

## **IL NUOVO PERCORSO AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA DEL PAZIENTE CON BPCO**

Di seguito è rappresentato il modello aziendale dell'ASL di Salerno del percorso per la presa in carico riabilitativa del paziente con BPCO. Nel modello sono state definite le procedure operative ed organizzative per la realizzazione del percorso in modo da assicurare il sistematico collegamento e la condivisione degli strumenti di valutazione e del progetto riabilitativo individuale fra i diversi ambiti assistenziali, degenza per acuti, riabilitazione ospedaliera e territoriale, a garanzia di una maggiore tempestività del trattamento riabilitativo e di una maggiore appropriatezza d'uso delle risorse.

È evidente che, come anche rilevato dagli elementi di potenzialità e di criticità esposti nell'analisi SWOT, tale modello possa essere implementato implementato con gradualità:

- definendo la tempistica delle azioni;
- ponendo obiettivi chiari e condivisi con i vari *stakeholders*, pubblici e privati, coinvolti;
- permettendo la introduzione di eventuali azioni correttive da porre in essere in corso d'opera attraverso una verifica ed un monitoraggio periodici del grado di implementazione del modello. La verifica prevista deve essere almeno semestrale.

Lo strumento utilizzato nel presente documento per l'analisi del processo da implementare è il diagramma di flusso (flow-chart) che consente di suddividere il processo in singoli eventi o attività e di visualizzare questi in forma abbreviata, mostrando le relazioni logiche tra essi<sup>7</sup>.

Accanto a ciascuna fase evidenziata nel diagramma di flusso sono state inoltre evidenziate:

- le specifiche attribuibili alla singola fase;
- gli eventuali allegati utili ad esplicitare la fase in oggetto.

Di seguito sono rappresentati i seguenti diagrammi di flusso:

- Processo 1: "Inclusione del paziente nel processo riabilitativo – presa in carico nei vari setting riabilitativi";
- Processo 2: "Implementazione del Progetto Riabilitativo individuale presso una U.O. di ricovero codice 56 in regime ordinario";
- Processo 3 - "Implementazione del Progetto Riabilitativo individuale presso una U.O. di ricovero codice 56 in regime day hospital";
- Processo 4 - "Implementazione del Progetto Riabilitativo individuale territoriale in regime ambulatoriale o domiciliare";

L'analisi dei dati sopra esposta evidenzia inoltre la presenza di almeno tre tipologie di pazienti che influiscono sulle modalità organizzative di intervento e di attivazione dei percorsi riabilitativi:

- pazienti residenti sul territorio dell'ASL e ricoverati in Strutture pubbliche o private dell'ASL;
- pazienti non residenti sul territorio ASL e ricoverati in Strutture pubbliche o private dell'ASL;
- pazienti residenti sul territorio dell'ASL e ricoverati in Strutture pubbliche o private fuori territorio ASL;

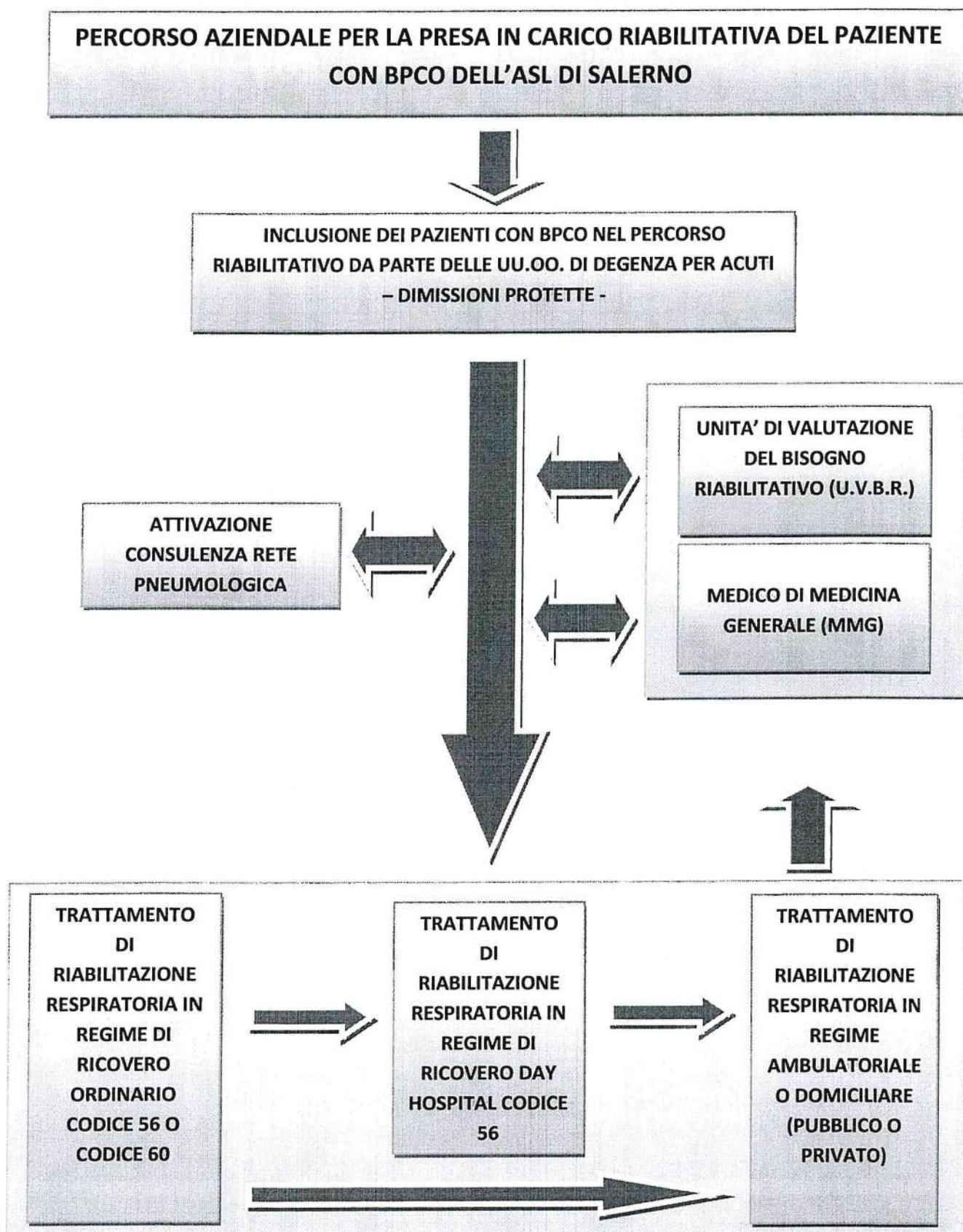
**I Diagrammi di flusso di seguito rappresentati devono essere applicati a tutte e tre le tipologie di pazienti individuate, per le parti di interesse. Ovviamente, sono applicabili *in toto* sol per la prima tipologia.**

La successiva figura 1 rappresenta, a livello grafico, una sintesi dei processi presi in considerazione.

