
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	SISTEMA GESTIONE QUALITÀ AZIENDALE E RETE AZIENDALE PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO	 REGIONE LAZIO
	INDICAZIONI PER LA DEFINIZIONE DELLE RETI CLINICHE E DEI PERCORSI PREVENTIVO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI - PPDTA	

ALLEGATO A

INDICAZIONI PER LA DEFINIZIONE DELLE RETI CLINICHE E DEI PERCORSI PREVENTIVO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI - PPDTA

La Determinazione Regionale del 18 dicembre 2020, n. G15691 *Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità* individua i PDTA quale strumento di governo del percorso di cura indirizzato a migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa nella gestione dei pazienti affetti da specifiche malattie che si costruisce attraverso l'individuazione e la valorizzazione di tutte le componenti della filiera assistenziale, indipendentemente dal loro posizionamento nel percorso e in maniera trasversale. Inoltre le ultime linee di indirizzo prevedono anche di inserire la fase di prevenzione, declinando le opportune attività, caratterizzando il PDTA come P-PDTA.

Il PDTA consente quindi una gestione programmata della patologia cronica e permette di definirne degli standard assistenziali, fermo restando che poi le indicazioni contenute nello stesso vanno personalizzate sul paziente attraverso la realizzazione del Progetto Individuale di Salute.

Le parole chiave rimangono **proattività, aderenza alle linee guida e appropriatezza prescrittiva**.

Perché i PDTA

- Attivare percorsi specifici di prevenzione primaria per la cronicità oggetto di PDTA
- Definire la rete clinica di riferimento del percorso e la filiera di produzione delle attività
- Includere tutti i luoghi di cura deputati alla gestione dell'acuzie, della cronicità, della medicina di prossimità e di iniziativa, della prevenzione e di gestione dei flussi di transitional care
- Attuare una presa in carico proattiva al fine di garantire la tempestività della diagnosi e rallentare il decorso della malattia cronica prevenendo le complicanze
- Orientare e indirizzare i professionisti sull'offerta messa in campo dalla ASL
- Facilitare il percorso di presa in carico riducendo la frammentazione degli interventi nonché gli accessi dell'utenza alle strutture sanitarie
- Condividere con la medicina generale il Progetto Individuale di Salute (PRIS) della persona assistita
- Consolidare la partecipazione dell'assistito nel suo Progetto Individuale di Salute (PRIS)
- Migliorare la qualità della vita del malato cronico e della sua famiglia

Si ritiene per tanto opportuno riconoscere, registrare e deliberare come P-PDTA **quei percorsi clinici che coinvolgono tutta la filiera di intervento a partire dal Medico del ruolo unico a ciclo di scelta fino agli attori che gestiscono la fase di fine vita**.

Si rimandano ad altra classificazione gli altri percorsi clinico assistenziale che non rispondono a questi requisiti (Tabella 8 del documento Sistema gestione qualità aziendale e rete aziendale per il miglioramento continuo).

Il nuovo modello organizzativo previsto per la sanità territoriale non può prescindere, nella sua fase attuativa, della partecipazione della medicina generale ai processi di cura, partecipazione che va dalla condivisione di alcuni momenti decisionali atti alla pianificazione delle attività (costruzione di percorsi clinico assistenziali e valutazione multidimensionale), al monitoraggio condiviso del raggiungimento degli obiettivi di salute (PRIS). In questa prospettiva appare prioritario che **vengano rielaborati i PDTA già sviluppati considerando la presenza dei nuovi servizi introdotti e definiti nella normativa più recente**.

In particolare è necessario rivedere le regole d'ingaggio e le modalità di reclutamento ai percorsi, alla luce del contributo che può essere fornito dalle Centrali Operative Territoriali, la gestione a domicilio o in ammissione concordata delle fasi di scorporo – riacutizzazione con il contributo delle Unità di Continuità Assistenziale, la possibilità di usufruire di prestazioni di telemedicina (televisita, teleassistenza e telecontrollo, teleconsulto per second opinion) e del supporto dell'infermiere di famiglia e di comunità e la gestione della cronicità nelle Case della Comunità e negli Ospedali di Comunità.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Lo scopo è quello di individuare modelli di riferimento innovativi e partecipati, sia su assetti organizzativi che sui percorsi di cura facendo sì che i PDTA aderiscano alle reti cliniche integrate ospedale – territorio come indicate nell’Atto di Autonomia Aziendale.

I PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI: LE RETI

Le reti vanno pensate come l’infrastruttura su cui si muovono i PPDTA, le strade percorse dall’assistito sulla base delle necessità di salute espresse. Si definisce anche per le reti clinico assistenziali un modello hub e spoke che mette in rete gli ospedali sia tra di loro sia con gli ambiti territoriali, dove l’hub, ospedaliero, rappresenta il livello di complessità diagnostico terapeutico assistenziale più elevato.

Il modello aziendale prevede una rete integrata della specialistica sviluppata secondo un sistema hub e spoke che integra la rete ospedaliera con le strutture territoriali. Il sistema è declinato per livelli di complessità diagnostica e terapeutica, intensità di cura e complessità assistenziale, dove il primo livello è rappresentato, in linea generale, dall’ambulatorio territoriale dotato di possibilità diagnostiche di base, e il secondo livello, dall’ambulatorio ospedaliero, dotato di maggiori potenzialità diagnostiche nonché della possibilità di attivare percorsi in day service e day hospital, si può ipotizzare anche un livello di complessità intermedia.

Specialistica	Primo livello (CdC spoke e CP)	Secondo livello (CdC HUB)	Terzo livello (CdC HUB selezionate e/Ospedali)
Rete cardiologica	Visita e ECG holter	Ecocardiografia	Prova da sforzo, possibilità PAC diagnostici e somministrazione farmaci
Rete reumatologica	Visita	Visita e ecografia	Capillaroscopia Possibilità PAC diagnostici e somministrazione farmaci
Rete pneumologica	Eventuali test (spirometria semplice, holter SpO2) in telereferto	Visita e spirometria semplice POCT EGA	Spirometria globale, Polisonnografo, FeNO Possibilità PAC diagnostici e somministrazione farmaci

Questi livelli sono collegati e prevedono la possibilità di una presa in carico condivisa del paziente cronico (scambio bidirezionale) che viene inviato nel setting più appropriato secondo la fase e la stadiazione/il grading della malattia in un’ottica di prossimità e sicurezza delle cure. Partecipano attivamente ai percorsi clinico assistenziali anche i professionisti della medicina convenzionata quale parte attiva della rete come primo livello di attività. A tale scopo ogni dipartimento è stato dotato di articolazioni o funzioni deputate alla gestione dei percorsi di “integrazione ospedale territorio e a cui è affidato il governo della rete specialistica corrispondente, sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale, e dei relativi PDTA. L’interfaccia operative di queste strutture sul territorio è costituita dal Dipartimento della funzione territoriale.

Questa organizzazione facilita i percorsi di presa in carico sia nella fase di dimissione sia nella fase di ammissione di pazienti già noti e presi in carico nei percorsi per la cronicità.



La distribuzione delle attività sarà frutto di una stratificazione dei bisogni della popolazione (dati epidemiologici) e tenendo in considerazione anche i disagi presenti sul territorio e i dati demografici.

Le agende saranno articolate con prime visite a CUP, agende dedicate per la presa in carico e i follow up nei PPDTA, slot per attività di telemedicina, telereferto e teleconsulto. Nelle CdC saranno disponibili slot per le consulenze richieste dal medico presente h12.

I PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI: LE FASI

- Intercettazione dei casi con fattori di rischio (legati a stili di vita e famigliari/ ambientali/ lavorativi) attivazione di percorsi di educazione sanitaria e prevenzione e monitoraggio
- Selezione e arruolamento dei soggetti a rischio per primo inquadramento diagnostico o stadiazione in caso di diagnosi nota (modello di accesso alla rete)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	SISTEMA GESTIONE QUALITÀ AZIENDALE E RETE AZIENDALE PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO	 REGIONE LAZIO
	INDICAZIONI PER LA DEFINIZIONE DELLE RETI CLINICHE E DEI PERCORSI PREVENTIVO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI - PPDTA	
Edizione: 1 del 03/03/26		Pag. 3 a 10



- c) Trattamento del paziente con diagnosi accertata
- d) Gestione e follow up del paziente stabile/trattato (definizione dei fabbisogni in termini di prestazioni diagnostiche e visite di controllo)
- e) Gestione delle riacutizzazioni/scompenso
- f) Gestione a domicilio/in contesti di prossimità/in telemedicina
- g) Fasi di ospedalizzazione e di dimissione orientata (possibile percorso di ammissione concordata)
- h) Gestione delle comorbidità
- i) Percorsi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria
- j) Gestione in setting di cure domiciliari, semiresidenziali o residenziali
- k) Educazione all'autocura
- l) Piano di riabilitazione
- m) Trattamenti di cure simultanee e palliative

Fattori favorenti
Ospedale → Favorire l'esecuzione di consulenze specialistiche prima della dimissione se non in presenza almeno in teleconsulto e condividendo immagini e referti → Individuare slot dedicati alla presa in carico nel post dimissione, si può pensare ad una disponibilità gestita dal servizio stesso o dalle COT che risponda alle esigenze dei reparti di degenza e del PS → Favorire la dimissione da PS con una presa in carico dell'UCA in caso di fasi di scompenso/riacutizzazione fornendo supporto in teleconsulto e attraverso la tele refertazione e l'impostazione condivisa della terapia → Limitare l'accesso al PS, se il paziente nella fase di scompenso contatta il servizio lo stesso può attivare l'UCA per una valutazione a domicilio al fine di verificare la possibile gestione a domicilio o la necessità di ricovero → Definire percorsi di dimissione/ammissione concordata e appositi fast track
Territorio → Potenziare le attività delle COT (COC), attivare un sistema satellite in cui le Case di Comunità possono collaborare ai processi di follow up, educazione all'autocura, alla teleassistenza e al telemonitoraggio → Potenziare le attività in telemedicina (televisita per rinnovo piani terapeutici o per verifica compliance, teleassistenza per supporto all'autocura e per il monitoraggio di segni e sintomi ...) → Definire percorsi in raccordo con sistema COT e CdC (percorsi per facilitazioni di prassi amministrative, orientamento agli stakeholders, supporto ai processi di telemedicina, interventi proattivi di prevenzione) → Coinvolgimento attivo MMG → Coinvolgimento attivo assistito e coinvolgimento attivo stakeholders → Interventi UCA per limitare i ricoveri → Ricoveri in Ospedale di Comunità nelle fasi di acuzie che non necessitano di interventi di alta complessità o per favorire il rientro a domicilio dopo un ricovero per acuti.
Punti di eccellenza
→ Linea di azione promozione della salute: attività opportunistiche e di comunità → Linea d'azione PDTA partecipati: il progetto individuale di salute → Linea d'azione liste d'attesa: la second opinion come strumento di indirizzo diagnostico appropriato → Linea d'azione il domicilio come primo luogo di cura: ADP, UCA e ADI come integrare i livelli di competenza

PROGETTO INDIVIDUALE DI SALUTE (PRIS)

Insieme strutturato di valutazioni combinate delle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali, determinanti il livello di complessità del singolo caso e le conseguenti azioni volte al soddisfacimento degli obiettivi di salute. Attraverso il PRIS i professionisti si impegnano formalmente a garantire a ciascuna persona l'erogazione degli interventi necessari ed appropriati, con modi e tempi predefiniti e l'utente si impegna al rispetto del contratto terapeutico e del follow up a cui aderisce. Si articola nella rete dei servizi senza interruzione di continuità, modificando esclusivamente la componente professionale che ha il ruolo prevalente nella gestione delle diverse fasi del percorso di cura.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione: 1 del 03/03/26	SISTEMA GESTIONE QUALITÀ AZIENDALE E RETE AZIENDALE PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO	 REGIONE LAZIO Pag. 4 a 10
	INDICAZIONI PER LA DEFINIZIONE DELLE RETI CLINICHE E DEI PERCORSI PREVENTIVO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI - PPDTA	

IL GRUPPO DI REDAZIONE

Definito sulla base degli attori coinvolti, incluso il referente della qualità aziendale, i rappresentanti dei medici del ruolo unico a ciclo di scelta e gli attori della coproduzione (vedi tabelle a seguire).

È prevista:

- una fase di analisi dei processi to-be e una rilevazione delle criticità anche mediante focus group e analisi dei dati epidemiologici e di produzione
- una fase di analisi dei bisogni incluso la quantificazione di fabbisogni in termini di slot ambulatoriali e diagnostici
- una fase di prima stesura gruppo ristretto (gruppo tecnico)
- una fase di condivisione e revisione con il gruppo inclusivo di tutti gli attori coinvolti anche nell'ambito delle attività di coproduzione
- una fase di verifica e valutazione a cura dei direttori di AO, Dipartimento e Direzione Strategica
- una fase di deliberazione, diffusione e formazione inclusiva a tutti gli attori coinvolti.

Il gruppo verrà definito in ambito di direzione strategica anche su proposta del/i Direttore/i di Dipartimento/i coinvolto/i.

I P-PDTA sono classificati come documenti di livello due per le fasi di verifica e valutazione, non necessitano di intervento del risk manager nel del RSPP se non per eventuali procedure operative integrate nel modello stesso.

Va esplicitato invece nel documento il piano di formazione e diffusione.

GLOSSARIO DELLA PARTECIPAZIONE E CO-PRODUZIONE PER UN LINGUAGGIO CONDIVISO

Table 10. 11. Definizione della partecipazione e della co-produzione tratta da Documento di Indirizzo AgeNaS-2023

<p>Partecipazione questo termine raccoglie numerose e differenti pratiche, definite in modo diverso a seconda del modello concettuale di riferimento, si è scelto di utilizzare un modello di riferimento che si ispira alla "ruota della partecipazione" e che considera la partecipazione come una serie di processi di informazione, consultazione, partecipazione attiva ed empowerment, che si possono avviciare come se costituissero una "ruota".</p>	
Informazione	È il processo in cui l'organizzazione/professionista sanitario fornisce informazioni obiettive ed equilibrate destinate a persone/comunità per aiutarle a comprendere problemi, alternative ed opportunità. L'accesso alle informazioni può avvenire su richiesta dei cittadini, o per iniziativa dell'organizzazione/ professionista sanitario. Nel caso di una politica o di un progetto che l'organizzazione intende realizzare, le valutazioni e le decisioni sono già state effettuate e alle persone e alle comunità viene data l'opportunità di esserne informate.
Consultazione	È il processo in cui l'organizzazione/ professionista sanitario sottopone un tema alla persona/comunità e ne ascolta opinioni e proposte . La persona/comunità ha l'opportunità di influenzare le decisioni, tramite le informazioni e le opinioni che fornisce. L'organizzazione/ professionista rende conto di come gli input forniti abbiano inciso sulla decisione.
Partecipazione attiva	È il processo, basato sul partenariato tra l'organizzazione/ professionista sanitario e la persona/comunità, in cui l'analisi dei problemi e l'elaborazione di soluzioni sono definiti congiuntamente dai vari attori che collaborano nel processo, ma la responsabilità della decisione finale è dell'organizzazione. Nell'ambito rientrano le diverse tipologie di co-produzione .
Empowerment	È il processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite , al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita. Le persone/comunità sono in grado di definire e gestire autonomamente progetti/ azioni, spesso in collaborazione con l'organizzazione/ professionista sanitario, e hanno la responsabilità della decisione finale.
<p>Per co-produzione si intende l'assistenza che è erogata nell'ambito di una relazione paritaria e reciproca tra professionisti, assistiti, famiglie e comunità alle quali appartengono. Si caratterizza per la partnership tra le persone, per l'alleanza con la comunità locale nella quale possono essere individuate, valorizzate e messe in rete risorse preziose capaci di fornire risposte ai bisogni di salute ben più ampie di quelle che potrebbero fornire le sole istituzioni pubbliche.</p>	

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Co-programmazione	Adozione di processi, metodi e strumenti di governo locale capaci di coinvolgere i cittadini e le loro associazioni/organizzazioni nelle scelte in merito ai problemi, bisogni e alle priorità al fine di orientare la pianificazione dei servizi sulla base delle esigenze espresse
Co-progettazione	Adozione di iniziative volte al coinvolgimento dei cittadini e della comunità nella progettazione dei servizi per garantire che siano opportunamente modellati per rispondere ai bisogni delle persone inclusa la progettazione dei percorsi di cura.
Co- erogazione	Iniziative volte alla partecipazione nella gestione dei servizi attraverso l'inserimento di pazienti, familiari, volontari nella co-gestione di alcuni aspetti dell'organizzazione dei servizi e nell'attuazione dei percorsi assistenziali, al fine di garantire un'assistenza centrata sul paziente, anche valorizzando le reti sociali esistenti nella comunità, anche con spazi strutturali all'interno della Casa della Comunità.
Co-valutazione	Tavoli partecipati volti alla valutazione costante della capacità dei servizi offerti di rispondere ai bisogni di salute della comunità al fine di monitorare gli indicatori e standard di qualità della Carta dei Servizi e partecipare agli audit di equità in salute (Health Equity Audit – HEA).

GLI AMBITI DI APPLICAZIONE

La filiera di produzione deve essere declinata su tutte le strutture aziendali includendo la rete clinica e tutte le strutture satellite e i servizi in collaborazione al percorso:

- Rete clinica hub e spoke declinata su ambulatori ospedalieri e territoriali (CdC)
- Ruolo medicina generali
- Ruolo servizi diagnostici
- Ruolo DEA e reparti di degenza nella rete hub e spoke dei PO
- Ruolo ospedale di comunità
- Ruolo UCA
- Ruolo centrali operative
- Ruolo ADI
- Ruolo strutture accreditate
- Ruolo RLCP
- Ruolo dipartimento di prevenzione

In questo quadro vanno considerate le nuove possibilità:

- l'introduzione delle cure personalizzate grazie alla medicina di precisione, al fine di ridurre sia le complicanze dovute alla politerapia che ridurre il rischio di mancata aderenza e compliance;
- i processi di gestione in telemedicina al fine di limitare gli accessi alle strutture sanitarie.

Gli indicatori di processo e di esito tengono conto degli standard definiti da disposizioni ministeriali, dai LEA, del Nuovo Sistema Garanzia, del Piano Nazionale Esiti, del Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari e degli indicatori della performance previsti dalla Direzione regionale salute e integrazione socio-sanitaria, oltre che dalle linee guida internazionali.

Il Referente del percorso almeno semestralmente procede con l'indizione di audit e feedback misurando l'attività sugli standard definiti e concordati nell'ambito del ciclo della performance. È responsabile inoltre della revisione puntuale della documentazione sulla base dell'emanazione di nuove normative o nuove linee guida, seguendo le indicazioni fornite dal sistema di gestione della qualità.

A seguire la tabella con

- le indicazioni generali per le regole di ingaggio, la matrice di responsabilità e gli snodi decisionali
- alcuni dettagli sulla fase di prevenzione e di ingaggio da parte dei MMG
- il Modello del Progetto Individuale di Salute
- il format per i PPDTA comprensivo di indice (allegato B)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Tabella 12. INDICAZIONI PER LE REGOLE DI INGAGGIO E LA MATRICE DI RESPONSABILITÀ

SNODI OPERATIVI	MMG	SPECIALISTA	IFEC	ALTRI
Intercettazione dei casi con fattori di rischio	Ruolo prevalente	Visite di screening su richiesta del MMG Collabora all'indagine sulla familiarità della malattia e fornisce indicazioni nel contesto familiare	Intercetta soggetti con fattori di rischio nell'ambito delle proprie attività, se possibile attua azioni di minimal advice e fornisce indicazioni sulle possibili azioni	Centro antifumo Azioni mirate PAP Equipe di prevenzione distrettuale
Monitoraggio	Ruolo prevalente	Collabora	Collabora	
Sospetto diagnostico	Invia	Ruolo prevalente	Collabora	
Diagnosi accertata in fase di definizione iter terapeutico	Collabora	Ruolo prevalente	Collabora	Genetista Farmacista Servizi diagnostici
Follow up in paziente stabilizzato	Ruolo prevalente	Collabora	Collabora	Servizi diagnostici
Gestione riacutizzazione scompenso	Invia	Ruolo prevalente	Collabora	
Ricovero	Invia e collabora	Invia e collabora	Collabora con i colleghi ospedalieri	Medico ospedaliero ruolo prevalente a cui si affiancano servizi diagnostici e consulenti
Dimissione	Ruolo prevalente	Collabora	Collabora e predispone azioni di supporto per il rientro a domicilio	UVMO se dimissione difficile COT
Gestione domiciliare o in altro setting di cura	Invia segnalazione e collabora	Invia segnalazione e collabora	Invia segnalazione e collabora anche con prima valutazione a domicilio	UCA UVMD/UVMO e COT Ruolo prevalente equipe nuovo setting di cura
Cure simultanee e palliative	Invia e collabora	Invia e collabora	Collabora	RLCP ruolo prevalente
Educazione sanitaria	Ruolo prevalente	Ruolo prevalente	Ruolo prevalente	Psicologi, altre professioni sanitarie
Telemedicina	Ruolo prevalente	Ruolo prevalente	Ruolo prevalente	Consulenti altre professioni sanitarie
Bisogni sociali	Collabora	Collabora	Collabora	Servizio sociale ASL e EELL integrati
Riabilitazione	Invia e collabora	Invia e collabora	Collabora	Riabilitazione ruolo prevalente
Comorbidità	Il gruppo multidisciplinare si integra con lo specialista di riferimento e assume il ruolo prevalente quello di riferimento per il problema clinico maggiormente rilevante nel momento			

Tabella 13. Intercettazione soggetti con fattori di rischi e arruolamento degli assistiti

MMG	<p>Il medico intercetterà tutti gli assistiti che accedono all'ambulatorio e hanno dei fattori di rischio quali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dislipidemia - Sovrappeso - Abitudine al fumo - Consumo di alcol - Ipertensione <p>e/o familiarità per una delle malattie croniche indicate. Le azioni da mettere in campo saranno le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consegna dell'agenda di prevenzione, in particolare dei test di valutazione del rischio che dovranno essere riconsegnati al MMG (inviati alla COT?) - Invio al centro antifumo - Richiesta esami di controllo in base al tipo di familiarità, all'età e al sesso (vedi tabelle) - Trattamento precoce dislipidemia e ipertensione anche con invio al centro di riferimento (anche per attivazione PAC) - Stesura del PRIS con controlli periodici <p>In alternativa potrà indirizzare le persone all'ambulatorio IFOC per primo screening grazie ad agenda di prevenzione e attività di minimal advice.</p>
IFOC	<p>Procede come sopra Presenta alla persona la mappa delle opportunità e gli consiglia le attività utili al suo caso (centro antifumo, gruppi cammino, altro)</p>
Azioni trasversali	<p>In ogni attività correlata alla prevenzione verrà dato rilievo alla possibilità di fare riferimento al MMG o all'IFOC per le azioni di cui sopra</p>

Selezione e arruolamento dei soggetti a rischio per primo inquadramento diagnostico o stadiazione in caso di diagnosi nota

MMG	<p>Individua un assistito con un sospetto diagnostico o intercetta un assistito con diagnosi nota ma non seguito dai servizi per la cronicità della ASL Procede con la richiesta di</p> <ul style="list-style-type: none"> - un data set minimo diagnostico (inserendo se esistente il codice tracciante) - una "prima visita specialistica xxx" con nota "per possibile inserimento in PDTA" o con codice tracciante se previsto inserendo il codice di priorità (solo D e P). <p>Specificare metodo di prenotazione se a CUP su agende dedicate, se al servizio o se tramite COT</p>
-----	--

Allegato A- MODELLO PROGETTO INDIVIDUALE DI SALUTE PRIS, PER POSSIBILE APPLICAZIONE PRATICA

Stadiazione o grading di malattia	Lieve	Moderato	Severo	Grave	Annotazioni

Comorbidità	Fattori di fragilità	Fattori di rischio
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare	<input type="checkbox"/> Supporto familiare/sociale <input type="checkbox"/> Livello di autonomia <input type="checkbox"/> Polifarmacoterapia <input type="checkbox"/> Utilizzo frequente dei servizi sanitari <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lavoro <input type="checkbox"/> Fumo <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Sedentarietà <input type="checkbox"/> Consumo di alcool <input type="checkbox"/>

Associando dei valori alle voci declinate alle tabelle precedenti si può applicare una formula che classifichi il livello di intervento

Livello PrIS	3	4	5	6	Annotazioni
	PrIS semplice	PrIS <input type="checkbox"/> Semplice <input type="checkbox"/> Complesso	PrIS Complesso	PrIS Complesso fine vita	

Esempio di declinazione del PrIS

Obiettivi di salute	Indicatori	Modi	Tempi
<input type="checkbox"/> Recuperare compenso/ capacità ...	Diminuire senso di affaticamento e affanno (riuscire a xx) Ridurre tosse, affanno e secrezioni bronchiali Riacquistare equilibrio intestinale (consistenza feci e frequenza evacuazioni) Ripristinare i valori glicemici entro un range di Controllo del dolore...	Terapia Controllo assunzione sale Controllo peso e diuresi	Rivalutazione a 6/12 mesi
<input type="checkbox"/> Mantenere compenso/ capacità ...	Parametri sopra ma in mantenimento anziché in recupero	Vedi sopra	Vedi sopra
<input type="checkbox"/> Modificare i comportamenti (stili di vita): Perdere peso? Smettere di fumare? Moderare assunzione di alcolici, attività fisica moderata...	Ridurre il peso di almeno xx kg Non fumare o diminuire xxx	Consigli dietetici o dieta personalizzata Invio centro antifumo Controllo assunzione liquidi Controllo assunzione sale Indicazioni su attività fisica o programma personalizzato di attività fisica	Entro 3, 6, 12 mesi
<input type="checkbox"/> Aderire al percorso di cura proposto...	Assumere la terapia ad orario e secondo prescrizione, Riferire effetti collaterali o variazioni dei sintomi/segni...	App di monitoraggio Teleassistenza	Verifica periodica
<input type="checkbox"/> Altro			

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Farmaco	Inizio	Fine	Quanto assumerne	Quando assumerlo	Come assumerlo	Come conservarlo	Avvertenze

Altre annotazioni

- Ossigenoterapia
- Farmaci da prendere solo se ho bisogno _____
- Farmaci sconsigliati _____
- Farmaci da non assumere (allergie) _____
- Promemoria:
- Scadenza piano terapeutico

Se polifarmacoterapia inserire nel percorso di medicina di precisione

Anche il calendario di follow up viene generato automaticamente dal sistema sulla base del grading di malattia, gli indicatori previsti nei LEA e nelle linee guida.

Follow up (a sei mesi o ad un anno)	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu
Visita in presenza in ambulatorio specialistico I° livello						x
Visita in presenza in ambulatorio specialistico II° livello						
<i>Controlli consigliati presso il MMG</i>	x		x		x	
Rinnovo piano terapeutico			X (televisita)			
Esami ematici					X (specificare)	
Indagini strumentali				X (specificare)		
Consulenze		X (specificare)				
Intervento infermieristico	x	x	x			

Appuntamento già calendarizzato se erogato dal servizio di cura. Il percorso di follow up è condiviso con il MMG che gestirà prescrizioni e prima visione degli esami e delle indagini diagnostiche propedeutiche ai controlli successivi. Potrà in questo modo allertare lo specialista se necessario anticipare la visita di controllo (anche chiedendo un teleconsulto). In ogni caso vanno fornite alla persona tutte le indicazioni utili affinché sappia come fare per accedere ai servizi erogatori delle prestazioni in calendario*.

Intervento MMG		
Controllo periodico (in presenza o in tele visita) per <input type="checkbox"/> Prescrizione farmaci <input type="checkbox"/> Presa visione esami <input type="checkbox"/> Controllo clinico	<input type="checkbox"/> Almeno settimanale <input type="checkbox"/> Almeno mensile <input type="checkbox"/> ...	NB per le persone che non hanno competenza nella gestione di device i controlli del medico e il confronto tra questo e il servizio saranno più frequenti

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Telemedicina	Periodicità	Modo	Inizio	Fine	Variazione	Inizio	Fine
Teleassistenza	Settimanale	Contatto telefonico Messaggio Altro	xx	xx			
Automonitoraggio	Quindicinale	App	xx	xx			
Telecontrollo	Giornaliero	Device	xx	xx			
Televisita	<input type="checkbox"/> Il paziente dà il consenso e, lui o il suo caregiver, hanno le competenze e gli strumenti necessari per partecipare alla televisita, oppure caregiver						

<input type="checkbox"/> Il paziente aderisce ai programmi di educazione terapeutica							
	Appuntamento	Inizio	Fine	Cadenza	Chi partecipa	Comprensione	Risultato
Sedute di gruppo					<input type="checkbox"/> Utente <input type="checkbox"/> Utente e caregiver <input type="checkbox"/> Caregiver	Livello sufficiente	Il paziente è in grado di
Sedute singole						Livello insufficiente	Il caregiver è in grado di
						xxx	
Consegna materiale informativo						Si	No

Adesione a

- Percorso fumo
- Percorso alcool
- Programma attività fisica/riabilitativa
- Ecc

Anche in questo caso vanno fornite tutte le indicazioni di accesso e se possibile gli appuntamenti*

**le Centrali Operative potranno supportare i servizi specialistici in queste attività di programmazione delle attività, a tale scopo abbiamo definito una mappa dei servizi e delle opportunità.*

SOTTOSCRIZIONE DEL PRIS SEMPLICE da parte di

- Paziente
- Medico di medicina generale
- Medico specialista
- IFeC
- Altra figura se coinvolta

Nel PRIS complesso si aggiunge la UVMD è il conseguente PAI/PRI

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti e piani aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale