



ASL BT

PugliaSalute

## PROGETTO SPERIMENTALE NEFRO – CARDIO CARE

Al Direttore Generale ASL BT  
Al Direttore Sanitario ASL BT  
Al Direttore UOC Direzione Medica P.O.  
Barletta

**Oggetto:** Proposta Progetto Sperimentale “Nefro – Cardio CARE” ASL BT.

In riferimento all’oggetto e facendo seguito alla collaborazione multidisciplinare integrata tra le UU.OO. del P.O. di Barletta Direzione Medica, Nefrologia e Cardiologia, si riporta di seguito la proposta di un Progetto Sperimentale teso ad assicurare l’implementazione di un **Percorso di Presa in carico multidisciplinare integrata del paziente con scompenso cardio-renale**, incentrato sui principi di *Clinical Governance* e che contempra, dunque, tutte le attività di seguito riportate:

- presa in carico multidisciplinare dei pazienti;
- percorsi fast di consultazione;
- connessione tra il Team Multidisciplinare ospedaliero e i diversi *setting* assistenziali;
- sistema di monitoraggio e verifica a cadenza periodica di indicatori di processo e di esito con audit periodici e condivisione di eventuali criticità e azioni di miglioramento;
- ottimizzazione risorse umane;
- umanizzazione cure (supporto psicologico);
- innovazione dei processi e implementazione tecnologia avanzata;
- telemedicina/teleconsulto;
- formazione specialistica e universitaria;
- ricerca e applicazione clinica e organizzativa.

Stante quanto premesso, si delinea di seguito la proposta elaborata relativamente al Progetto Sperimentale “Nefro – Cardio CARE” ASL BT, **in condivisione con i clinici coinvolti**.

Restando a disposizione per qualsivoglia necessità e per dare avvio, previo Vostro parere, alle attività innanzi descritte, ringraziando, si porgono cordiali saluti.

Barletta, 26.09.2024

### IL DIRIGENTE MEDICO

Referente Gestione Processi Clinico-Organizzativi

Direzione Medica P.O. Barletta

Dr.ssa Lucia Federica Carpagnano

IL DIRETTORE UOC f.f. NEFROLOGIA

P.O. BARLETTA

Dr.ssa Tiziana Piccolo

IL DIRETTORE UOC CARDIOLOGIA

P.O. BARLETTA

Dr. Giuseppe Diaferia



## 1. RAZIONALE

Lo scompenso cardiaco è una patologia ad elevata prevalenza, che colpisce l'1-2% della popolazione generale nel mondo occidentale. La prevalenza raddoppia per ogni decennio di vita raggiungendo il 6-10% nei soggetti di età superiore ai 65 anni ed è l'unica patologia cardiovascolare maggiore a presentare un'incidenza in continuo aumento negli ultimi 40 anni.

I fattori che hanno portato a questi progressivi incrementi sono molteplici:

- l'invecchiamento della popolazione,
- la riduzione della mortalità per eventi acuti cardiovascolari,
- l'efficacia del trattamento delle malattie croniche (cardiopatía ischemica, ipertensione arteriosa e diabete mellito)
- l'aumentata sopravvivenza per malattie neoplastiche, trattate con chemioterapici potenzialmente cardi tossici e radioterapia (con successivo possibile sviluppo di cardiomiopatie attiniche).

Negli ultimi anni sembra essersi registrato un progressivo incremento del numero delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco.

Nell'ambito delle patologie croniche, come nel caso specifico dello scompenso cardiaco, la realizzazione di processi di cura può favorire l'uniformità, la congruità e la continuità degli interventi.

La diagnosi di scompenso cardiaco cronico non è generalmente percepita da parte della popolazione come quella di una malattia grave in termini di invalidità e di mortalità, i dati epidemiologici, invece, lo identificano come una patologia ad elevata incidenza e prevalenza, assai grave in termini di morbilità, mortalità e riduzione della qualità di vita, con elevati costi sociali.