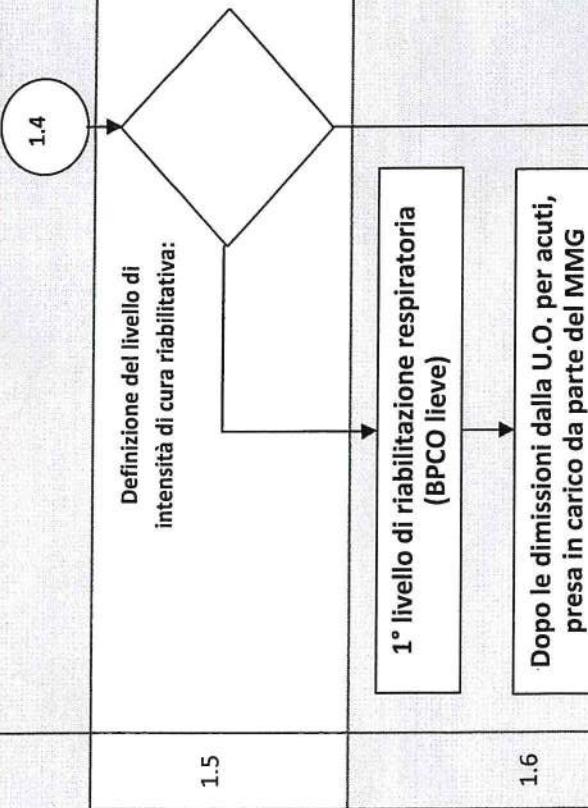
---

<sup>7</sup> La simbologia utilizzata per la flow chart è una versione semplificata di quella ISO (International Standard Organization).

Figura 1 – Sintesi del percorso aziendale



N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
1.1	<p><b>Inizio processo “Inclusione – presa in carico nei vari setting riabilitativi”</b></p> <pre> graph TD     A["Inizio processo “Inclusione – presa in carico nei vari setting riabilitativi”"] --&gt; B["Inclusione dei pazienti nel percorso riabilitativo"]     B --&gt; C["Valutazione clinica – pneumologica"]     C --&gt; D{Il paziente ha necessità di riabilitazione respiratoria?}     D -- NO --&gt; E["Fine processo"]     D -- SI --&gt; F((1.4))     </pre>	<p>Processo 1: “Inclusione del paziente nel percorso riabilitativo – presa in carico nei vari setting riabilitativi”.</p>	
1.2	<p><b>Inclusione dei pazienti nel percorso riabilitativo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I pazienti inclusi nel percorso riabilitativo devono essere:</li> <li>- ricoverati in Unità Operative di degenza per acuti presenti sul territorio dell'ASL di Salerno (PP.OO; Case di Cura Private Accreditate; AOU Salerno);</li> <li>- identificati in fase acuta con diagnosi di BPCO.</li> </ul>		
1.3	<p><b>Valutazione clinica – pneumologica</b></p> <pre> graph TD     C["Valutazione clinica – pneumologica"] --&gt; D{Il paziente ha necessità di riabilitazione respiratoria?}     D -- NO --&gt; E["Fine processo"]     D -- SI --&gt; F((1.4))     </pre>	<p>La valutazione è effettuata dallo Pneumologo presente nella U.O. di degenza o nella Struttura di ricovero. Per le strutture pubbliche, nel caso non fosse presente uno pneumologo nella Struttura di ricovero, è possibile richiedere una consulenza pneumologica alla rete pneumologica aziendale.</p> <p>La valutazione deve essere effettuata tempestivamente e, comunque, non oltre il 3° giorno dalla data di ammissione del ricovero.</p>	<p>L'elenco dei punti rete della Rete pneumologica aziendale, dei referenti ed i relativi indirizzi sono pubblicati sulla rete intranet aziendale, a cura del Dipartimento di Medicina Generale, Lungodegenza, Riabilitazione e delle Specialità Mediche</p>
1.4	<p>Il paziente ha necessità di riabilitazione respiratoria?</p> <pre> graph TD     D{Il paziente ha necessità di riabilitazione respiratoria?} -- NO --&gt; E["Fine processo"]     D -- SI --&gt; F((1.4))     </pre>		<p>(prosegue)</p>

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
	1.4	(se S)	
1.5	Definizione del livello di intensità di cura riabilitativa: 	Se, a seguito della valutazione pneumologica, viene ritenuto necessario avviare il paziente alla riabilitazione respiratoria lo pneumologo deve definire la graduazione dell'intensità di cura riabilitativa	
1.6	<b>1° livello di riabilitazione respiratoria (BPCO lieve)</b> Dopo le dimissioni dalla U.O. per acuti, presa in carico da parte del MMG Fine processo	Dimissione protetta: Per il 1° livello di riabilitazione respiratoria – Diagnosi di BPCO lieve - sono previsti solo degli accorgimenti/raccomandazioni da fornire al paziente allegati alla epicrisi di dimissione, che verrà inviata anche al MMG. Gli operatori di riferimento sono, durante il ricovero ospedaliero lo pneumologo e il terapista della riabilitazione. Dopo le dimissioni, il Medico di Medicina Generale prende in carico il paziente ed attiva tutti gli ulteriori provvedimenti di riabilitazione respiratoria ritenuti necessari, compreso la eventuale riabilitazione ambulatoriale e domiciliare attivando l'UVBR distrettuale..	
1.7	<b>2°, 3° e 4° livello di riabilitazione respiratoria (BPCO moderato severa)</b>	Dimissione protetta: Per i livelli 2°, 3° e 4° - BPCO moderato – severa - lo Pneumologo avvia l'iter per la definizione di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).  1.7 (prosegue)	

