

1. RAZIONALE

Le malattie respiratorie croniche (MRC) costituiscono un gruppo eterogeneo di patologie polmonari o extrapolmonari. In particolare le patologie polmonari sono caratterizzate da alterazioni permanenti delle vie aeree e del parenchima polmonare, che si manifestano attraverso sintomi respiratori persistenti, limitazione del flusso aereo, infiammazione cronica e rimodellamento tissutale; queste condizioni compromettono significativamente la qualità di vita dei pazienti e rappresentano una sfida considerevole per i sistemi sanitari a livello globale. La crescente rilevanza delle problematiche legate alla cronicità impatta profondamente non solo sui servizi sanitari, ma sull'intero tessuto sociale, richiedendo interventi riabilitativi specifici per recuperare o mantenere l'autonomia funzionale e promuovere la partecipazione sociale dei pazienti affetti.

Nella gestione della persona con patologia respiratoria *“in fase di cronicità gioca un ruolo importante la presa in carico ed il percorso riabilitativo. La riabilitazione va intesa come una presa in carico “comprehensive” da parte di un team multiprofessionale della persona con disabilità respiratoria finalizzata al massimo recupero possibile della disabilità e della restrizione di partecipazione in base alle condizioni cliniche ed alla situazione contestuale dell'individuo. Lo strumento di lavoro sintetico ed organico per la Riabilitazione è il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) formulato, secondo quanto specificatamente indicato dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 2011, da parte del Medico specialista in Riabilitazione in condivisione con gli altri professionisti coinvolti. Con il PRI si stabilisce il percorso riabilitativo. Per medico specialista in riabilitazione si intende un medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitativa ed equipollenti, (...) ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative così come individuate dal presente regolamento”.*

In linea con il Chronic Care Model e la classificazione ICF dell'OMS, l'approccio alla cronicità tiene conto dei molteplici fattori biologici, funzionali, ambientali e sociali, basandosi sulla valutazione del "funzionamento" del paziente e orientandosi verso indicatori di outcome centrati sulla persona nella sua realtà di vita¹.

In questo contesto, l'intervento riabilitativo si configura come un approccio terapeutico multidimensionale di cruciale rilevanza nella gestione dei pazienti affetti da MRC, mirando al miglioramento della capacità funzionale, alla riduzione della sintomatologia e all'ottimizzazione della qualità di vita; il cardine di tale intervento è costituito dall'esercizio terapeutico, che comprende diverse modalità quali l'allenamento di resistenza, l'allenamento a intervalli e l'allenamento di forza, opportunamente calibrati sulle caratteristiche fisiopatologiche e le necessità individuali del paziente.

Questi programmi riabilitativi sono finalizzati a contrastare le limitazioni funzionali caratteristiche delle pneumopatie croniche, quali la ridotta tolleranza allo sforzo, la disfunzione muscolare periferica e la dispnea, consentendo ai pazienti di conseguire un incremento dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana; l'allenamento specifico dei muscoli respiratori, in particolare quelli inspiratori, può apportare benefici addizionali in termini di forza ed endurance della muscolatura ventilatoria, contribuendo alla riduzione della dispnea da sforzo. Il protocollo riabilitativo può inoltre includere tecniche di rieducazione respiratoria e l'impiego di ausili per la deambulazione, strategie volte all'ottimizzazione della meccanica ventilatoria e alla facilitazione della mobilità, con conseguente riduzione del lavoro respiratorio e della dispnea associata; in casi selezionati, l'applicazione della ventilazione non invasiva durante l'esercizio può consentire un allenamento a maggiore intensità, massimizzando i benefici del programma riabilitativo.²

La multidisciplinarietà è tratto distintivo di una gestione di alta qualità per la cura delle patologie croniche, caratterizzate dall'alta complessità, dalla necessità di agire tempestivamente e di applicare i principi della Evidence Based Medicine tenendo conto dei valori, delle preferenze e delle esigenze del paziente.

2. OBIETTIVI

Il modello organizzativo si propone di **implementare un approccio olistico e integrato alla gestione riabilitativa dei pazienti con patologie respiratorie croniche** attraverso una serie di obiettivi strategici e operativi che mirano a ottimizzare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria territoriale:

- **Presa in carico multidimensionale:** sviluppare un sistema di presa in carico multidimensionale che garantisca la continuità assistenziale e l'appropriatezza delle cure, integrando competenze specialistiche diverse in un team coeso e coordinato; questo approccio si concretizza nella costituzione di un gruppo interdisciplinare di professionisti sanitari che collaborano sinergicamente per valutare, pianificare e attuare interventi riabilitativi personalizzati, tenendo conto non solo degli aspetti clinici, ma anche di quelli funzionali, psicologici e sociali che influenzano lo stato di salute e la qualità di vita del paziente.
- **Umanizzazione delle cure:** integrare nel percorso riabilitativo protocolli di supporto psicologico e formazione del personale sulle competenze relazionali, al fine di migliorare l'esperienza di cura e il benessere complessivo del paziente e dei familiari.
- **Comunicazione efficace:** sviluppare una strategia di comunicazione multidirezionale che faciliti lo scambio di informazioni tra professionisti sanitari, pazienti, caregiver e associazioni, promuovendo una partecipazione più consapevole al processo di cura.
- **Integrazione dei servizi:** ottimizzare l'utilizzo di risorse "a ponte" coordinando l'intervento di servizi complementari come psicologia clinica, nutrizione e laboratorio analisi, per offrire un supporto più completo al percorso riabilitativo del paziente.
- **Formazione specialistica:** implementare programmi di formazione e aggiornamento professionale in riabilitazione respiratoria, collaborando con università e centri di eccellenza per elevare le competenze del personale sanitario.
- **Continuità assistenziale:** rafforzare l'integrazione ospedale-territorio mediante la creazione di percorsi di cura fluidi e l'utilizzo di strumenti di telemedicina, al fine di garantire una transizione efficace tra i diversi setting assistenziali.
- **Prevenzione e gestione precoce:** sviluppare programmi di screening mirati e percorsi formativi per i medici di medicina generale, con l'obiettivo di migliorare la diagnosi tempestiva e la gestione iniziale delle patologie respiratorie croniche.
- **Ricerca e innovazione:** avviare gradualmente una componente di ricerca clinica e traslazionale nel campo della riabilitazione respiratoria, con l'intento di contribuire all'avanzamento delle conoscenze e delle pratiche nel settore.

L'uso di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (**PDTA**) e la **gestione del paziente mediante Team Aziendali Multidisciplinari** sono riconosciuti come strumenti efficaci per fronteggiare la complessità della gestione dei pazienti affetti da patologie croniche complesse e a gestione multipla.

L'approccio multidisciplinare assicura una maggiore tempestività di decisione, migliora i tempi e il coordinamento, contribuendo al controllo dei rischi di errore medico e di inappropriatezza, gestione precoce delle patologie da un punto di vista diagnostico e terapeutico.

La prevalenza epidemiologica, associata a diversi gradi di complessità diagnostica e severità clinica della patologia, unitamente alle recenti evoluzioni normative (PNRR, DM77), suggeriscono l'opportunità di una gestione integrata di tali patologie fra territorio e ospedale.

La presa in carico del paziente affetto da patologie e/o quadri sindromici sospetti di natura pneumologico – riabilitativa, richiede un intervento congiunto e integrato di professionisti esperti nel settore che si occupino tanto della patologia cronica, tanto della gestione delle eventuali fasi di acuzie, in assoluta sinergia e continuità diagnostica e terapeutica.

La condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici, ispirati a linee guida, può migliorare l'appropriatezza diagnostica e garantire tempi più consoni alla presa in carico dei casi complessi, offrire risposte celeri e appropriate ai bisogni di cura.

In questa condivisione di percorsi condivisi, peraltro ispirati a linee di indirizzo standardizzate, può migliorare l'appropriatezza diagnostica e la garanzia di tempi più consoni alla presa in carico dei casi complessi.

La ASL BT ha sviluppato negli anni un'*expertise* professionale nell'ambito Riabilitativo, e anche in ambito di "Gestione delle Cronicità", che richiede necessariamente un'evoluzione organizzativa di sistema.

La ASL BT propone un nuovo Modello Organizzativo in ambito di Cronicità e di Continuità Ospedale – Territorio sul fronte di patologie a carattere Pneumo-Riabilitativo.

Il nuovo modello organizzativo si basa sempre su quella che è la Clinical Governance ove Organizzazione, Qualità, Sicurezza e Accreditamento sono le parole chiave del futuro e sono gli strumenti per misurare e dunque per creare valore.

Nel nuovo e moderno concetto di Accreditamento rientra la Clinical Governance con la comunicazione, il risk management, la valorizzazione del fattore umano, formazione professionale, qualità e sicurezza delle cure, la continuità ospedale-territorio.

Elementi essenziali nella gestione diagnostico-terapeutica del paziente affetto da patologie croniche a elevata complessità sono la presa in carico multidisciplinare integrata, la continuità assistenziale ospedale-territorio e il trattamento riabilitativo integrato.

3. PATOLOGIE SPECIFICHE

A titolo esemplificativo e non esaustivo si descrivono di seguito le principali patologie a interesse pneumologico e riabilitativo per le quali viene attivato il presente Protocollo.

BPCO	La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) La BPCO è una patologia respiratoria cronica progressiva e un problema sanitario di rilevanza pubblica ed economica in tutto il mondo. I programmi di riabilitazione polmonare (RP) sono interventi sicuri, in grado di migliorare la capacità d'esercizio, i sintomi e la qualità di vita. La RP gode di un ottimo rapporto costo-efficacia, è indicata in tutti gli stadi di malattia ed è in grado di limitare l'evoluzione della fragilità, ridurre il numero di accessi ospedalieri e determinare un aumento della sopravvivenza. I programmi di RP devono quindi essere necessariamente inclusi nei pacchetti di cure integrate dei pazienti con BPCO
ASMA	La storia clinica dell'asma include la comparsa di sintomi respiratori variabili che possono influire sulle attività della vita quotidiana e sulla qualità della vita. I programmi di riabilitazione polmonare (RP) individualizzati, in particolare nelle componenti educativa e dei programmi di esercizio fisico, sono raccomandati in tutti i livelli di gravità, sono in grado di garantire un buon controllo dei sintomi respiratori e di ridurre al minimo i rischi correlati allo scarso controllo di malattia (esacerbazioni, rimodellamento delle vie aeree, effetti avversi dei farmaci).
FIBROSI POLMONARE IDIOPATICA E ALTRE INTERSTIZIOPATIE	Le pneumopatie interstiziali colpiscono il polmone nella sua componente interstiziale, modificando l'architettura alveolo-capillare e compromettendo la compliance polmonare e gli scambi respiratori. La riabilitazione polmonare (RP) è indicata anche nei pazienti con fibrosi polmonare idiopatica (IFP) e altre interstiziopatie indipendentemente dalla loro natura e grado di severità. È in grado di ridurre la dispnea, migliorare la tolleranza all'esercizio fisico e la qualità della vita. In ogni caso è necessario adattare i programmi di RP alle peculiarità cliniche e fisiopatologiche dei pazienti con pneumopatie interstiziali, anche utilizzando strategie di specifiche allenamento e supporti avanzati per la gestione degli scambi respiratori.

BRONCHIECTASIE E DISCINESIA CILIARE PRIMITIVA	Le bronchiectasie sono caratterizzate da una dilatazione abnorme e irreversibile dei bronchi che causano importanti alterazioni della clearance mucociliare e infezioni respiratorie ricorrenti. La riabilitazione polmonare (RP), in particolare nelle sue componenti della disostruzione bronchiale (DB), dell'esercizio fisico e della educazione all'autogestione della patologia, è in grado di migliorare la performance fisica e la qualità di vita e di modificare il decorso di malattia riducendo il numero di riacutizzazioni. La presa in carico multidisciplinare è essenziale per garantire valutazioni e interventi riabilitativi personalizzati che si adattano all'estrema variabilità dei quadri di malattia bronchiectasica.
FIBROSI CISTICA	La Fibrosi Cistica (FC) è una patologia che provoca manifestazioni cliniche multisistemiche, di cui la malattia polmonare è la maggiore causa di morbidità e mortalità. I programmi di riabilitazione polmonare (RP) sono considerati tra le terapie necessarie fin dalla diagnosi. L'obiettivo principale è quello di mantenere una adeguata clearance delle secrezioni bronchiali, prevenire infezioni e riacutizzazioni bronchiali e migliorare l'aderenza alle terapie. Disostruzione bronchiale, esercizio fisico e componente educativa sono i cardini dell'intervento di RP.
IL TUMORE DEL POLMONE	Nei pazienti con tumore non operabili la Riabilitazione Polmonare (RP) può ridurre il declino della capacità all'esercizio e della qualità della vita, mentre nei pazienti chirurgici, se applicata nella fase preoperatoria, è in grado di ridurre il rischio di complicanze post-operatorie e il numero delle giornate di degenza; nella fase postoperatoria facilita il recupero fisico e psicologico.
IPERTENSIONE POLMONARE	L'allenamento all'esercizio fisico e il supporto educativo e psicosociale nei pazienti con ipertensione polmonare determina miglioramento della capacità di esercizio e della qualità della vita ed è priva di effetti collaterali rilevanti, soprattutto nei pazienti sottoposti a terapia farmacologica ottimizzata.
IL DEFICIT DI ALFA-1 ANTITRIPSINA (DAAT)	Il deficit di alfa-1 antitripsina (DAAT), una condizione genetica che colpisce 1 individuo su 2.000-5.000, predispone a malattie respiratorie (broncopneumopatia cronica ostruttiva – BPCO/Enfisema). In analogia alla BPCO, la RP viene attuata nei pazienti con BPCO associata al DAAT, anche se le evidenze scientifiche sono ancora limitate, come logico in una malattia rara. In futuro sono necessari ulteriori studi sulla RP nei pazienti con BPCO associata al DAAT e una maggior connessione tra centri clinici e centri riabilitativi.
LE MALATTIE NEUROMUSCOLARI	Nelle malattie neuromuscolari (NMD) è importante la presa in carico del paziente non appena si manifestano i primi segni dell'insufficienza respiratoria; questo obiettivo può essere raggiunto tramite un attento monitoraggio clinico e funzionale; ventilazione meccanica e assistenza alla tosse rappresentano i componenti fondamentali del programma di riabilitazione polmonare (RP), in quanto sono in grado di migliorare la sopravvivenza e ridurre le ospedalizzazioni.

IL TRAPIANTO POLMONARE	Il trapianto di polmone deve essere preso in considerazione per gli adulti affetti da varie patologie polmonari croniche allo stadio terminale che debbono rispondere a criteri di accesso ben precisi. La riabilitazione polmonare dovrebbe essere considerata nella fase preoperatoria per inviare il paziente all'intervento chirurgico nelle migliori condizioni possibili e nel post intervento per favorirne il recupero nel breve e nel lungo termine.
INFEZIONE DA COVID-19	I pazienti affetti da infezione da COVID-19 in tutte le fasi possono beneficiare di un intervento riabilitativo che deve essere tarato in base alla gravità della malattia: può variare pertanto dalle manovre di pronazione e mobilizzazione precoce per i pazienti ricoverati in Terapia intensiva, ai programmi di riallenamento all'esercizio nelle fasi di remissione; in caso di difficoltà nella gestione delle secrezioni possono essere abbinati interventi di disostruzione bronchiale.
SINDROME POST COVID-19	Dispnea e affaticamento sono i sintomi più frequenti che possono rimanere a lungo nella fase post-COVID, specie in quei pazienti reduci da allettamento prolungato in terapia intensiva o in reparti per acuti. In tutti questi pazienti la riabilitazione polmonare (RP) riveste un ruolo importante per favorirne il recupero, migliorandone l'autonomia e la qualità della vita, e dovrebbe essere iniziata precocemente. I programmi dovranno essere ritagliati secondo le necessità e le condizioni cliniche del paziente sfruttando anche le possibilità offerte dalla tele riabilitazione.
LA RIABILITAZIONE NEI DISTURBI RESPIRATORI DEL SONNO	È indubitabile che I pazienti con apnee ostruttive del sonno (OSAS), soprattutto quelli negli stadi più severi, presentino bassi livelli di attività fisica, con conseguente limitazione della tolleranza all'esercizio fisico, dovuta alla dispnea, e alla debolezza muscolare. In questi pazienti un ricondizionamento muscolare, ottenuto tramite esercizi di tipo aerobico, associati a un programma educativo è raccomandabile.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI

La normativa in tema di Continuità Ospedale-Territorio è di recente evoluzione.

Si riporta di seguito un sintetico elenco.

- Art.32 Costituzione Italiana diritto fondamentale alla salute la cui garanzia richiede disponibilità di risorse, sostenibilità, competenze, cooperazione, sviluppo farmaci e trattamenti per malattie rare;
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza;
- DM 77/2022;
- Legge n. 175/2021 “Testo Unico sulle Malattie Rare”
- POSITION PAPER - LA RIABILITAZIONE DELLE PERSONE IN CONDIZIONI DI CRONICITA' E DISABILITA' - VERSIONE ESTESA
- SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA (S.I.M.F.E.R.) - Documento approvato da UdP SIMFER il 12.9.2015
- Linee Guida della Riabilitazione 2011
- Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione (2021)

- Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, et al. ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 2013;188 <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
- Disostruzione bronchiale - Airway clearance techniques - Garuti G, Nicolini A, Belli S, et al. “Raccomandazioni Italiane sulla Pneumologia Riabilitativa. Evidenze scientifiche e messaggi clinico-pratici”. Documento AIPO-ITS/ARIR. Capitolo 19. Disostruzione bronchiale. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2022;37(Suppl. 1) <https://doi.org/10.36166/2531-4920-suppl.1-37-2022-19>
- Spruit MA, Singh SJ Garvey C, et al. ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 2013;188 <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
- Position Paper - La Riabilitazione Delle Persone In Condizioni Di Cronicità E Disabilità - Versione Estesa Società Italiana Di Medicina Fisica E Riabilitativa (S.I.M.F.E.R.) - Documento Approvato Da Udp Simfer Il 12.9.2015

Il Piano delle Cronicità, nell'aggiornamento 2024, pone quali obiettivi i seguenti:

- Migliorare il percorso di cura del paziente, dalla diagnosi alla terapia;
- Migliorare la presa in carico del paziente assicurando continuità assistenziale
- Implementare modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza e diversi setting di cura, nel rispetto del principio di prossimità;
- Incrementare progetti di formazione del team multidisciplinare, anche nell'ambito della digitalizzazione dei servizi;
- Potenziare modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sanitari e sociosanitari, compreso il coinvolgimento attivo della comunità.

5. “PNEUMO-REHABILITATION NET” – Metodo di applicazione del modello

Il Modello di ASL BT, in linea con il Chronic Care Model e la classificazione ICF dell'OMS, propone una ripartizione funzionale e specialistica di indirizzo che tiene conto dei molteplici fattori biologici, funzionali, ambientali e sociali influenzanti lo stato di salute del paziente.

Con il presente Modello Organizzativo si istituisce un **Team Aziendale Multidisciplinare dedicato alla presa in carico globale del paziente cronico affetto da patologie pneumologiche che meritano una valutazione multidimensionale e un approccio terapeutico riabilitativo**, necessario per migliorare gli esiti di cura e la qualità di vita.

Questo approccio si articola nelle seguenti attività:

1. Il paziente sottoposto a visita specialistica pneumologica che rientra nei criteri clinici di inclusione viene indirizzato alla valutazione da parte del Team Aziendale;
2. Il Team Aziendale, composto da figure professionali multidisciplinari come dettagliato successivamente, opera riunendosi periodicamente sotto il coordinamento di un Case Manager;
3. Il Team può valutare il caso clinico anche tramite Procedure di Teleconsulto, in linea con l'obiettivo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e garantire la continuità assistenziale;
4. In condizioni di **appropriatezza**, il Team Aziendale definisce il Piano Integrato di Cure multidisciplinari, al cui interno si integra il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).
Il Team responsabile del PRI, e in particolare il medico specialista in riabilitazione [medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitativa ed equipollenti, (...) ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative], ha il compito di rilevare i bisogni globali del paziente e di definire gli esiti desiderati del paziente e dell'equipe riabilitativa, acquisire e valutare gli indicatori di percorso e di esito in ottica multidisciplinare integrata.
5. Il Team prenota le prestazioni prescritte accedendo a **slot dedicati ai pazienti cronici, secondo criteri clinici di priorità, assicurando così un'efficiente gestione delle risorse e una presa in carico tempestiva;**

6. **Ciascun componente del Team prende in carico il paziente per quanto di propria competenza con le relative prescrizioni diagnostiche e terapeutiche**, con particolare attenzione all'educazione terapeutica e al supporto psicosociale, elementi cruciali per migliorare la qualità di vita e promuovere l'autogestione della patologia; il Team programma inoltre rivalutazioni periodiche per monitorare i progressi e adattare il piano terapeutico secondo necessità;
7. **Il Team informa il Medico di Medicina Generale** del paziente attraverso una lettera dettagliata sulle necessità clinico-assistenziali e sul percorso diagnostico-terapeutico assistenziale avviato, promuovendo così una comunicazione efficace tra i diversi livelli di assistenza;
8. In linea con l'obiettivo di ottimizzare l'integrazione dei servizi, il Team individua il setting assistenziale più appropriato (ambulatoriale “caso complesso” – “caso non complesso”, domiciliare ex art.26 L.833/78, cod 56 ospedaliero, ADI, RSA, RSSA) e, tramite la Centrale Operativa Territoriale, coordina il percorso del paziente tra ospedale e territorio, garantendo la continuità delle cure;
9. *“Il ricovero in ambiente riabilitativo intensivo (cod. 56) può essere accolto anche da un Ambulatorio specialistico pneumologico solo se ne è documentata la congruità attraverso almeno uno dei criteri riconosciuti da AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri)” (ex DGR n. 2067 Regione Puglia del 07/11/2013)*
10. Il Team e i suoi componenti possono effettuare visite in modalità smart tramite **Telemedicina/Teleconsulto/Teleassistenza/Teleriabilitazione**, ottimizzando così le risorse aziendali e riducendo gli spostamenti dei pazienti, in linea con l'obiettivo di migliorare l'accessibilità e l'efficienza dei servizi.

L'attività clinico-assistenziale fornita dagli specialisti ambulatoriali può essere supportata e integrata dalla presenza di Medici in Formazione Specialistica delle diverse specialità di branca coinvolte nel Team che potranno essere assegnati alla ASL BT; questi, oltre ad affiancare i tutor nell'attività clinica, forniscono un importante contributo al percorso di cura integrato Ospedale-Territorio-Università.

Il ruolo cruciale di "**case manager**" è attribuito, in base alla natura prevalente dei bisogni del paziente, a figure professionali specifiche: l'Infermiere di Famiglia assume questo ruolo quando i bisogni sono prevalentemente assistenziali, mentre il Fisioterapista lo ricopre quando i bisogni sono prevalentemente riabilitativi. Questa distinzione permette una gestione più mirata e efficace del percorso di cura, garantendo che le competenze specifiche di ciascuna figura professionale siano ottimizzate per il beneficio del paziente.

Il ruolo di case manager nel modello organizzativo assume un'importanza significativa nella gestione del percorso di cura del paziente. Questa figura chiave è attribuita all'Infermiere di Famiglia quando i bisogni del paziente sono prevalentemente assistenziali, o al Fisioterapista quando i bisogni sono principalmente riabilitativi.

Il case manager funge da punto di riferimento essenziale, collegando il paziente, il team multidisciplinare e i diversi setting assistenziali.

Le principali responsabilità del case manager includono:

1. Coordinamento del percorso di cura: il case manager supervisiona l'implementazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) definito dal team, assicurando che gli interventi siano coerenti, tempestivi e in linea con gli obiettivi stabiliti.
2. Valutazione e monitoraggio: effettua valutazioni periodiche dei bisogni del paziente, utilizzando strumenti allineati con la classificazione ICF dell'OMS, per monitorare il "funzionamento" del paziente in modo completo.
3. Facilitazione della comunicazione: agisce come punto di contatto principale per il paziente e la sua famiglia, facilitando lo scambio di informazioni con il team multidisciplinare.
4. Gestione delle transizioni: facilita il passaggio del paziente tra i diversi setting assistenziali, garantendo la continuità delle cure e un'efficace trasmissione delle informazioni.
5. Educazione e supporto: svolge un ruolo importante nell'educazione terapeutica del paziente e dei caregiver, promuovendo l'autogestione della patologia e l'aderenza al piano terapeutico.

Il case manager utilizza gli strumenti di telemedicina e teleconsulto per mantenere un contatto regolare con il paziente e facilitare la comunicazione con gli specialisti, ottimizzando così l'utilizzo delle risorse sanitarie e riducendo la necessità di spostamenti non essenziali del paziente.

Partecipa attivamente alle riunioni del Team Aziendale, fornendo aggiornamenti sulla situazione del paziente e contribuendo alle decisioni cliniche. L'efficacia del suo ruolo è monitorata attraverso indicatori specifici, come la riduzione dei ricoveri ospedalieri e il miglioramento della qualità di vita del paziente.

Contestualmente a questa **attività clinico-assistenziale integrata ospedale - territorio il modello organizzativo di ASL BT sviluppa anche una soluzione innovativa in ambito di ricerca e formazione professionale**, data anche la necessità di adeguare la formazione dei Medici di Medicina Generale, nell'ottica di una corretta e appropriata primaria selezione dei casi che meritano di essere inviati allo specialista del Territorio.

È prevista pertanto una programmazione di incontri formativi e l'identificazione di percorsi diagnostici condivisi.

Il presente modello, assolutamente innovativo, rappresenta una soluzione operativa a problemi di salute con la realizzazione di un progetto di continuità territorio-territorio e ospedale – territorio che non si traduce unicamente in assistenza clinica, ma anche in formazione di MMG e Medici in Formazione Specialistica, nonché sviluppo di Teleconsulto per migliorare appropriatezza nella presa in carico, per aumentare l'indice di attrazione e per fornire risposte adeguate a bisogni di salute sempre più impattanti e complessi.

6. IL TEAM AZIENDALE DI PRESA IN CARICO

Il Team è un gruppo coordinato di professionisti sanitari delle differenti discipline coinvolte nel trattamento di una specifica patologia, che si propone di migliorare le cure al paziente.

Gli obiettivi dei Team Multidisciplinari sono:

- garantire che tutti i test diagnostici e le opzioni di trattamento appropriati siano considerati e valutati per ogni paziente discusso all'interno del Team tenendo conto delle necessità cliniche del paziente;
- garantire il perseguimento di una politica di miglioramento della qualità delle cure, del percorso e degli esiti di salute;
- contribuire a creare collegamenti con altre organizzazioni sanitarie per assicurare riferimenti appropriati, consultazioni tempestive e ottimizzare la continuità delle cure del paziente;

Con il presente Modello Organizzativo si istituisce un **Team Aziendale Multidisciplinare dedicato alla presa in carico globale del paziente cronico affetto da patologie pneumologiche che meritano una valutazione multidimensionale e un approccio terapeutico riabilitativo**, necessario per migliorare gli esiti di cura e la qualità di vita e **garantire appropriatezza prescrittiva** in un ambito molto complesso e articolato e meritevole di attenzione strategica.

Il Team Aziendale:

- è operativo;
- **riunisce a cadenza mensile;**
- è coordinato dal Case Manager;
- **discute i casi clinici** che rispettano i criteri di inclusione previsti dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale;
- Il Team Multidisciplinare valuta e discute la documentazione clinica disponibile relativa al paziente. Tale discussione viene formalizzata in un **verbale/referto multidisciplinare** che deve contenere le informazioni del paziente relative alla sua storia clinica, le evidenze strumentali e diagnostiche, nonché i contenuti della discussione multidisciplinare, le conclusioni raggiunte motivate e la proposta terapeutica condivisa;
- **condivide strategie diagnostico-terapeutiche personalizzate sul paziente e in linea con i criteri di appropriatezza prescrittiva;**
- Il verbale così stilato deve contenere l'elenco di tutti i partecipanti e deve prevedere la firma dei componenti;
- **si interconnette, per il tramite della COT**, con il Territorio e con l'Ospedale per indirizzare il paziente al setting assistenziale più appropriato;
- **propone un piano integrato di cure e di approfondimenti diagnostici;**
- può valutare il caso clinico attraverso le **modalità Smart di Teleconsulto;**
- definisce un Piano Integrato di Cure, programma e **prenota le prestazioni su agende dedicate alle cronicità** e programma il follow-up del paziente, **informando, aggiornando e formando il MMG;**

- Il Case Manager, in linea con quanto previsto dalle indicazioni ministeriali a riguardo, dovrà organizzare riunioni per la condivisione del PDTA Aziendale e delle azioni programmate/poste in essere con le **Associazioni di Volontariato**;
- il Case Manager dovrà coordinare le attività **rendicontando a cadenza mensile** alla Referente dei Processi Clinico – Organizzativi sulle attività poste in essere in linea con la metodologia organizzativa, sulla casistica clinica trattata, sugli indicatori di monitoraggio di processo e di esito previsti nell'ambito del PDTA Regionale e/o in letteratura validati, sui documenti aziendali formalizzati, aggiornati, discussi e sulle attività di sensibilizzazione e comunicazione programmate e/o effettuate;
- il Team Multidisciplinare dovrà organizzare **almeno una riunione plenaria a cadenza annuale per la condivisione con la Direzione Strategica dei risultati delle attività** e degli esiti del monitoraggio relativamente agli specifici indicatori prestabiliti per patologia. Il verbale di audit, con le eventuali criticità individuate e le possibili azioni di miglioramento deve essere condiviso con la Direzione Strategica Aziendale.

Il Team “PNEUMO-REHABILITATION NET ASL BT” è così composto:

- ✓ Dirigente Medico Medicina Fisica e Riabilitativa
- ✓ Dirigente Medico Pneumologo
- ✓ Dirigente Medico Neurologo
- ✓ Dirigente Medico Cardiologo
- ✓ Referente Aziendale Malattie Rare
- ✓ Dirigente UOS Cure Primarie
- ✓ Dirigente Medico Pediatra
- ✓ PLS
- ✓ Fisioterapista
- ✓ Nutrizionista Clinico
- ✓ Psicologo
- ✓ Farmacista
- ✓ MMG
- ✓ Infermiere di Famiglia
- ✓ Assistente Sociale

7. RECEPIMENTO E FORMALIZZAZIONE PDTAR

Il Team Multidisciplinare Aziendale ha compito di aggiornare, con il supporto della Referente della Gestione dei Processi e con la Cabina di Regia Aziendale, gli eventuali documenti aziendali di recepimento di documenti di indirizzo nazionale e internazionale relativi alla gestione clinico assistenziale del paziente con patologie respiratorie che necessitano di riabilitazione.

8. FORMALIZZAZIONE DI CONVENZIONI INTERAZIENDALI AD HOC

Ove le figure professionali necessarie per una sicura ed efficace presa in carico del paziente non fossero presenti in ASL BT il Team Multidisciplinare può proporre alla Direzione Strategica di stipulare apposite convenzioni interaziendali.

9. REVISIONE/MODIFICA/INTEGRAZIONE DEI TEAM AZIENDALI

Il Team Aziendale è suscettibile di integrazioni e modifiche nel numero, nella tipologia e nella composizione in relazione alle necessità aziendali e/o cliniche e, pertanto, di volta in volta aggiornato e/o revisionati con appositi atti.

10. PERCORSI E AGENDE DI PRENOTAZIONE DEDICATE

Nell'ambito del PDTA per la presa in carico di patologie croniche, in linea con le indicazioni regionali e ministeriali, nonché in ottemperanza alla normativa vigente e a quanto previsto dai Piani Gestione Liste di Attesa, **il Team Multidisciplinare dovrà revisionare nel numero e nella tipologia di prestazioni dedicate le agende di Presa in carico per patologia croniche. Il Team dovrà, sulla base dell'analisi del fabbisogno, avanzare una proposta e concordare con la Direzione Sanitaria e con il RULA la modifica delle agende;**

11. INNOVAZIONE DEI PROCESSI - TRANSITIONAL CARE – UMANIZZAZIONE DELLE CURE

All'interno di ogni Team è previsto l'inserimento di figure "ponte" quali il nutrizionista, il fisioterapista, l'assistente sociale, lo psicologo, l'infermiere di famiglia, MMG e PLS che contribuiranno a realizzare una reale presa in carico di **continuità ospedale-territorio**, nonché ad assicurare al paziente un globale e trasversale **Piano di Cure integrate e innovative sul fronte non solo terapeutico ma anche preventivo e Umanizzazione delle Cure.**

E' inserita all'interno del Team Aziendale anche la figura del **Dirigente Medico Pediatra e del Pediatra di Libera Scelta per realizzare la Transitional Care e la transizione delle cure dall'età pediatrica all'età adulta anche in continuità ospedale-territorio.**

Inoltre, stante la complessità delle patologie croniche e il trend di morbidità in continua crescita, il presente modello organizzativo prevede la possibilità di realizzare

- Convenzioni interaziendali ad hoc su proposta del Team previa valutazione e approvazione della Direzione Strategica.

12. FORMAZIONE CONTINUA E RICERCA SCIENTIFICA

- Il Team Multidisciplinare dovrà **organizzare nell'anno almeno un'attività di comunicazione, sensibilizzazione, prevenzione e formazione specifica;**
- Il Team Multidisciplinare potrà, con il supporto della Referente della Gestione dei Processi e con la Cabina di Regia Aziendale, contribuire alla ricerca in ambito scientifico-organizzativo presentando *paper* con la casistica trattata e con le azioni organizzative implementate.

13. COLLABORAZIONE CON ASSOCIAZIONI

Nell'ambito delle Patologie Croniche è forte la presenza e la partecipazione attiva sul territorio nazionale e internazionale di tutte le Associazioni di Volontariato. La stessa collaborazione sarà estesa sul fronte specificatamente Pneumo-Riabilitativo.

ASL BT intende potenziare l'empowerment del cittadino-paziente, del caregiver e di tutte le forme riconosciute di Associazionismo al fine di umanizzare sempre più il percorso di cura e di essere al passo con i tempi e con quanto previsto da normativa.

In tal senso si ritiene siano molto utili campagne informative di educazione sanitaria per la sensibilizzazione e la diagnosi precoce delle patologie pneumologiche che richiedono approccio riabilitativo.

14. INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO

In riferimento al PNRR, al DM 77/2022 e ai recenti aggiornamenti normativi è fondamentale sviluppare reti integrate ospedale-territorio che garantiscano una continuità assistenziale al paziente affetto da patologie croniche affinché lo stesso possa, anche sul territorio, beneficiare di follow up cogestiti e condivisi con gli specialisti ospedalieri, soprattutto nella formulazione del Piano Terapeutico.

In tale ottica il modello organizzativo di ASL BT propone una modalità di connessione e integrazione professionale con il territorio orientata prevalentemente alla gestione clinico-assistenziale ma anche a scopo di ricerca e formazione "training on job".

15. TELEMEDICINA

Nella complessa situazione di emergenza sanitaria che il nostro Paese sta affrontando l'applicazione degli strumenti dell'Information Technology potrebbe fare la differenza, mettendo a disposizione competenze, tecnologie e risorse per garantire, anche in corso di eventi pandemici, continuità di cure ai pazienti cronici e maggiormente suscettibili all'infezione.

ASL BT con il presente Progetto offre già servizi di Televisita e Teleconsulto, anche per "second opinion", con l'obiettivo di evitare accessi in ospedale evitabili, assicurare continuità nelle cure, migliorare la comunicazione medico-paziente offrendo un supporto dedicato e costante anche da remoto, con monitoraggio continuo delle patologie croniche che consente di intercettare tempestivamente possibili situazioni emergenti-urgenti intervenendo con un impatto notevole in termini di salute.

L'innovazione tecnologica consente anche di realizzare una vera rete con il territorio e dunque una gestione condivisa del paziente cronico, alla luce di quanto previsto anche dal PNRR, nonché di abbattere le distanze geografiche e dunque essere centro di attrazione anche extra regionale.

Il Teleconsulto e la Telemedicina rappresentano un nodo cruciale per il presente Modello Organizzativo in quanto attraverso questa innovativa modalità di connessione sarà possibile offrire agli Specialisti in rete un reale supporto clinico e organizzativo nella presa in carico di pazienti cronici che meritano sempre più un'attenzione altamente specialistica e continua nel tempo.

16. SERVIZI INTEGRATI: PSICOLOGIA CLINICA, NUTRIZIONE CLINICA, FISIOTERAPIA E FARMACISTA.

Con il Modello organizzativo "PNEUMO-REHABILITATION NET" ASL BT ha già creato una piattaforma integrata di servizi e di risorse umane professionalmente formate sul tema, in condivisione tra tutte le figure professionali che si occupano di patologie croniche pneumologico-riabilitative.

Nella consapevolezza che il concetto di Salute prevede il totale benessere psico-fisico del soggetto e che elementi cruciali per lo stato di salute del paziente sono, sia in senso preventivo che terapeutico, la salute mentale e la corretta e sana alimentazione, ASL BT offre nell'ambito del Modello Organizzativo il supporto psicologico (per paziente e familiari), il supporto di nutrizione clinica, prestazioni di fisioterapia e riabilitazione e valutazione del farmacista per la politerapia in diversi setting assistenziali in relazione alle esigenze cliniche del paziente.

17. AZIONI DI MIGLIORAMENTO

- Innovazione Apparecchiature elettromedicali e tecnologiche;
- Miglioramento Sistema Informatico e Piattaforma Televisita;
- Implementazione CCE ove carente;
- Rivalutazione del Fabbisogno Personale;
- Implementazione **Algoritmo di Management Clinico del Paziente**

18. SISTEMA DI MONITORAGGIO

INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO

- n. pazienti presi in carico dal Team Aziendale / n. pazienti con diagnosi di patologia inclusa nel Progetto;
- n. pazienti in Trattamento riabilitativo/ n. pazienti presi in carico dal Team Aziendale;
- n. pazienti inseriti in agende dedicate alle cronicità / n. pazienti presi in carico dal Team Aziendale;
- n. verbali Team inviati mensilmente dal Team Aziendale alla Direzione Sanitaria

19. CONCLUSIONI

ASL BT con un modello organizzativo di Clinical Governance elabora il Progetto "PNEUMO-REHABILITATION NET" all'interno del quale, sulla base del Manuale di Accreditamento per i processi organizzativi, sperimenta e applica i seguenti elementi fondanti:

- Accreditamento e standard di eccellenza;
- Telemedicina
- Continuità Ospedale-Territorio
- Comunicazione
- Empowerment paziente, caregiver e associazioni
- Presa in carico multidisciplinare
- Second opinion
- Ottimizzazione Risorse con condivisione di figure specialistiche innovative
- Formazione professionale ultraspecialistica
- Formazione Medici di Medicina Generale e Medici in Formazione Specialistica
- Intelligenza Artificiale
- Gestione delle Liste di Attesa e Percorso fast di consultazione
- Appropriatezza diagnostica e prescrittiva
- Attrattività

È un modello organizzativo strategico: “from research to health management”, innovativo, che consente di rispondere ai bisogni di salute in campo di Cronicità e Continuità Ospedale-Territorio, proponendo un’innovazione strategica che utilizza l’innovazione tecnologica solo come strumento al servizio di una Organizzazione che spinge le eccellenze cliniche oltre i confini delle mura aziendali.

Segna il passo di un cambiamento che la Legge richiede ma per il quale non è stata tracciata ancora una Road Map.

IL DIRIGENTE MEDICO

Referente Gestione Processi Clinico-Organizzativi

Dr.ssa Lucia Federica Carpagnano