Per la gestione ottimale di questa patologia, che vede frequenti riacutizzazioni e coinvolge differenti figure professionali nei diversi setting di cura, è di fondamentale importanza assicurare continuità assistenziale secondo percorsi condivisi. I dati della letteratura scientifica hanno ampiamente dimostrato che un approccio coordinato, una gestione tempestiva della fase diagnostica e l'ottimizzazione delle terapie di mantenimento in contesto extra-degenza è in grado di migliorare la qualità dell'assistenza erogata e di ridurre il numero e la durata delle ospedalizzazioni di questa tipologia di pazienti complessi.

Il connubio di insufficienza cardiaca, peggioramento della funzione renale e la resistenza ai farmaci diuretici viene a configurare il quadro clinico più grave e meritevole di cure tempestive. Per tale motivo è stata proposta la correzione del sovraccarico di fluidi mediante tecniche di ultrafiltrazione isolata.

In ambito nefrologico l'ultrafiltrazione viene da tempo utilizzata in modalità isolata o associata all'emodialisi per la correzione del sovraccarico di fluidi nei pazienti affetti da insufficienza renale avanzata terminale.

Da un punto di vista generale, l'ultrafiltrazione è infatti un meccanismo di rimozione dell'acqua plasmatica indotto da un gradiente di pressione idrostatica (pressione trans-membrana creata attraverso il filtro da una macchina per dialisi/emofiltrazione).

Da qui la necessità di promuovere progetti sperimentali volti a garantire multidisciplinarietà professionale nella gestione ospedaliera e continuità assistenziale fra ospedale e territorio.

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 progetto sperimentale si propone di implementare un approccio olistico e integrato alla gestione acuta e cronica dei pazienti con patologie nefrologiche e cardiache 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
- Umanizzazione delle cure
- Comunicazione efficace;
- Integrazione dei servizi;
- Formazione specialistica: implementare programmi di formazione e aggiornamento professionale in ambito nefrologico e cardiologico, anche per i Medici in Formazione Specialistica e per il personale di comparto, collaborando con i centri universitari;

- Continuità assistenziale;
- Prevenzione e gestione precoce della patologia cardio-nefrologica;
- Ricerca e innovazione

L'uso di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e la gestione del paziente mediante Team Ospedaliero Multidisciplinare 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 inappropriatelyzza, 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 cardio – nefrologici, 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.

La ASL BT propone un Progetto Sperimentale in ambito di Gestione della patologia cardio-nefrologica che è già attivo presso il P.O. di Barletta e sarà, sulla base dei risultati preliminari già disponibili e di quelli a breve e medio termine, esteso a tutti i Presidi Ospedalieri della ASL BT.

Il progetto sperimentale 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.

Il Progetto Sperimentale getta le basi per la istituzione di un Ambulatorio Cardio-Nefrologico dedicato alla presa in carico multidisciplinare del paziente con patologia cardio-renale.

### **3. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI**

- 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;
- Costanzo, M.R., Ronco, C., Abraham, W.T., Agostoni, P., Barasch, J., Fonarow, G.C., Gottlieb, S.S., Jaski, B.E., Kazory, A., Levin, A.P., Levin, H.R., Marenzi, G., Mullens, W., Negoianu, D., Redfield, M.M., Tang, W.H.W., Testani, J.M., Voors, A.A., 2017. Extracorporeal Ultrafiltration for Fluid Overload in Heart Failure: Current Status and Prospects for Further Research. *J. Am. Coll. Cardiol.* 69, 2428–2445. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.03.528>
- Costanzo, M.R., Saltzberg, M., O'Sullivan, J., Sobotka, P., 2005. Early Ultrafiltration in Patients With Decompensated Heart Failure and Diuretic Resistance. *J. Am. Coll. Cardiol.* 46, 2047–2051. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2005.05.099>
- Costanzo, M.R., Saltzberg, M.T., Jessup, M., Teerlink, J.R., Sobotka, P.A., 2010. Ultrafiltration is Associated With Fewer Rehospitalizations than Continuous Diuretic Infusion in Patients With Decompensated Heart Failure: Results From UNLOAD. *J. Card. Fail.* 16, 277–284. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.12.009>
- *Giornale Italiano di Cardiologia*, 2020
- Linee Guida ANMCO



**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 socio-sanitari, compreso il coinvolgimento attivo della comunità.