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
1.7		(avvio dell'iter per la definizione di un Progetto Riabilitativo individuale (PRI))	
1.8	<p>Dopo la valutazione pneumologica (punto 1.5), entro il 4° giorno di ricovero deve essere trasmessa la documentazione necessaria all'U.V.B.R. distrettuale per la definizione del Piano Riabilitativo individuale</p>	<p>L'avvio dell'iter per la definizione di un P.R.I., a cura dello Pneumologo, prevede la trasmissione delle seguenti informazioni necessarie a stilare il P.R.I. da parte della Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (U.V.B.R.) del Distretto di Residenza del paziente interessato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ diagnosi d'ingresso;</li> <li>▪ definizione del livello di intensità di cura riabilitativa e proposta di setting riabilitativo;</li> <li>▪ inquadramento clinico del paziente: presenza di comorbilità, terapie, ecc.;</li> <li>▪ fattori di rischio sociale;</li> <li>▪ fattori di rischio logistici.</li> </ul> <p>L'iter deve essere avviato non oltre il 4° giorno di recupero del paziente. Copia del P.R.I. deve essere comunque trasmessa al Direttore del Distretto e alla U.V.B.R. di residenza dell'assistito e al MMG.</p> <p>Nel caso in cui sia stata attivata la U.V.B.R. integrata ospedale-territorio, così come previsto dal Piano delle attività territoriali aziendali, il P.R.I. può essere definito dalla stessa.</p>	<p>La scheda, relativa all'avvio dell' iter, è pubblicata nell'apposito spazio intranet, a cura del Dipartimento di Medicina Generale, Lungodegenza, Riabilitazione e delle Specialità Mediche delle Specialità Mediche</p>
1.9		<p>Il P.R.I. viene definito dalla U.V.B.R. entro 3 giorni dalla richiesta pervenuta dalla U.O. per acuti.</p>	<p>(prosegue)</p>

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
	<pre> graph TD     1.9((1.9)) --&gt; 1.10[Scelta del setting riabilitativo per l'avvio delle dimissioni protette]     1.9 --&gt; 1.11[Trattamento di riabilitazione respiratoria in regime di ricovero ordinario codice 60 (o, in casi particolari) codice 60] </pre>	<p align="center"><b>(Definizione del Progetto Riabilitativo individuale (PRI))</b></p>	
1.10	<p>Scelta del setting riabilitativo per l'avvio delle dimissioni protette</p>	<p>Tra gli elementi fondamentali che il P.R.I. deve contenere, vi è quello della scelta del setting riabilitativo.</p> <p>La scelta del setting dipende dalle condizioni del paziente, ma anche dalla reale possibilità di disponibilità del livello assistenziale, individuato come più appropriato, nel territorio di residenza/domicilio del paziente in modo da utilizzare le opzioni che maggiormente facilitano la compliance al trattamento riabilitativo.</p>	
1.11	<p>Trattamento di riabilitazione respiratoria in regime di ricovero ordinario codice 60 (o, in casi particolari) codice 60</p>	<p>È indicato nei pazienti con BPCO moderato-severa o insufficienza respiratoria acuta su cronica, con comorbilità (soprattutto condizioni cardiovascolari rilevanti), senza o con parziale autosufficienza (livello 1 e 2 della M.B.I. e 3 in presenza di fattori di rischio sociale o logistici – assenza di caregiver o domicilio idoneo).</p> <p>Nel caso l'U.V.B.R. non esprima parere nei tempi indicati, la U.O. per acuti può trasferire comunque il paziente presso la Struttura ospedaliera cod 56. L'U.V.B.R. attiverà la valutazione, anche per rogatoria, presso la Struttura cod. 56 nel più breve tempo possibile e, contestualmente, l'U.O. per acuti segnalerà il mancato rispetto dei tempi al Direttore del Distretto a cui afferisce l'UVBR e al Referente aziendale per le attività di verifica e monitoraggio per attivare uno specifico audit.</p> <p>Nel caso in cui la Struttura ospedaliera cod. 56 abbia liste di attesa che non consentano il ricovero nel tempo concordato (24/48 ore), l'U.O. di degenza per acuti, se possibile, dimette il paziente con il P.R.I. elaborato dall'UVBR e lo trasmettere al MMG. Il MMG provvederà a richiedere il ricovero su richiesta del SSR senza ulteriori interventi</p> <p>Tutti i passaggi procedurali devono essere comunicati al Direttore del Distretto e alla U.V.B.R. di residenza dell'assistito.</p>	<p align="center">1.11 c</p> <p align="center">1.11 B</p> <p align="center">1.11 A</p>

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
1.12	<pre> graph TD     A((1.11 A)) --&gt; B((1.11 B))     A --&gt; C((1.11 C))     B --&gt; D["Trattamento di riabilitazione respiratoria in regime di day hospital codice 56"]     C --&gt; D     D --&gt; B     D --&gt; C     B --&gt; E((1.12 A))     E --&gt; F((1.12 B))     F --&gt; G((1.12 C))     C --&gt; G   </pre>	<p>È indicato nei pazienti con BPCO moderato-severa o insufficienza respiratoria acuta su cronica, con comorbidità (condizioni cardiovascolari rilevanti) ma autosufficienza (livello 4 e 5 della M.B.).</p> <p>Nel caso l'U.V.B.R. non esprima parere nei tempi indicati, la U.O. per acuti concordando il ricovero in dh cod. 56 con la Struttura deputata, l'U.V.B.R. attiverà la valutazione, anche per rogatoria, presso la Struttura cod. 56 nel più breve tempo possibile e, contestualmente, l'U.O. per acuti segnalerà il mancato rispetto dei tempi al Direttore del Distretto a cui afferisce l'UVBR e al Referente aziendale per le attività di verifica e monitoraggio per attivare uno specifico audit.</p> <p>Nel caso in cui la Struttura ospedaliera cod. 56 abbia liste di attesa che non consentano il ricovero di dh nel tempo concordato, l'U.O. di degenza per acuti dimette il paziente con dettagliato P.R.I. da trasmettere al MMG. Il MMG provvederà a richiedere il ricovero su ricetta del SSR senza ulteriori interventi</p> <p>Tutti i passaggi procedurali devono essere comunicati al Direttore del Distretto e alla U.V.B.R. di residenza dell'assistito.</p>	

