro (muco)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco)	<input type="text"/>
	Non avverto alcuna sensazione di costrizione al petto	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Avverto una forte sensazione di costrizione al petto	<input type="text"/>
	Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di fiato	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale avverto una forte mancanza di fiato	<input type="text"/>
	Non avverto limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Avverto gravi limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	<input type="text"/>
	Mi sento tranquillo ad uscire di casa nonostante la mia malattia polmonare	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Non mi sento affatto tranquillo ad uscire di casa a causa della mia malattia polmonare	<input type="text"/>
	Dormo profondamente	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Non riesco a dormire profondamente a causa della mia malattia polmonare	<input type="text"/>
	Ho molta energia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Non ho alcuna energia	<input type="text"/>

PUNTEGGIO
TOTALE

Bibliografia: Jones et al. ERJ 2009; 34 (3); 648-54.

1. Educazione del paziente

Procedure	Professionisti: ruoli	Sede della prestazione	Note
<p>Incontro individuale: prevenzione primaria e controllo fattori di rischio: abolizione del fumo (pazienti in tutti gli stadi di gravità), verifica della regolare esecuzione degli esercizi respiratori</p> <p>Controllo effettuazione della vaccinazione antiinfluenzale ed anti pneumococcica e per la seconda proposta immediata di vaccinazione</p>	MMG Infermiere	Ambulatorio MMG	<p>E' facoltà del MMG inviare al centro quei pazienti che sono fortemente a rischio.</p> <p>E' facoltà del MMG inviare al centro antifumo i pz. fumatori motivati.</p>
<p>Incontri di gruppo per prevenzione primaria e controllo fattori di rischio</p>	MMG Infermiere	Ambulatorio MMG	<p>E' facoltà del MMG inviare al centro quei pazienti che sono fortemente a rischio.</p> <p>Viene coinvolto anche il paziente esperto secondo il modello IDEA di cui alla DGR 545/17</p>

2. Follow up dei pazienti stabili GOLD 3

Procedure	Professionisti: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica
Pulsossimetria e/o spirometria semplice	Infermiere + MMG	Ambulatorio del MMG	6 mesi
Educazione sanitaria individuale (con monitoraggio della ev. riabilitazione respiratoria) Valutazione compliance ai farmaci ed educazione e verifica uso corretto degli inalatori, supporto al self- management, valutazione dei comportamenti (stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione)	Infermiere + MMG	Ambulatorio del MMG	6 mesi
Eventuale emogasanalisi	Richiesta del MMG	Presidi ospedalieri	Al bisogno
Esame clinico, prove di funzionalità respiratorie complete	Pneumologo	Servizio di fisiopatologia respiratoria	12 mesi
Vaccinazione antiinfluenzale annuale	Infermiere + MMG	Ambulatorio del MMG	12 mesi
Vaccinazione anti pneumococcica	Infermiere + MMG	Ambulatorio del MMG	
Riabilitazione respiratoria (Il monitoraggio viene effettuato in occasione	Istruzione da parte dell'infermiere o del	Ambulatorio del MMG	Secondo cicli di follow-up

del counselling)	fisioterapista		personalizzati
------------------	----------------	--	----------------

3. Follow up dei pazienti stabili GOLD 4

Procedure	Professionisti: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica
Valutazione comorbidità e rischio globale con pulsiossimetria e/o spirometria semplice	MMG e Infermiere	Ambulatorio del MMG	4 mesi o più spesso a seconda della gravità
Emogasanalisi per valutazione attivazione OTLT e/o per sospetto peggioramento degli scambi respiratori	Richiesta del MMG	Fisiopatologia respiratoria e/o presidi ospedalieri	Al bisogno
Emogasanalisi Monitoraggio OTLT	Pneumologo	Fisiopatologia respiratoria	
Eventuale prescrizione di O2 Gassoso (con periodo non superiore a una settimana)	MMG	Ambulatorio del MMG	Al bisogno
Prove di funzionalità respiratoria complete Emogasanalisi, (eventuali test del cammino e saturimetria notturna)	Pneumologo e Fisioterapista	Servizio di Fisiopatologia Respiratoria	6 mesi
Riabilitazione respiratoria (Il monitoraggio viene effettuato in occasione del counselling) + counselling + supporto al self-management	Fisioterapista o, ove non disponibile, infermiere	Servizio di Fisiop. Respiratoria o ambulatorio MMG	Secondo cicli e follow-up personalizzati
Vaccinazione antiinfluenzale annuale	Infermiere + MMG	Ambulatorio del MMG	12 mesi
Vaccinazione antipneumococcica	Infermiere + MMG	Ambulatorio del	

		MMG	
--	--	-----	--

4. CRITERI DI ACCESSO A LIVELLO SPECIALISTICO

Il MMG invierà al livello specialistico pazienti solo nel caso ci sia incertezza diagnostica o ove sia necessaria una valutazione di gravità nei soggetti con FEV1 < 50% del teorico.