#### **4. "NEFRO - CARDIO CARE" – Metodo di applicazione del modello**

Il Progetto Sperimentale 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 si istituisce un Team Ospedaliero Multidisciplinare dedicato alla presa in carico globale del paziente affetto da patologia nefro-cardiologica che merita una valutazione multidimensionale e un approccio terapeutico integrato 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 cardiologica e/o nefrologica e/o che accede per il tramite di Servizio di Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e/o in regime di degenza che rientra nei criteri clinici di inclusione viene indirizzato alla valutazione da parte del Team Ospedaliero Multidisciplinare;
2. Il Team Ospedaliero, composto da figure professionali multidisciplinari e in particolare Dirigente Medico Cardiologo, Dirigente Medico Nefrologo e Infermieri esperti e formati, opera riunendosi per la gestione del caso clinico;
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. Ciascun componente del Team prende in carico il paziente per quanto di propria competenza, con particolare attenzione a tutte le fasi del percorso terapeutico, con l'obiettivo di 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;
5. Il Team, a conclusione del ciclo di trattamenti in regime di degenza, 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;
6. In linea con l'obiettivo di ottimizzare l'integrazione dei servizi, il Team individua il setting assistenziale più appropriato per la gestione del follow-up e coordina il percorso del paziente tra ospedale e territorio, garantendo la continuità delle cure;
7. Il Team e i suoi componenti possono effettuare in modalità smart Teleconsulti/Teleassistenza/, 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 ospedalieri 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: solitamente si configura nell'infermiere formato ed esperto della UOC Nefrologia e UOC Cardiologia.

Il ruolo di case manager nel modello organizzativo assume un'importanza significativa nella gestione del percorso di cura del paziente.



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

Le principali responsabilità del case manager includono:

1. Coordinamento del percorso di cura;
2. Valutazione e monitoraggio;
3. Facilitazione della comunicazione
4. Gestione delle transizioni facilitando il passaggio del paziente tra i diversi setting assistenziali, garantendo la continuità delle cure e un'efficace trasmissione delle informazioni;
5. Educazione e supporto del paziente e dei caregiver.

Il case manager utilizza gli strumenti di teleconsulto per mantenere un contatto periodico 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 Ospedaliero, fornendo aggiornamenti sulla situazione del paziente e contribuendo alle decisioni cliniche.

Contestualmente a questa attività clinico-assistenziale integrata e multidisciplinare il progetto sperimentale NEFRO CARDIO CARE 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. È prevista pertanto una programmazione di incontri formativi e l'identificazione di percorsi diagnostici condivisi.

Il presente progetto, assolutamente innovativo, rappresenta una soluzione operativa a problemi di salute con la realizzazione di un progetto di gestione dello scompenso cardio-renale in ospedale che non si traduce unicamente in assistenza clinica, ma è anche strumento di formazione per i MMG e i Medici in Formazione Specialistica, nonché opportunità di 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.

## **5. AMBULATORIO CARDIO-NEFROLOGICO**

Sulla base dei dati clinici e delle risultanze del sistema di monitoraggio di esito e di processo relativamente al Progetto Sperimentale Nefro-Cardio CARE, stante la collaborazione professionale multidisciplinare già attiva, si prevede l'istituzione di un vero e proprio Ambulatorio Cardio-Nefrologico, in fase iniziale dedicato alla presente progettualità, e poi esteso alla presa in carico di altre patologie, da allocarsi presso il P.O. di Barletta ed eventualmente, progressivamente, esteso alle altre strutture ospedaliere aziendali.

## **6. RECEPIMENTO E FORMALIZZAZIONE PDTA**

Il Team Multidisciplinare Ospedaliero ha il compito di formalizzare, con il supporto della Referente della Gestione dei Processi, il Documento PDTA aziendale e la Procedura Operativa di gestione della patologia specifica, con il recepimento di documenti di indirizzo nazionale e internazionale.

## **7. INDICE DI ATTRATTIVITA'**

Il presente progetto sperimentale e la istituzione di un ambulatorio cardio-nefrologico (una delle prime realtà del Sud Italia) aumenta in modo significativo l'indice di attrattività per i pazienti su tutto il territorio regionale ed extra-regionale.

## **8. 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 patologie 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.**

## **9. INNOVAZIONE DEI PROCESSI – INNOVAZIONE TECNOLOGICA – UMANIZZAZIONE DELLE CURE**

All'interno di ogni Team è previsto l'inserimento di figure "ponte" e di supporto quali il nutrizionista, lo psicologo, l'infermiere di famiglia e il MMG, che contribuiranno a realizzare una reale presa in carico in **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 teso all'Umanizzazione delle Cure.**

L'Innovazione Organizzativa nel realizzare una presa in carico multidisciplinare applicando i principi della Clinical Governance all'assistenza clinica si coniuga perfettamente con l'innovazione tecnologica.

La ASL BT infatti è all'avanguardia nella diagnosi e cura di patologie attraverso l'utilizzo di apparecchiature innovative che offrono la possibilità di eseguire trattamenti di ultra filtrazione con approccio mini-invasivo nel massimo rispetto dell'emodinamica del paziente.

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.

## **10. FORMAZIONE CONTINUA E RICERCA SCIENTIFICA**

- Il Team Multidisciplinare dovrà, con il supporto della Referente della Gestione dei Processi, **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, contribuire alla ricerca in ambito scientifico-organizzativo presentando *paper* con la casistica trattata e con le azioni organizzative implementate.

## **11. 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. 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 attualizzandolo anche nel rispetto di 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 cardio-nefrologiche.

## **12. 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".

## **13. TELECONSULTO / 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 a contrarre l'infezione.

ASL BT con il presente Progetto offre già servizi di 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 gestionale nella presa in carico di pazienti cronici che meritano sempre più un'attenzione altamente specialistica e continua nel tempo.

#### **14. SERVIZI INTEGRATI: PSICOLOGIA CLINICA, NUTRIZIONE CLINICA.**

Con il Progetto Sperimentale "Nefro – Cardio CARE" la 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 cardio – nefrologiche e istituirà uno dei primi Ambulatori Cardio-Nefrologici della Regione Puglia.

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, la ASL BT offre nell'ambito del Modello Organizzativo il supporto psicologico (per paziente e familiari) e il supporto di nutrizione clinica in relazione alle esigenze cliniche del paziente.

#### **15. AZIONI DI MIGLIORAMENTO**

- Innovazione Apparecchiature elettromedicali e tecnologiche;
- Miglioramento Sistema Informatico e Piattaforma Televisita;
- Formazione Universitaria e Aziendale del Personale;
- Implementazione Algoritmo di Management Clinico del Paziente;
- Estensione del Progetto e dell'Ambulatorio Cardio – Nefrologico dal P.O. di Barletta (capofila) all'intera ASL

#### **16. SISTEMA DI MONITORAGGIO**

##### INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO

- n. pazienti presi in carico dal Team Ospedaliero / n. pazienti con diagnosi di patologia inclusa nel Progetto;
- n. pazienti in Trattamento innovativo/ n. pazienti presi in carico dal Team Ospedaliero;
- n. pazienti inseriti in agende dedicate Ambulatorio Cardio-Nefrologico / n. pazienti presi in carico dal Team Ospedaliero;
- N° di ricoveri ripetuti nei pazienti presi in carico dal Team VS N° di ricoveri ripetuti nei pazienti non presi in carico dal Team

**17. CONCLUSIONI**

ASL BT con un modello organizzativo di Clinical Governance elabora il Progetto “NEFRO-CARDIO CARE” 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
- Innovazione Tecnologica
- Gestione delle Liste di Attesa e Percorso fast di consultazione
- Appropriatezza diagnostica e prescrittiva
- Miglioramento indice di Attrattività

È un modello organizzativo strategico: “from research to health management”, innovativo, che consente di rispondere ai bisogni di salute in campo di Cronicità, Gestione dell’Acuzie e Continuità Ospedale-Territorio, proponendo un’innovazione strategica che utilizza l’innovazione tecnologica solo come strumento al servizio di una Organizzazione e che proietta le eccellenze cliniche oltre i confini delle mura aziendali per consentire al paziente migliori outcome clinici e minore invasività dei trattamenti terapeutici.

**IL DIRIGENTE MEDICO**

Referente Gestione Processi Clinico-Organizzativi

Dr.ssa Lucia Federica Carpagnano