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
1.13	<pre> graph TD     A((1.12 A)) --&gt; Box[Trattamento di riabilitazione respiratoria in regime ambulatoriale o domiciliare]     B((1.12 B)) --&gt; Box     C((1.12 C)) --&gt; Box     Box --&gt; C   </pre>	<p>È indicato nei pazienti con BPCO moderato-severa autosufficienti senza complicanze, con aumentata percezione della dispnea e riduzione della performance fisica</p> <p>Nel caso l'U.V.B.R. non esprima parere nei tempi indicati, la U.O. per acuti può comunque dimettere il paziente al termine del ricovero per acuti. L'U.V.B.R. attiverà la valutazione nel più breve tempo possibile e, contestualmente, l'U.O. per acuti segnalerà il mancato rispetto dei tempi al Direttore del Distretto a cui afferisce l'UVBR e al Referente aziendale per le attività di verifica e monitoraggio per attivare uno specifico audit.</p>	
1.14		<p>L'U.O. di degenza per acuti dimette il paziente con il P.R.I. da trasmettere al MMG o indicando che il P.R.I. deve pervenire allo stesso, a cura della U.V.B.R. distrettuale, nel più breve tempo possibile. Il MMG provvederà a richiedere i trattamenti di riabilitazione respiratoria in regime ambulatoriale o domiciliare su ricetta del SSR senza ulteriori interventi. Tutti i passaggi procedurali devono essere comunicati al Direttore del Distretto e alla U.V.B.R. di residenza dell'assistito.</p>	<p><i>Fine processo "inclusione – presa in carico nei vari setting riabilitativi"</i></p>

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
2.1	<b>Inizio processo “Implementazione del PRI codice 56 o 60 in regime ordinario”</b>	Processo 2: “Implementazione del Progetto Riabilitativo individuale presso una U.O. di ricovero codice 56 in regime ordinario”;	
2.2	<b>Trattamento di riabilitazione respiratoria in regime di ricovero ordinario codice 56 o 60</b>	La U.O. di degenza per acuti contatta la U.O. riabilitativa codice 56 o, per casi particolari, la U.O. di lungodegenza codice 60 per attivare le dimissioni protette ed il contestuale trasferimento del paziente. La U.O., inoltre, trasmette il P.R.I. alla Struttura riabilitativa codice 56 o 60, al Direttore del Distretto di residenza dello stesso e al MMG del paziente.	
2.3	<b>Presa in carico del paziente da parte della U.O. codice 56 o 60</b>	I programmi di riabilitazione respiratoria , in media, non possono durare meno di otto settimane e non più di dodici settimane. Le Linee Guida indicano che i trattamenti ospedalieri intensivi prevedono in genere 5 sessioni settimanali della durata di 1 – 4 ore in relazione alla tolleranza del paziente.	
2.4	<b>Verifica del grado di raggiungimento degli Obiettivi del P.R.I. e rivalutazione clinico – funzionale da parte della UVBR: attivazione della consulenza pneumologica</b>	Almeno sette giorni prima della dimissione del paziente, la UVBR del Distretto di residenza del paziente attiva la consulenza pneumologica, utilizzando prioritariamente i medici della rete pneumologica, al fine di verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi e la rivalutazione clinico-funzionale. La relativa documentazione deve essere trasmessa al Direttore del Distretto e al MMG.	2.4

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
2.4	<p style="text-align: center;"><b>2.4</b></p> <pre> graph TD     2.4((2.4)) --&gt; 2.5[2.5]     2.5 --&gt; 2.6[2.6]     2.6 --&gt; 2.6_2((2.6)) </pre>	<p>(verifica del grado di raggiungimento degli Obiettivi del P.R.I e rivalutazione clinica pneumologica)</p>	
2.5	<p>Dopo la valutazione pneumologica (punto 2.4), la U.V.B.R. distrettuale ridefinisce il Piano Riabilitativo individuale</p> <pre> graph TD     2.4((2.4)) --&gt; 2.5[2.5]     2.5 --&gt; 2.6[2.6]     2.6 --&gt; 2.6_2((2.6)) </pre>	<p>A seguito della consulenza pneumologica, vengono trasmesse alla UVBR le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- estremi di riferimento del P.R.I. in corso di sviluppo;</li> <li>- verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi del P.R.I.</li> <li>- Ridefinizione del livello di intensità di cura riabilitativa ed eventuale nuova proposta di setting riabilitativo <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aggiornamento dell'inquadramento clinico del paziente: presenza di comorbilità, terapie, ecc.;</li> <li>▪ aggiornamento dei fattori di rischio sociale;</li> <li>▪ aggiornamento fattori di rischio logistici.</li> </ul> </li> </ul> <p>L'iter deve essere avviato non oltre i 7 giorni precedenti la presunta data di dimissione del paziente.</p>	<p>L'U.V.B.R. ridefinisce il P.R.I</p> <p>L'iter si deve concludere entro i 3 giorni precedenti la presunta data di dimissione del paziente.</p>
2.6	<p>Ridefinizione del Progetto Riabilitativo</p> <pre> graph TD     2.5[2.5] --&gt; 2.6[2.6]     2.6 --&gt; 2.6_2((2.6)) </pre>		<p>(prosegue)</p>

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
	<pre> graph TD     A((A seconda dei casi, Invio del paziente ad U.O. per acuti o U.O. codice 60, RSA, domicilio, altro.)) --&gt; B{ }     B -- peggioramento --&gt; C["Possibile prolungamento dell'attività riabilitativa cod 56 o lungodegenza cod 60"]     B -- stazionarietà --&gt; D["Fine processo"]     C -- miglioramento --&gt; E((2.7))     </pre> <p><b>(Ridefinizione del Progetto Riabilitativo individuale (PRI))</b></p> <p>Al termine del primo ciclo riabilitativo il paziente può trovarsi nelle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>miglioramento</b>: può passare ad altro setting riabilitativo o essere preso in carico dal MMG;</li> <li>- <b>stazionarietà</b>: può essere ritenuto utile un prolungamento del periodo di riabilitazione cod 56 in regime ordinario o di lungodegenza cod 60</li> <li>- <b>peggioramento</b>: le condizioni cliniche, per vari fattori, possono essere peggiorate. A seconda dei casi, deve essere valutata la possibilità di un ricovero per acuti, un ricovero di lungodegenza codice 60, una permanenza in una Residenza Sanitaria Assistita (RSA), un ritorno al domicilio con eventuale presa in carico delle cure domiciliari o altro.</li> </ul>		

