

# Progetto CRONICITA'

*La buona pratica organizzativa e gestionale nel distretto*  
**FOCUS ON Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva**  
ESPERIENZE REGIONALI: LA PUGLIA

## II SESSIONE

### Tavola rotonda

13.45– 14:45 Focus: Il Piano Aziendale per la presa in carico integrata  
del paziente con BPCO

Conduttore: *Francesco Torres*

Relatore: *Cosimo Della Pietà*

Tavola rotonda:

Focus: Il Piano Aziendale per la presa in carico integrata del paziente con BPCO

La presa in carico del paziente con patologia cronica  
(BPCO):

Il ruolo delle figure professionali coinvolte e lo sviluppo di  
nuovi di modelli organizzativi.

Proposta:

«Progetto Ponte CCM - BPCO»

# Progetto CRONICITA'

## Tavola rotonda

## FOCUS: il Piano Aziendale per la presa in carico integrata del paziente con BPCO

ASL Bari  
PugliaSalute  
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO n. 12  
Conversano - Monopoli - Polignano a Mare  
UOS ASSISTENZA SPECIALISTICA via De Amicis, 36 70014 Conversano, tel: 080/4091407 - 080/4091315

Prot. n. \_\_\_\_\_/DSS12      Conversano \_\_\_\_\_

Trasmissione solo a mezzo di posta elettronica ai sensi dell'art. 47 del D. Lgs 82/2005

Allegati: n.1

Al Responsabile Unico delle Liste di Attesa - ASL BA  
Dr Carmine Parlati

p.c. Al Direttore Generale - ASL BA  
Dr Antonio Sanguedolce

Al Direttore Sanitario - ASL BA  
Dr Donato Sivo

Al Direttore Amministrativo - ASL BA  
Dott. Luigi Fruscio

Al Direttore Dipartimento di Assistenza Territoriale - ASL BA  
Dr Vincenzo Gigantelli

Al Direttore Dipartimento Cardiovascolare - ASL BA  
Dr Pasquale Caldarella

Al Direttore Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero - ASL BA  
Dr.ssa Angela Leaci

Al Dirigente Direz. Prof. San. Territoriali - ASL BA  
Dott. Cosimo Della Pietà

Al Dirigente Direz. Prof. San. Ospedaliere - ASL BA  
Dott. Mauro Martucci

Oggetto: Progetto "Ambulatorio del cardiopatico cronico - agenda PONTE" Poliambulatorio PTA di Conversano. DSS12.

Con la presente, in considerazione della nota inerente l' "Attivazione Percorso di presa in carico Assistenti Cardiopatici" nonché della sempre più necessaria integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, al fine di assicurare un'assistenza adeguata e continuità assistenziale anche ai pazienti cardiopatici cronici ricoverati presso le Unità Operative di Cardiologia dei centri Hub cardiologici della ASL Bari, anche dopo la dimissione ospedaliera, si propone di attivare il Progetto "AMBULATORIO DEL CARDIOPATICO CRONICO - agenda PONTE" presso il Poliambulatorio del PTA di Conversano - DSS12.

Detto Progetto, che si trasmette in allegato alla presente, è stato elaborato dal Dirigente Medico Cardiologo D.ssa Silvana Brigido, coordinatrice del progetto, e condiviso, nelle fasi di progettazione e degli aspetti organizzativi, con la Direzione UOS Assistenza Specialistica del DSS12, si pone l'obiettivo di realizzare sul territorio distrettuale l'attività di follow up clinica ed ecocardiografica, come già delineato dal Progetto PONTE, in collegamento anche con i medici di medicina generale, con l'obiettivo di ridurre le recidive di eventi cardiovascolari; infatti, la conoscenza ed il monitoraggio del paziente, dopo la dimissione ospedaliera, è fondamentale per garantire la continuità di un percorso assistenziale coerente e sicuro. Si allega alla presente il Progetto "AMBULATORIO DEL CARDIOPATICO CRONICO - agenda PONTE".  
Distinti saluti

Dirigente UOS Assistenza Specialistica - DSS12  
D.ssa Maria Concetta L'Abbate

Dirigente DSS 12  
Dr. Antonio Milano

Pag. 1 di 1

ASL BARI - REGISTRO GENERALE - Protocollo n° 112441/2022 del 08/09/2022

Partendo da...

applicare

La continuità assistenziale e in particolare l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale è un obiettivo prioritario di politica sanitaria e occupa un ruolo centrale in tutti gli assetti organizzativi ed assistenziali.

Partendo dall'evento acuto, già al momento della dimissione, "Protetta", deve essere *predisposto* uno stretto contatto con la territorialità e un superamento dei confini ospedalieri.

La costruzione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) si prefigge di ottimizzare l'efficacia delle cure, di evitare la frammentazione assistenziale e organizzativa e di garantire in tutti i contesti una gestione multidisciplinare, che si avvantaggi della collaborazione e dell'integrazione tra le varie professioni.

Dal PNRR

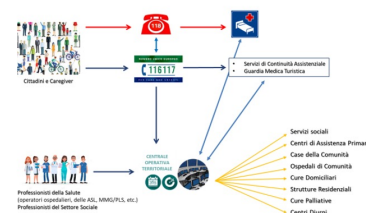
## Principi che ispirano e guidano i professionisti del progetto

### PONTE CCM BPCO:

- Favorire il Miglioramento Continuo della qualità assistenziale;
- Favorire l'integrazione multi professionale;
- Contribuire alla presa in carico globale del bisogno assistenziale del cittadino, sul territorio
- Applicare i principi organizzativi del **Cronic Care Model**
- Concorrere ad un elevato processo di continuità assistenziale;
- Promuovere l'empowerment del paziente, dei familiari e della comunità;
- Migliorare l'accessibilità e la fruibilità da parte dei cittadini ai servizi sanitari e alle prestazioni di assistenza sanitaria;
- Garantire la riservatezza e la tutela della privacy;
- Rispettare i valori etici e deontologici a tutela dell'utente;
- Centralità della persona assistita;
- Deospedalizzazione;
- **Aumentare la soddisfazione dell'utente.**

## Submisura 1.2.2: Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: Centrale Operativa Territoriale

Standard: 1 ogni 100.000 ab

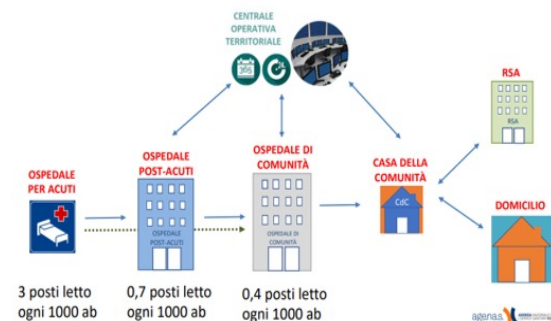


- Piattaforma di interconnessione con tutte le strutture presenti sul territorio
- Device per pazienti ed operatori
- Sperimentazione di strumenti di **Intelligenza Artificiale e Machine Learning** a supporto della gestione clinica e organizzativa dei pazienti
- **Infermieri di Famiglia**

agenzia

## Submisura 1.3: Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (Ospedale di Comunità)

Standard 1 OdC (20 PL) ogni 50.000 abitanti



agenzia

# Professionisti coinvolti nel Progetto CCM-BPCO :

- Specialista Pneumologo ospedaliero;
- Specialista Pneumologo Territoriale, ambulatorio CCM-BPCO;
- Infermiere Case Manager, con competenze specifiche, dedicato all'ambulatorio CCM-BPCO;
- Dirigente Medico Responsabile Direzione Distrettuale UOS Assistenza Specialistica;
- Direttore del Distretto Socio Sanitario;
- Logopedista;
- Fisioterapista.

# Il Chronic Care Model

spostamento dei modelli di cura da un **approccio reattivo**, basato sul paradigma 'dell'attesa' dell'evento acuto,

- ad un **approccio proattivo**, improntato al **paradigma preventivo**, mirato ad evitare o rinviare nel tempo la progressione della malattia;

- promuovere l'**empowerment** del paziente (e della comunità,) la **qualificazione del team assistenziale** (sanitario e sociale).

- Il **Chronic Care Model** individua le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio "sistemico" alle malattie croniche,

"sistemico" in quanto muove tutte le leve organizzative ed operative per promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori



## Il Chronic Care Model

si impone la necessità di attivare e implementare modelli assistenziali di presa in carico della persona e dei suoi bisogni, orientati alla gestione di patologie cronicodegenerative

## Il Chronic Care Model

direttive sulle quali si muove il CCM:

### 1. Le risorse della comunità.

stabilire collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.

### 2. Le organizzazioni sanitarie.

la gestione delle malattie croniche è affidata ad un team **multiprofessionale**, costituito da MMG, Medici specialisti, Infermieri, OSS, personale tecnico... **che opera in maniera integrata.**

### 3. Il supporto all'auto-cura.

il paziente ed il care **giver** diventano i protagonisti attivi dei processi assistenziali. La gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti.



# gli obiettivi del CCM

- Definire un luogo riconoscibile per l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali rivolti alla popolazione, secondo logiche di prossimità e di proporzionalità dell'intervento
- Strutturare un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso,
- Assicurare risposte appropriate alle diverse tipologie di bisogno (dalla prevenzione alla riabilitazione) strutturando un'organizzazione che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso con un approccio globale ai bisogni



# gli obiettivi del CCM

- sviluppare percorsi di presa in carico e continuità dell'assistenza secondo standard clinico-assistenziali condivisi (PDTA)
- gestione proattiva della cronicità, attraverso il contributo di tutti i professionisti che ruotano intorno alla patologia cronica, sviluppando le attività di "caring" parallelamente a quelle piu' tradizionali del "curing"
- configurare un assetto organizzativo, all'interno di una rete integrata di servizi, che mettono in relazione l'assistenza primaria con gli altri nodi della rete (case della salute, assistenza specialistica, assistenza ospedaliera, telemedicina, salute mentale, sanità pubblica, servizi sociali,...)

Grazie della vostra attenzione