Sulla base dello stadio di gravità (secondo i tempi indicati nel follow-up previsto nel percorso assistenziale del paziente) o in ogni situazione di aggravamento clinico in cui il MMG valuterà necessaria visita specialistica.

A livello specialistico sarà effettuato Screening Funzionale Respiratorio Completo: Spirometria completa con test di reversibilità, Emogasanalisi, Diffusione alveolo capillare (DLCO), Walking test 6 min con saturimetria a seconda del giudizio dello specialista.

Allegato 5 - Percorso assistenziale del paziente portatore di pregresso ictus/TIA

Sono eligibili tutti i pazienti già arruolati per pregresso ictus/TIA, esclusi coloro che non vengono riallocati in A/B1.

I pazienti presenti in queste liste devono essere presi in carico per il controllo sugli stili vita, ivi comprese le abitudini alimentari, il consumo di alcool e il fumo. Da un punto di vista medico devono essere fundamentalmente seguiti per verificarne l'aderenza alla terapia anticoagulante/antiaggregante, per controllare una eventuale carotidopatia occludente e per stimolare la loro attività motoria.

Quest'ultimo punto può essere affrontato sia con il ricorso a specifici percorsi sia attraverso la partecipazione a programmi di attività fisica adattata (AFA)

Per valutare il loro grado di autonomia motoria e per lo svolgimento delle quotidiane funzioni della vita di relazione si può proporre di utilizzare la scala di valutazione del paziente dopo ictus (scala di Rankin) che è stata usata nella precedente esperienza:

1	Non disabilità significativa nonostante presenza di sintomi; in grado di eseguire le normali attività quotidiane
2	Disabilità lieve; non in grado di eseguire le abituali attività quotidiane, ma capace di badare a se stesso senza bisogno di aiuto
3	Disabilità moderata; richiede aiuto, ma è in grado di deambulare senza assistenza
4	Disabilità moderatamente grave; incapace di deambulare e di provvedere alle esigenze personali senza assistenza
5	Disabilità grave; allettato, incontinente, richiede assistenza infermieristica continuativa

Gestione programmata pazienti con pregresso ictus/TIA

Tipologia paziente	Azioni	Attori	Note
<p>Paziente ad alto rischio cerebrovascolare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fibrillazione atriale cronica o parossistica • Pregresso TIA • Protesi valvolari meccaniche • Malattie rare con alto rischio di ictus 	<p>Il MMG prescrive:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In caso di diagnosi di diabete mellito e/o ipertensione arteriosa • le indagini per l'inquadramento diagnostico le successive indagini di follow-up • In caso di FA prescrive la TAO con i periodici controlli INR o i NAO secondo piano terapeutico • In caso di stenosi carotidea >50% e <70% ogni anno controllo con ECO TSA 	<p align="center">MMG INFERMIERE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trattamento paziente con ipertensione arteriosa • Gestione della TAO/NAO • Intervento proattivo sul paziente fumatore • Self empowerment per lo stile di vita adeguato (consumo di alcool, AFA, attività fisica adeguata, ecc.)
Tipologia paziente	Azioni	Attori	Note

<p>Paziente con ictus con disabilità lieve: Scala di Rankin 0-2</p>	<p>Pianificazione, follow up e trattamento per riacquisire la migliore qualità della vita possibile e per ridurre l'eventualità di recidive</p>	<p>MMG INFERMIERE SPECIALISTA FISIOTERAPISTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica da parte dell'infermiere del team della compliance alla terapia per ipertensione arteriosa e TAO/NAO • Verifica da parte dell'infermiere del team della compliance alla terapia antiaggregante mediante controllo delle prescrizioni risultanti nella scheda clinica del MMG • Pianificazione della tipologia di recupero/mantenimento funzionale tramite percorso riabilitativo o indicazione all'Attività Fisica Adattata • Self management orientato alle funzioni con istruzioni al paziente, al caregiver e alla famiglia • In caso di stenosi carotidea congrua >50% <70% e ancora in terapia medica, controllo ECO TSA ogni 6 mesi • In caso di stenosi carotidea congrua <50% controllo ECO TSA ogni anno
--	---	--	--