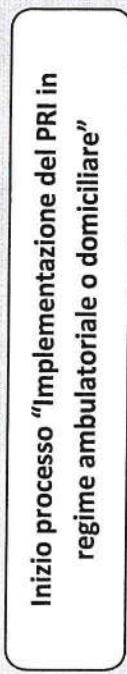
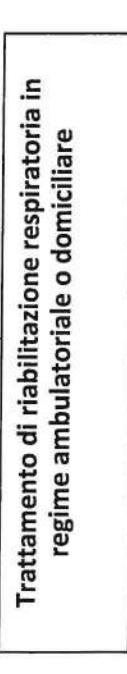
N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
2.7	2.7	Tra gli elementi fondamentali che il P.R.I. deve contenere, vi è quello della ridefinizione del setting riabilitativo. La scelta del setting dipende dalle condizioni del paziente, ma anche dalla reale possibilità di disponibilità del livello assistenziale, individuato come più appropriato, nel territorio di residenza/domicilio del paziente in modo da utilizzare le opzioni che maggiormente facilitano la compliance al trattamento riabilitativo.	Fare riferimento al punto 1.12 del Diagramma di flusso
2.8	Scelta del setting riabilitativo		
2.9		<b>Trattamento di riabilitazione respiratoria in regime di day hospital codice 56</b>	Dimissione protetta: Ulteriore trattamento di riabilitazione respiratoria: scelta del setting riabilitazione codice 56 in regime di day hospital.
2.10		<b>Trattamento di riabilitazione respiratoria in regime ambulatoriale o domiciliare</b>	Dimissione protetta: Ulteriore trattamento di riabilitazione ambulatoriale o domiciliare.
2.11		<b>Presenza in carico da parte del MMG</b>	Dimissione protetta: Dopo le dimissioni, il Medico di Medicina Generale prende in carico il paziente ed attiva tutti gli ulteriori provvedimenti di riabilitazione respiratoria ritenuti necessari, compreso la eventuale riabilitazione ambulatoriale e domiciliare attivando l'UVBR distrettuale..
2.12		<b>Fine processo /'Implementazione del PRI codice 56 in regime ordinario'</b>	

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
3.1	<b>Inizio processo “Implementazione del PRI codice 56 in regime di day hospital”</b>	Processo 3 - “Implementazione del Progetto Riabilitativo individuale presso una U.O. di ricovero codice 56 in regime day hospital”	
3.2	<b>Trattamento di riabilitazione respiratoria in regime di ricovero di day hospital codice 56</b>	<p>La U.O. di degenza per acuti contatta la Struttura riabilitativa codice 56 per attivare le dimissioni protette. La U.O., inoltre, trasmette il P.R.I. alla Struttura riabilitativa codice 56, al Direttore del Distretto di residenza dello stesso e al MMG</p> <p>I programmi di riabilitazione respiratoria , in media, non possono durare meno di otto settimane e non più di dodici settimane. Le Linee Guida indicano che i trattamenti ospedalieri intensivi prevedono in genere 5 sessioni settimanali della durata di 1 – 4 ore in relazione alla tolleranza del paziente.</p>	
3.3	<b>Presa in carico del paziente da parte della U.O. codice 56, in regime di day hospital</b>		
3.4	<b>Verifica del grado di raggiungimento degli Obiettivi del P.R.I. e rivalutazione clinico – funzionale da parte della UVBR: attivazione della consulenza pneumologica</b>	<p>Almeno sette giorni prima della dimissione del paziente, la UVBR del Distretto di residenza del paziente attiva la consulenza pneumologica, utilizzando prioritariamente i medici della rete pneumologica, al fine di verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi e la rivalutazione clinico-funzionale.</p> <p>La relativa documentazione deve essere trasmessa al Direttore del Distretto e al MMG.</p>	<pre> graph TD     A[Inizio processo] --&gt; B[Trattamento di riabilitazione]     B --&gt; C[Presa in carico del paziente]     C --&gt; D[Verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi]     </pre>

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
	3.4	(verifica del grado di raggiungimento degli Obiettivi del P.R.I e rivalutazione clinica pneumologica)	
3.5	Dopo la valutazione pneumologica (punto 3.4), la U.V.B.R. distrettuale ridefinisce il Piano Riabilitativo individuale	<p>A seguito della consulenza pneumologica, vengono trasmesse alla UVBR le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- estremi di riferimento del P.R.I. in corso di sviluppo;</li> <li>- verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi del P.R.I.</li> <li>- Ridefinizione del livello di intensità di cura riabilitativa ed eventuale nuova proposta di setting riabilitativo <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aggiornamento dell'inquadramento clinico del paziente: presenza di comorbilità, terapie, ecc.;</li> <li>▪ aggiornamento dei fattori di rischio sociale;</li> <li>▪ aggiornamento fattori di rischio logistici.</li> </ul> </li> </ul> <p>L'iter deve essere avviato non oltre i 7 giorni precedenti la presunta data di dimissione del paziente.</p> <p>L'U.V.B.R. ridefinisce il P.R.I L'iter si deve concludere entro i 3 giorni precedenti la presunta data di dimissione del paziente.</p>	
3.6	Ridefinizione del Progetto Riabilitativo	3.6	(prosegue)