Tipologia paziente	Azioni	Attori	Note
<p>Paziente con ictus con disabilità moderata o grave: Scala di Rankin 3-5</p>	<p>2. In caso di peggioramento clinico, valutazione grado autosufficienza</p> <p>3. Pianificazione, condivisione follow up e trattamento per recupero funzionale e per ridurre l'eventualità di recidive</p>	<p>MMG</p> <p>INFERMIERE</p> <p>SPECIALISTA</p> <p>FISIOTERAPISTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica da parte dell'infermiere del team della compliance alla terapia per ipertensione arteriosa e TAO/NAO • Verifica da parte dell'infermiere del team della compliance alla terapia antiaggregante mediante controllo delle prescrizioni risultanti nella scheda clinica del MMG • Pianificazione della tipologia di recupero/mantenimento funzionale tramite percorso riabilitativo o indicazione all'Attività Fisica Adattata • Self management orientato alle funzioni con istruzioni al paziente, al caregiver e alla famiglia • In caso di stenosi carotidea congrua >50% <70% e ancora in terapia medica, controllo ECO TSA ogni 6 mesi

Allegato 6 - Cronogramma

Fase	Mese 1																			
Percorso A	Revisione liste AR																			
Percorso B1	Revisione liste attuali arruolati A																			

Allegato 7 - Lista delle informazioni da trasmettere

Target A

Primo invio (per tutti i pazienti arruolati, entro 2 mesi dall'invio delle liste da parte di ARS):

- CF paziente
- Data firma consenso informato

Secondo invio (solo per i pazienti per cui è stato definito il PAI, entro 4 mesi dall'invio delle liste da parte di ARS):

- CF paziente
- Data definizione PAI (completo di firma del paziente)

Target B1 e B1s

Primo invio (per tutti i pazienti arruolati, entro 1 mese dalla data di avvio):

- CF paziente
- Target B1/B1s
- Diagnosi di diabete mellito sì/no
- Diagnosi di ipertensione arteriosa sì/no
- Pregresso evento cardiocerebrovascolare (solo per nuovi aderenti): 1. malattia cerebrovascolare; 2. malattia cardiovascolare; 3. arteriopatia obliterante arti inferiori
- Utilizzo di terapia antipertensiva sì/no
- Colesterolemia totale (mg/dl)
- Colesterolemia HDL (mg/dl)
- Pressione sistolica in mmHg
- Abitudine al fumo sì/no
- Valore RCV %

Secondo invio (per tutti i pazienti arruolati, a fine percorso):

- CF paziente
- Diagnosi di diabete mellito sì/no

- Diagnosi di ipertensione arteriosa sì/no
- Utilizzo di terapia antipertensiva sì/no
- Pregresso evento cardiocerebrovascolare (solo per nuovi aderenti): 1. malattia cerebrovascolare; 2. malattia cardiovascolare; 3. arteriopatia obliterante arti inferiori
- Colesterolemia totale (mg/dl)
- Colesterolemia HDL (mg/dl)
- Pressione sistolica in mmHg
- Abitudine al fumo sì/no
- Valore RCV % a 12 mesi
- Rivalutazione dei pazienti arruolati in prevenzione secondaria

Target B2

Primo invio (per tutti i pazienti arruolati, entro 1 mese dalla data di avvio):

Per ciascuna lista di patologia del modello precedente vengono trasmessi per ciascun vecchio arruolato:

- CF
- Destino del paziente (indicare quale fra le seguenti opzioni):
 - eligibile ad A/B1
 - arruolato per:
 1. diabete mellito;
 2. scompenso cardiaco (indicare se NYHA II/III o NYHA IV)
 3. BPCO (indicare se GOLD C o GOLD D);
 4. Ictus/TIA (indicare se Rankin 0-2 o Rankin 3-5)
 - non arruolato perché non più assistito/deceduto
 - non arruolato perché:
 1. clinicamente non eligibile
 2. mancato consenso

Allegato 8 – Criteri di Beers

<http://www.regione.toscana.it/-/linee-di-indirizzo-sulla-terapia-farmacologica-nell-anziano-i-criteri-di-beers->

Piano nazionale cronicità:

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56361&parte=1%20&serie=null>

Allegato 9 – Bibliografia

Appendice: classificazione della malattia cronica renale (CKD) in base al GFR (velocità di filtrazione glomerulare) e alla ACR (rapporto albumina/creatininemia)

GFR and ACR categories and risk of adverse outcomes			ACR categories (mg/mmol), description and range		
			<3 Normal to mildly increased	3–30 Moderately increased	>30 Severely increased
			A1	A2	A3
GFR categories (ml/min/1.73m ²), description and range	≥90 Normal and high	G1	No CKD in the absence of markers of kidney damage		
	60–89 Mild reduction related to normal range for a young adult	G2			
	45–59 Mild–moderate reduction	G3a ¹			
	30–44 Moderate–severe reduction	G3b			
	15–29 Severe reduction	G4			
	<15 Kidney failure	G5			