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
3.6	<p>(Ridefinizione del Progetto Riabilitativo individuale (PRI))</p> <pre> graph TD     3.6((3.6)) --&gt; Decision{ }     Decision -- peggioramento --&gt; Send[Invio del paziente ad U.O. per acuti o U.O. codice 60, RSA, domicilio, altro]     Send --&gt; End[Fine processo]     Decision -- stazionarietà --&gt; Prolungamento[Prolungamento dell'attività riabilitativa cod 56 regime dh o altro]     Prolungamento -- miglioramento --&gt; 3.7((3.7))   </pre>	<p>Al termine del primo ciclo riabilitativo il paziente può trovarsi nelle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Miglioramento:</b> può passare ad altro setting riabilitativo o essere preso in carico dal MMG;</li> <li>- <b>Stazionarietà:</b> può essere ritenuto utile un prolungamento del periodo di riabilitazione cod 56 in regime di day hospital o avviare altre azioni</li> <li>- <b>Peggioramento:</b> le condizioni cliniche, per vari fattori, possono essere peggiorate. A seconda delle esigenze, occorre rimodulare gli interventi: ricovero in U.O. per acuti, U.O. di lungodegenza (codice 60), RSA, domicilio, altro.</li> </ul>	

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
	3.7		
3.8	<pre> graph TD     A((3.7)) --&gt; B[Trattamento di riabilitazione respiratoria in regime ambulatoriale o domiciliare]     C((3.8)) --&gt; D[Dimissione protetta]     </pre>	<p>Scelta del setting riabilitativo</p> <p>Tra gli elementi fondamentali che il P.R.I. deve contenere, vi è quello della ridefinizione del setting riabilitativo. La scelta del setting dipende dalle condizioni del paziente, ma anche dalla reale possibilità di disponibilità del livello assistenziale, individuato come più appropriato, nel territorio di residenza/domicilio del paziente in modo da utilizzare le opzioni che maggiormente facilitano la compliance al trattamento riabilitativo.</p>	<p><b>Dimissione protetta:</b> Ulteriore trattamento di riabilitazione respiratoria: scelta del setting riabilitazione ambulatoriale o domiciliare.</p> <p><b>Fare riferimento al punto 1.13 del Diagramma di flusso</b></p>
3.9	<pre> graph TD     A((3.8)) --&gt; B[Trattamento di riabilitazione respiratoria in regime ambulatoriale o domiciliare]     B --&gt; C[Presenza in carico da parte del MMG]     B --&gt; D[Dimissione protetta: Dopo le dimissioni, il Medico di Medicina Generale prende in carico il paziente ed attiva tutti gli ulteriori provvedimenti di riabilitazione respiratoria ritenuti necessari, compreso la eventuale riabilitazione ambulatoriale e domiciliare attivando l'UVBR distrettuale..]     C --&gt; E[Fine processo "Implementazione del PRI codice 56 in regime day hospital"]     D --&gt; E     </pre>	<p>Trattamento di riabilitazione respiratoria in regime ambulatoriale o domiciliare</p>	<p><b>Dimissione protetta:</b> Dopo le dimissioni, il Medico di Medicina Generale prende in carico il paziente ed attiva tutti gli ulteriori provvedimenti di riabilitazione respiratoria ritenuti necessari, compreso la eventuale riabilitazione ambulatoriale e domiciliare attivando l'UVBR distrettuale..</p>
3.10			
3.11			

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
4.1	<p><b>Inizio processo “Implementazione del PRI in regime ambulatoriale o domiciliare”</b></p> 	<p>Processo 4 - “Implementazione del Progetto Riabilitativo individuale territoriale in regime ambulatoriale o domiciliare”;</p>	
4.2	<p><b>Trattamento di riabilitazione respiratoria in regime ambulatoriale o domiciliare</b></p> 	<p>Dimissione protetta: L’U.O. di degenza per acuti dimette il paziente con il P.R.I. da trasmettere al MMG o indicando che il P.R.I. deve pervenire allo stesso, a cura della U.V.B.R. distrettuale, nel più breve tempo possibile. Il MMG provvederà a richiedere i trattamenti di riabilitazione respiratoria in regime ambulatoriale o domiciliare su ricetta del SSR senza ulteriori interventi.</p> <p>Tutti i passaggi procedurali devono essere comunicati al Direttore del Distretto e alla U.V.B.R. di residenza dell’assistito.</p>	
4.3	<p><b>Presa in carico del paziente da inserire in un programma estensivo territoriale</b></p> 	<p>I programmi di riabilitazione respiratoria , in media, non possono durare più di 60 giorni.</p> <p>Le Linee Guida indicano che i trattamenti territoriali devono prevedere 2-3 sessioni settimanali della durata di 40-50 minuti.</p> <p>La U.V.B.R. del Distretto è deputata alla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- presa in carico del paziente da inserire nel programma territoriale ambulatoriale o domiciliare;</li> <li>- valutazione del bisogno riabilitativo;</li> <li>- definizione di programmi di follow up attivi dei pazienti con BPCO con valutazioni periodiche e supervisioni con cordate con il MMG.</li> </ul> <p>Al fine di evitare la riesacerbazione, il percorso riabilitativo deve essere attivato entro 4 settimane dalla dimissione</p>	<p>4.3</p>

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
4.3	<p>4.3</p> <pre> graph TD     A["Risorse da prendere in considerazione per l'implementazione del programma territoriale"] --&gt; B["U.V.B.R."]     B --&gt; C["4.4"]     </pre>	<p>(<i>presa in carico del paziente da inserire in un programma estensivo territoriale</i>)</p> <p>L'U.V.B.R., in accordo con il MMG del paziente, sulla base della valutazione del livello riabilitativo, dell'inquadramento clinico del paziente, della eventuale presenza di comorbilità, dei fattori di rischio sociale, dei fattori logistici e della disponibilità di risorse sanitarie e riabilitative presenti sul territorio di afferenza del Distretto o, comunque, sul territorio ASL, individua gli operatori/strutture più idonee ad implementare il programma riabilitativo.</p> <p>Le risorse da considerarsi prioritariamente sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ i terapisti della riabilitazione afferenti alle UU.OO. di riabilitazione distrettuali o dei PP.OO. dell'ASL, opportunamente formati alla riabilitazione respiratoria;</li> <li>▪ previo protocollo d'intesa, i terapisti della riabilitazione afferenti alla AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno;</li> <li>▪ le Strutture private accreditate ex art. 26 per le attività ambulatoriali e domiciliari, previa opportuna formazione degli operatori alla riabilitazione respiratoria.</li> </ul>	<p>(<i>prosegue</i>)</p>

N.	Diagramma di Flusso	Specifiche	Note
4.5	<pre> graph TD     A((4.5)) --&gt; B[Verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi del P.R.I.]     B --&gt; C["Fine processo 'Implementation del PRI in regime ambulatoriale o domiciliare'"]     </pre> <p><b>4.5</b></p> <p><b>Verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi del P.R.I.</b></p> <p><b>Fine processo "Implementation del PRI in regime ambulatoriale o domiciliare"</b></p>	<p><i>(risorse da prendere in considerazione per l'implementazione del programma territoriale)</i></p> <p>L'U.V.B.R., in accordo con il MMG del paziente, in tempo utile, prima della fine del programma riabilitativo territoriale procede alla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi del P.R.I.;</li> <li>- rivalutazione clinica-pneumologica;</li> <li>- ridefinizione del livello di intensità di cura riabilitativa ed eventuale nuova proposta di setting riabilitativo</li> <li>▪ aggiornamento dell'inquadramento clinico del paziente: presenza di comorbidità, terapie, ecc.;</li> <li>▪ aggiornamento dei fattori di rischio sociale;</li> <li>▪ aggiornamento fattori di rischio logistici.</li> </ul>	

## IL NUOVO RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

L'implementazione del percorso aziendale per la presa in carico riabilitativa del paziente con BPCO, vede, tra gli attori istituzionali che intervengono nelle varie fasi del percorso, la centralità della figura del Medico di Medicina Generale. Le linee di indirizzo regionali approvate a riguardo<sup>8</sup>, come pure il Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza territoriale<sup>9</sup> ridefiniscono e precisano il ruolo del MMG:

- la erogazione dell'assistenza delle patologie croniche , attualmente centrata prevalentemente sui servizi offerti dai Presidi Ospedalieri, deve invece prevedere l'affermarsi di un modello più propriamente territoriale. Nel caso specifico del trattamento della BPCO, deve essere definito un modello di collaborazione tra il MMG e lo Specialista Pneumologo per la gestione condivisa dell'intera filiera di trattamento che va dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, al follow-up, alla riduzione progressiva della malattia che prevede tutti gli interventi di riabilitazione respiratoria ritenuti utili e necessari;
- parallelamente, va ridefinito il modello organizzativo in cui opera il MMG, che sempre di più deve operare in "team" multi professionali: il modello assistenziale di tipo settoriale-specialistico, nel quale ciascun professionista eroga prestazioni con diverso grado di complessità senza che vi sia una reale adozione di linee guida e/o protocolli diagnostico terapeutici condivisi , deve essere abbandonato a favore di un modello di assistenza territoriale integrata, multidisciplinare, potenziata, di "iniziativa". Le principali modalità operative da realizzarsi, finalizzate alla realizzazione di tale nuovo modello sono:
  - le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che rappresentano un'articolazione organizzativa del Distretto Sanitario nella quale operano MMG o PLS o Specialisti Ambulatoriali, coordinati in team funzionali;
  - le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) che rappresentano un'articolazione organizzativa del Distretto Sanitario che non è alternativa alla AFT ma è a questa collegata, comprendendo i MMG e i PLS che ne fanno parte, e che si avvale di risorse umane rese disponibili dal Distretto e dal Comune – Ambito Sociale di Zona.

I principali obiettivi perseguiti dalle UCCP sono:

- favorire la presa in carico integrata dell'assistito, assicurare le ammissioni e dimissioni ospedaliere protette;
- garantire l'appropriatezza prescrittiva sia per quanto attiene l'assistenza farmaceutica che quella specialistica;
- ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, i ricoveri ripetuti ed i ricoveri inappropriati;
- Implementare i percorsi assistenziali integrati ospedale – territorio.<sup>10</sup>

Il recepimento unitario della domanda, per la presa in carico dei bisogni sociali – sociosanitari e sanitari, viene assicurata dal Punto territoriale della Porta Unica di Accesso (PUA).

**Nello specifico, nel percorso aziendale per la presa in carico riabilitativa del paziente con BPCO, per pazienti già diagnosticati con diagnosi di BPCO e non ospedalizzati , il MMG attiva la UVBR per il Piano Riabilitativo Individuale (P.R.I.). L'UVBR attiva la valutazione pneumologica per stabilire la graduazione dell'intensità di cura riabilitativa, valutando la possibilità dell'attivazione della rete pneumologica ospedaliera o degli pneumologi distrettuali. È a cura dell'UVBR la presa in carico del paziente per avviare la valutazione specialistica pneumologica. Il P.R.I sarà inviato al MMG.**

<sup>8</sup> DCA n. 70 del 21.12.2017.

<sup>9</sup> DCA n. 99 del 22.09.2016.

<sup>10</sup> Allegato alla Delibera della ASL di Salerno n. 260 del 14 marzo 2017 "DCA n. 1 del 11.01.2017 – Atto Aziendale – Piano delle Attività Territoriali – Completamento e allineamento al DCA n. 99 del 2016".

## IL CRONOPROGRAMMA DELLE AZIONI DA COMPIERE

La complessità del percorso da implementare, l'analisi del contesto interno dell'ASL e l'analisi dei punti di forza e di debolezza del percorso (analisi SWOT), portano a ritenere che lo stesso possa essere implementato con gradualità nel tempo e che debba essere posta particolare attenzione almeno ai seguenti elementi essenziali:

- **Attivazione di team riabilitativi specifici, sia a livello ospedaliero che territoriale, sia del pubblico che del privato accreditato** – premessa indispensabile alla corretta attivazione del percorso è il potenziamento dell'offerta pubblica e privata di riabilitazione respiratoria. Tale nodo passa per una qualificazione degli operatori dedicati e per una loro formazione specifica.
- **Attivazione di posti letto dedicati alla riabilitazione respiratoria** – l'Atto aziendale dell'ASL di Salerno prevede la implementazione di quattro Unità Operative di Riabilitazione codice 56 dislocate nei PP.OO. di Polla, Vallo della Lucania, Nocera Inferiore, e Oliveto Citra per un totale di 79 posti letto complessivi. Di questi, 16 -24 posti letto sono da dedicare alla riabilitazione cardio-respiratoria. A riguardo va inoltre evidenziato come il recente aggiornamento del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera<sup>11</sup> abbia modificato ulteriormente tale organizzazione, sia nel senso di un incremento di posti letto codice 56 che passano da 79 a 127, sia nell'aggiunta di una ulteriore U.O. da attivare presso il P.O. di Roccadaspide.
- **Potenziamento del ruolo della U.O. di Fisiopatologia della Respirazione**, Centro Regionale di alta specializzazione, dislocata presso il P.O. di Scafati, le cui attività, già implementate, possono fungere da volano sia per l'implementazione delle attività relative alla cura ed alla riabilitazione respiratoria dei pazienti con BPCO, sia per lo svolgimento delle attività formative degli operatori della riabilitazione, ospedalieri e territoriali.
- **Valutazione delle attività** – l'effettiva implementazione del percorso deve essere periodicamente monitorata al fine di verificare l'effettivo grado di realizzazione e introdurre le eventuali correzioni ritenute necessarie. Tale aspetto deve essere assicurato sia attraverso la individuazione di un referente aziendale per le attività di verifica e monitoraggio dell'applicazione del percorso riabilitativo, come espressamente richiesto dal DCA 70/2017, sia attraverso la individuazione di una batteria di specifici indicatori, di processo e di performance, al fine di pervenire ad una valutazione condivisa del percorso con i vari *stakerolder* interessati.
- **Integrazione con le attività svolte dalla Azienda Ospedaliera Universitaria di Salerno** – attraverso la definizione di un idoneo protocollo d'intesa per le attività riabilitative respiratorie.

Di seguito viene rappresentato il crono programma delle azioni da svolgere in cui sono state definite le priorità e la relativa tempistica attuativa.

---

<sup>11</sup> DCA n.8 del 01.02.2018 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento"

Principali azioni	CRONOPROGRAMMA													
	Anno 2018					Anno 2019								
	Mar	Apr	Mag	Giugno	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	apr
Individuazione Referente aziendale per le attività di verifica e monitoraggio														
Attivazione posti letto delle UU.OO. di Riabilitazione codice 56 dei PP.OO. dell'ASL dedicati alla riabilitazione cardio-respiratoria (previa formazione degli operatori)														
Percorso formativo, a cura della U.O. di Fisiopatologia respiratoria del P.O. di Scafati e rivolta a:														
o Tecnici della riabilitazione delle UU.OO. di Riabilitazione codice 56 dei PP.OO. dell'ASL di Salerno														
o Tecnici della riabilitazione delle UU.OO. di Riabilitazione distrettuali dell'ASL di Salerno														
o Tecnici della riabilitazione delle UU.OO. di Riabilitazione codice 56 delle CdC private dell'ASL di Salerno														
o Tecnici della riabilitazione delle UU.OO. di Riabilitazione delle Strutture private ex art.26 dell'ASL di Salerno														
Protocollo d'intesa tra l'ASL di Salerno e l'AOU di Salerno per la condivisione di percorso comune dei pazienti affetti da BPCO, residenti nell'ASL di Salerno														
Valutazione dell'effettiva implementazione del percorso e introduzione di eventuali correzioni al percorso (a cura del Referente aziendale)														
Percorso di audit pubbliche e private per la valutazione dei requisiti previsti per l'assistenza riabilitativa respiratoria														
Attivazione delle strutture pubbliche di riabilitazione territoriale ambulatoriale con i requisiti previsti														
Attivazione delle strutture private di riabilitazione territoriale ambulatoriale con i requisiti previsti														
Potenziamento dei Centri antifumo ASL														

## **GLI INDICATORI DI PROCESSO E DI PERFORMANCE**

Al fine di facilitare le attività di monitoraggio e verifica periodiche sullo stato di implementazione del percorso e al fine di introdurre eventuali aggiustamenti migliorativi, sono stati individuati i seguenti indicatori di processo e di performance.

### **Indicatori di processo (da misurare all'avvio del percorso e periodicamente per valutare le variazioni)**

- N° di strutture ospedaliere coinvolte – ricoveri per acuti;
- N° strutture private accreditate – ricoveri per acuti;
- N° di strutture ospedaliere coinvolte – codice 56, divisi per ricoveri ordinari e day hospital;
- N° strutture private accreditate – codice 56, divisi per ricoveri ordinari e day hospital;
- N° strutture ambulatoriali distrettuali che erogano prestazioni di riabilitazione respiratoria ambulatoriale o domiciliare;
- N° strutture ambulatoriali presso i PP.OO. che erogano prestazioni di riabilitazione respiratoria ambulatoriale;
- N° strutture private accreditate ex articolo 26 che erogano prestazioni di riabilitazione respiratoria ambulatoriale o domiciliare;
  
- N° casi di pazienti ricoverati per BPCO in fase acuta in Strutture pubbliche e private;
- N° casi di pazienti ricoverati per BPCO in fase riabilitativa codice 56 in Strutture pubbliche e private, divisi per ricoveri ordinari e day hospital;
- % di pazienti con episodi di riacutizzazione per BPCO
- N° casi con complicanze (?)

### **Indicatori di performance (come da DCACTA 70/2017)**

#### **Fase acuta con ricovero ospedaliero**

- Percentuale di pazienti che hanno documentato in cartella clinica l'avvenuta presa in carico riabilitativa
- Percentuale di pazienti che hanno ricevuto alla dimissione il Progetto Riabilitativo Individuale, con indicazioni alla riabilitazione post acuta territoriale
- Percentuale di pazienti trasferiti in ricovero ordinario o DH per riabilitazione intensiva (codice 56).

#### **Fase acuta senza ricovero ospedaliero**

- Percentuale di pazienti che, dimessi dall'UO per acuti con indicazione alla riabilitazione, hanno iniziato i programmi riabilitativi entro 4 settimane dalla dimissione;
- N° di pazienti che, su segnalazione del MMG, hanno ricevuto la valutazione da parte del team riabilitativo distrettuale (UVBR) e l'indicazione ad un programma di riabilitazione;
- Percentuale di pazienti con indicazione alla riabilitazione per i quali è stato predisposto un Progetto Riabilitativo Individuale multidisciplinare che prevede: l'esercizio fisico, educazione e self management;
- Percentuale di pazienti che, dopo la conclusione del progetto riabilitativo, sono stati inseriti in un programma di follow up distrettuale.

#### **Ulteriori Indicatori di performance**

- N° di pazienti dimessi da UU.OO. per acuti, con diagnosi di BPCO, con indicazione di:  
dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978);  
dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare  
trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura;  
trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione