



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Accordo Regionale per la Pediatria di Libera Scelta in
attuazione di quanto previsto dall'Accordo
Collettivo Nazionale del 15.12.2005**

In data 10 febbraio 2009 alle ore 10, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di Libera Scelta, in attuazione di quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale del 15 dicembre 2005, tra l'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna nella persona della Prof.ssa Nerina Dirindin e i rappresentanti delle Organizzazioni sindacali Fimp e Cipe.

L'Assessore
Prof.ssa Nerina Dirindin
FIRMATO

FIMP
Dott. Basilio Mostallino
FIRMATO

Cipe
Dott. Paolo Zandara
FIRMATO

PREMESSA

Il presente Accordo Integrativo Regionale della pediatria di libera scelta rappresenta uno strumento di governo della pediatria territoriale verso una più moderna organizzazione dell'assistenza, in coerenza con le indicazioni del Piano per i servizi sanitari approvato dal Consiglio Regionale il 19 gennaio 2007.

Il rafforzamento del ruolo del pediatra di libera scelta è considerato fondamentale per affrontare adeguatamente le problematiche legate alla qualità e all'appropriatezza degli interventi sanitari e sociosanitari e alla sostenibilità economica del Servizio Sanitario Regionale.

I contenuti del presente Accordo sono diretti a:

- realizzare una totale riconversione delle forme associative semplici verso forme di associazionismo complesso, di gruppo e di rete, in grado assicurare risposte più adeguate e qualitativamente migliori di continuità assistenziale, attraverso la reale condivisione delle informazioni cliniche dei pazienti;
- corresponsabilizzare i pediatri di libera scelta, attraverso gli obiettivi di governo clinico, nella gestione dei percorsi diagnostico terapeutici, con un miglioramento della qualità e dell'efficacia degli interventi e con un migliore utilizzo delle risorse complessive; nell'ambito delle attività di governo clinico è dato particolare risalto al programma per la gestione integrata del bambino diabetico basato su una logica di "lavoro di rete" in grado di garantire interventi integrati e multidisciplinari e continuità assistenziale;
- rispettare i livelli di spesa programmati e finalizzati a specifici obiettivi e azioni che favoriscano la presa in carico del paziente attraverso le prestazioni aggiuntive e i bilanci di salute;
- potenziare le cure domiciliari integrate attraverso la piena partecipazione del PLS alle diverse fasi del processo assistenziale: dalla valutazione multidimensionale, alla redazione del piano di assistenza degli interventi, e alla attuazione degli stessi insieme alla equipe multiprofessionale.

Particolare rilievo riveste la previsione relativa al progressivo superamento del libretto sanitario cartaceo verso il Fascicolo Sanitario Elettronico, nell'ambito del Progetto regionale MEDIR, a supporto della condivisione delle informazioni sanitarie tra i PLS e le altre strutture delle Aziende sanitarie, del miglioramento dell'accesso ai servizi e della continuità dei processi di cura.

1. EQUIPE TERRITORIALE

1. L'équipe è una forma organizzativa di tipo funzionale, obbligatoria per Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell'articolo 44 comma 3 dell'ACN. Il referente dell'équipe può richiedere per lo svolgimento della riunione la disponibilità di un locale aziendale, individuato nell'ambito del Distretto.

2. L'ambito distrettuale di riferimento della équipe territoriale, intesa come organismo operativo distrettuale, viene individuato dal Direttore Generale della ASL, su proposta del Direttore del Distretto e acquisito il parere degli operatori interessati, e rappresenta l'ambito territoriale di operatività della stessa per lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dal "Programma delle attività distrettuali", che comprende, oltre ai livelli obbligatori di assistenza, anche quanto di pertinenza distrettuale indicato da specifici progetti nazionali, regionali e aziendali.

3. Al fine di assicurare l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento, fanno parte della équipe territoriale le figure professionali ivi operanti deputate a garantire, ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni:

- a) l'assistenza primaria;
- b) la continuità assistenziale;
- c) la pediatria di libera scelta;
- d) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- e) l'assistenza infermieristica (se resa disponibile dall'organizzazione del distretto);
- f) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

4. L'intervento coordinato e integrato della équipe territoriale assume particolare rilievo nella realizzazione di attività ad alta integrazione socio-sanitaria, quali:

- a) tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- b) patologie in fase terminale;
- c) tutela della salute mentale;
- d) inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative;
- e) adozione di linee guida condivise per patologie di rilievo nel contesto sociale regionale o aziendale;

5. L'attività interdisciplinare e integrata dell'équipe territoriale si realizza mediante la produzione di valutazioni multidimensionali e selezionando risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno. Si concretizza anche attraverso la condivisione telematica delle informazioni sanitarie e la predisposizione di un programma di lavoro:

- a) finalizzato ad assicurare lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dalla programmazione sanitaria e da specifici programmi e progetti assistenziali;
- b) proposto dagli operatori interessati o dal Direttore del Distretto;
- c) concordato tra gli operatori interessati e tra questi e il Direttore del Distretto;
- d) che indichi i soggetti partecipanti, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse;
- e) che renda possibile operare modifiche durante la sua esecuzione, e preveda i tempi delle verifiche periodiche su eventuali problemi operativi, sui tempi di attuazione e sui risultati conseguiti.

6. L'équipe territoriale è orientata a favorire lo svolgimento delle attività in forma condivisa, specificatamente per quanto attiene le cure domiciliari. Al fine di facilitare la continuità dell'assistenza a specifiche categorie di malati cronici o a persone affette da patologie acute, i pediatri di libera scelta sono tenuti a condividere la documentazione ritenuta necessaria ai fini di una corretta assistenza sanitaria da parte dei medici di continuità assistenziale e degli specialisti ambulatoriali. In particolare i pediatri di libera scelta rendono disponibili:

- le notizie sulla/sulle malattie attive che compromettono lo stato di salute della persona;
- la terapia medica abitualmente assunta dal paziente;
- le principali notizie anamnestiche, con particolare riferimento ad allergie o intolleranze;
- quanto altro ritenuto utile o necessario.

7. Le Aziende Sanitarie Locali identificano le risorse dedicate alla sperimentazione delle équipe territoriali, vincolate al raggiungimento di obiettivi strategici di valenza aziendale o distrettuale. La retribuzione dei Pediatri di libera scelta che partecipano all'équipe è definita in sede di contrattazione aziendale ed è correlata alle funzioni assegnate e agli obiettivi assistenziali.

2. FORME ASSOCIATIVE E STANDARD DI STUDIO

1. E' istituito a livello regionale il Fondo per il mantenimento degli standards di studio e la promozione delle forme associative per consentire lo sviluppo delle forme di associazionismo complesso (gruppo e rete) e la informatizzazione dei PLS.
2. E' istituita la pediatria in rete, da calcolarsi nella misura massima del 40 % degli assistiti, al fine di consentire la totale riconversione delle forme di associazionismo semplice già autorizzate. Per la pediatria in rete è previsto un compenso forfetario annuo di € 8,00 per assistito.
3. E' confermato il compenso forfetario annuo di € 9,00 per assistito per la pediatria in gruppo, per la quale si prevede la misura massima del 10,00 % degli assistiti.
4. Complessivamente, a regime, il tetto delle forme associative è portato al 50 % a fronte dell'attuale tetto autorizzato pari al 45,49. Sono fatte salve le richieste di autorizzazione per associazionismo semplice già presentate alla data di sottoscrizione del presente accordo; nella concessione delle nuove autorizzazioni per la pediatria in rete è data priorità assoluta alla riconversione dalle forme di associazionismo semplice.
5. Entro 12 mesi dalla pubblicazione del presente Accordo le attuali forme di associazione semplice devono convertirsi in pediatria di rete. Dopo un anno dalla pubblicazione del presente AIR l'indennità prevista dall'articolo 58 lettera b) dell'ACN per l'associazionismo semplice è azzerata.
6. La percentuale di assistiti prevista per il collaboratore di studio è fissata al 13,50 %; il relativo compenso è pari a € 10 per assistito.
7. La percentuale di assistiti prevista per l'infermiere professionale è fissata all'1%; il relativo compenso è pari a € 7,50 per assistito.
8. L'indennità di collaborazione informatica è prevista per il 100% dei pediatri. La corresponsione dell'indennità di collaborazione informatica prevista dall'art. 58 dell'ACN nella misura di € 77,47 (indennità forfetaria mensile) è subordinata al rispetto della soglia del 70% della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e della richiesta di prestazioni specialistiche effettuate da parte di ciascun PLS, della stampa del codice fiscale, nel rispetto degli standard di cui all'allegato 3. Le Aziende provvedono al riscontro di detta soglia mediante il supporto del sistema della Tessera Sanitaria (articolo 50 della L. 236/2003). (Legge 23 dicembre 2005, n. 266 art. 1 comma 275).
9. I pediatri che intendono usufruire di una forma associativa devono presentare apposita istanza alla ASL di competenza la quale provvederà a verificare la sussistenza dei requisiti a norma dell'articolo 52, comma 6 dell'ACN e alla successiva trasmissione alla Regione. Quest'ultima verifica il rispetto delle percentuali di riferimento entro 30 giorni dal ricevimento, tenuto conto dell'ordine di arrivo delle richieste. E' compito dell'ASL procedere, in qualsiasi momento successivo all'inizio dell'operatività, alla verifica del possesso dei requisiti di cui all'articolo 52 dell'ACN.

3. PERCORSO DI TRANSIZIONE DAL LIBRETTO SANITARIO AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO-PROGETTO MEDIR

1. In ambito regionale è in fase di avvio il progetto di sanità elettronica Medir, con cui è prevista, tra l'altro, la realizzazione del fascicolo sanitario elettronico individuale. Con la progressiva messa a regime del progetto si prevede la partecipazione del PLS al progetto MEDIR -FSE e alla realizzazione del fascicolo sanitario elettronico.
2. Nella fase di applicazione del presente accordo si prevede di attuare la graduale transizione dal sistema cartaceo di libretto sanitario verso il FSE attraverso l'avvio di fasi sperimentali a livello aziendale come indicato nell'articolo 13 del presente Accordo.
3. Allo stato attuale, fatta salva l'attivazione dei predetti progetti specifici per alcune aree territoriali, il PLS continua a compilare il libretto sanitario cartaceo per tutta la popolazione assistita.
4. Per la compilazione del libretto sanitario il pediatra è remunerato con una quota capitaria annua di € 4,5 da calcolare sugli assistiti di età compresa tra 0 e 7 anni +364 giorni.

5. Le aziende sanitarie aggiornano il libretto cartaceo, i cui contenuti sono individuati nel precedente Accordo regionale di cui alla DGR n. 30/12 del 26 agosto 2003, sulla base di indirizzi regionali, tenuto conto di quanto previsto dal presente accordo all'articolo 7.

4. GOVERNO CLINICO E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

1. E' obiettivo strategico del Piano Sanitario Regionale la promozione del miglioramento della qualità dell'assistenza, favorendo la condivisione con i Pediatri di Libera Scelta degli obiettivi di salute. La pratica del governo clinico si caratterizza per la condivisione multidisciplinare e per la responsabilizzazione rispetto al raggiungimento degli obiettivi e agli esiti. Insita nel concetto di governo clinico è la capacità di monitorare i fenomeni al fine di conoscerli e gestirli per indirizzarli verso una migliore qualità dell'assistenza.

Sono individuati i seguenti obiettivi di governo clinico:

- 1) rispetto dei protocolli diagnostici e terapeutici relativi alla faringo tonsillite, otite e salute della bocca;
- 2) partecipazione a programmi di prevenzione dell'obesità e counselling del bambino obeso;
- 3) partecipazione ai programmi di gestione integrata del bambino diabetico.

2. Il PLS che non intende aderire ai singoli obiettivi di governo clinico, è tenuto a comunicarlo alla ASL. La ASL è chiamata a svolgere in qualsiasi momento le opportune verifiche sul corretto espletamento delle attività.

4.1 PROTOCOLLI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

1. Il rispetto dei protocolli diagnostici e terapeutici relativi rispettivamente alla faringo tonsillite, otite, salute della bocca, è remunerato con € 3,915 annui per assistito.

2. Entro 60 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo il Comitato regionale permanente della pediatria di libera scelta definisce i contenuti specifici dei protocolli e individua gli indicatori per il monitoraggio degli obiettivi. In mancanza di tale definizione la Regione provvede in merito.

3. La valutazione dei risultati conseguiti è effettuata dal Comitato Aziendale di cui all'articolo 23 dell'ACN, di norma a livello distrettuale sulla base di report di attività forniti dai servizi dell'Azienda deputati al monitoraggio delle attività di governo clinico.

4. Le ASL trasmettono annualmente alla Regione i dati sintetici relativi al monitoraggio, che saranno oggetto di valutazione da parte del Comitato Regionale di cui all'articolo 24 dell'ACN

5. Tale istituto è soggetto a verifica entro un anno dalla sottoscrizione dell'Accordo.

4.2 PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI DI PREVENZIONE DELL'OBESITÀ E COUNSELLING DEL BAMBINO OBESO

1. Il Piano regionale della Prevenzione approvato con DGR n. 29/2 del 5/7/2005e integrato con DGR n. 63/12 del 28/12/2005, si propone di prevenire l'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino, attraverso la promozione di stili di vita e comportamenti alimentari validi in tutte le fasi della vita, finalizzati al mantenimento/recupero del buono stato di salute, alla prevenzione dell'obesità e delle malattie cronico degenerative.

2. Il PLS partecipa ai programmi aziendali attuativi di prevenzione dell'obesità, collaborando con le strutture Aziendali sulla base del protocollo che sarà definito entro 60 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo dal Comitato permanente regionale della pediatria, insieme agli indicatori per il monitoraggio degli obiettivi. In mancanza di tale definizione la Regione provvede in merito.

3. La partecipazione ai programmi di prevenzione dell'obesità e counselling del bambino obeso è remunerato con € 0,50 annui per assistito.

4. La valutazione dei risultati conseguiti è effettuata dal Comitato Aziendale di cui all'articolo 23 dell'ACN, di norma a livello distrettuale sulla base di report di attività forniti dai servizi dell'Azienda deputati al monitoraggio delle attività di governo clinico.

5. Le ASL trasmettono annualmente alla Regione i dati sintetici relativi al monitoraggio, che saranno oggetto di valutazione da parte del Comitato Regionale di cui all'articolo 24 dell'ACN

6. Tale istituto è soggetto a verifica entro un anno dalla sottoscrizione dell'Accordo.

4.3 PARTECIPAZIONE AI PROGRAMMI DI GESTIONE INTEGRATA DEL BAMBINO DIABETICO

1. Il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006 -2008 individua il diabete mellito come malattia ad alta specificità e rilevanza regionale, per la quale è necessario migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'adozione di una logica di "lavoro in rete", in grado di garantire interventi integrati, continuità assistenziale e approccio multidisciplinare.

La Regione e le parti sindacali concordano che tale obiettivo deve essere perseguito attraverso l'integrazione tra PLS e servizi specialistici di diabetologia; detta integrazione si concretizza attraverso:

- una corretta ed efficace comunicazione;
- la condivisione dei dati clinici;
- la condivisione di linee guida sulla gestione del bambino diabetico;
- la condivisione di percorsi di orientamento alla salute;
- l'adesione dei rappresentanti legali del paziente.

2. Il Piano Regionale della Prevenzione approvato con DGR n. 29/2 del 5/7/2005 si propone di garantire la massima operatività al progetto di prevenzione delle complicanze del diabete sia nell'adulto sia nel bambino, perseguendo gli obiettivi di ridurre i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazione di arti, nefropatie, patologie cardiovascolari acute), di ridurre i tassi di ospedalizzazione dei pazienti diabetici e di migliorare la qualità della vita degli stessi.

3. L'attivazione della gestione integrata deve essere preceduta da un programma strutturato di formazione del PLS. I percorsi formativi devono essere realizzati in modo congiunto tra Diabetologi e PLS, e devono fornire competenze specifiche di ordine clinico e assistenziale, nonché competenze in ambito gestionale e valutativo, necessarie a creare i presupposti per avviare e sostenere l'organizzazione e la funzionalità del programma. I percorsi di formazione sono organizzati dalle ASL, nei limiti delle disponibilità del fondo di finanziamento previsto nell'Allegato 1 al presente AIR.

4. Presso ciascuna ASL sono attivati "team di progetto" (Specialista, PLS, Medici di Distretto) con il compito di avviare un monitoraggio nel tempo del processo di cura attraverso gli indicatori identificati a livello regionale ed eventualmente integrati secondo specifiche esigenze conoscitive locali.

A tale scopo il "team di progetto" si riunisce con frequenza di norma almeno quadrimestrale; gli esiti degli incontri di monitoraggio sono riportati in appositi verbali.

Il "team di progetto" ha, inoltre, il compito di monitorare l'equità di trattamento nell'erogazione dell'assistenza ai pazienti diabetici, indipendentemente dal loro arruolamento nel programma di gestione integrata.

5. Il programma di gestione integrata dei diabetici presuppone la costituzione di banche dati condivise tra gli operatori direttamente responsabili del processo di cura: l'informatizzazione rappresenta, quindi, il valore aggiunto che permette la realizzazione dei processi virtuosi, siano essi clinici, organizzativi o gestionali.

6. I PLS che aderiscono al programma di gestione integrata dei propri assistiti con diabete sono tenuti al rispetto delle modalità operative di presa in carico e dei protocolli assistenziali definiti nel presente articolo e nell'allegato 2. Ai PLS è richiesto, in via preliminare:

- di completare il programma formativo predisposto dalla ASL sulla base dei contenuti e metodi definiti dalla Regione;
- di trasmettere alla ASL l'elenco di tutti gli assistiti con diagnosi di diabete nel rispetto delle modalità stabilite dalla stessa Azienda;
- di partecipare alla stesura del piano integrato di assistenza definito congiuntamente con il servizio di diabetologia di riferimento.

7. La Regione destina risorse per la realizzazione dei programmi di assistenza integrata dei diabetici nella misura indicata nell'allegato 1. Per ciascun piano integrato di assistenza attivato, il medico percepisce un compenso annuo di 60 euro, erogato di norma secondo frazioni mensili (5 €/mese); a seguito di valutazione positiva del percorso assistenziale, condotta nei termini descritti nel comma successivo, sono riconosciute al PLS ulteriori 40 euro/paziente/anno. I compensi, così come sopra definiti, includono i costi eventualmente sostenuti dai pediatri per la partecipazione agli incontri di monitoraggio periodico, di cui al precedente comma 4.

8. Il programma di gestione integrata del paziente diabetico ha carattere sperimentale e durata di due anni. Entro 30 giorni dal termine del primo anno, sarà condotta la valutazione dei risultati ottenuti per l'eventuale rimodulazione del programma.

I processi di valutazione si distinguono in:

a) valutazione esterna o di sistema: finalizzata alla verifica dell'efficacia del programma regionale: è condotta dalla ASL e dalla Regione sulla base di indicatori di risultato riportati nell'allegato 2;
 b) valutazione interna o di aderenza: finalizzata al riconoscimento del compenso aggiuntivo per i PLS; è effettuata dal team di progetto sulla base di indicatori di processo riportati nell'allegato 2 e, in particolare:

- adesione alle raccomandazioni del protocollo di cui all'allegato 2;
- effettuazione delle visite e degli accertamenti e dei trattamenti definiti nel piano integrato di assistenza;
- utilizzo degli strumenti informatici definiti dalla ASL per la condivisione delle informazioni sanitarie;
- qualità dei dati forniti in termini di completezza, accuratezza e tempestività;
- conduzione degli incontri di monitoraggio periodico da parte del "team di progetto", nel rispetto delle frequenze minime stabilite dal precedente comma 4.

9. Gli indicatori di processo e di risultato riportati nell'allegato 2 per la valutazione dei programmi di assistenza integrata, sono aggiornati nell'ambito delle attività della Commissione regionale per la prevenzione delle complicanze del diabete. I documenti prodotti dalla Commissione sono regolarmente trasmessi al Comitato ex art. 24 dell'ACN. Con periodicità trimestrale la ASL trasmette alla Regione la valorizzazione degli indicatori, riferiti a ciascun ambito di operatività dei "team di progetto".

10. La ASL è tenuta a fornire ai PLS i presidi necessari al monitoraggio e valutazione della glicemia, in quantità correlate al numero degli assistiti inclusi nel protocollo di gestione integrata.

5. PRESTAZIONI AGGIUNTIVE ALLEGATO B) LETTERA C) DELL'ACN

1. Con riferimento all'allegato B) lettera C dell'ACN, sono eseguibili dai PLS le prestazioni indicate nella tabella 1), al fine di chiarire tempestivamente quesiti diagnostici e monitorare patologie acute o croniche riducendo il ricorso alle strutture di 2° livello.

2. Il PLS è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per l'effettuazione delle quali il proprio studio professionale è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.

3. Le prestazioni riportate nella tabella 1 non sono soggette ad autorizzazione. Le modalità di remunerazione sono quelle riportate nell'allegato B) dell'ACN. La distinta riepilogativa delle prestazioni eseguite dal pediatra deve indicare, per ogni singola prestazione, la data di effettuazione, il nome cognome e codice fiscale dell'assistito. L'Azienda effettua periodicamente controlli a campione sulle distinte presentate.

Tabella 1

| prestazione | tariffa |
|--|----------------|
| 1) Esecuzione nei casi a clinica dubbia di test rapido per la rilevazione dello streptococcus pyogenes in faringe | € 12,91 |
| 2) Esecuzione nei bambini altamente febbrili e con scarsi o dubbi segni di localizzazione infettiva di test rapido per la determinazione della proteina C reattiva | 5,16 |
| 3) Esecuzione stick urine per la determinazione di 10 parametri urinari | € 2,58 |
| 4) Esecuzione di Microves | € 2,58 |

| | |
|--|----------------|
| 5) Esecuzione di conta leucocitaria (con microscopio e camera di Burcher) | € 5,16 |
| 6) Esame microscopio urine (con microscopio e camera di Burcher) | € 2,58 |
| 7) Esecuzione di agglutinine a frigore | € 7,75 |
| 8) Esecuzione nei bambini con sospetta patologia allergica di Prick test per la determinazione degli allergeni alimentari e/o inalanti (10 test) | € 23,24 |
| 9) Esecuzione nei bambini con sospetta intolleranza alle proteine del latte vaccino di prick by prick con latte vaccino | € 7,75 |
| 10) Esecuzione di spirometria semplice in bambini collaboranti con asma persistente o ricorrente o altre patologie respiratorie | € 30,99 |
| 11) Esecuzione di impedenzometria o audiometria | € 8,68 |
| 12) Esecuzione di otoscopia pneumatica | € 12,91 |
| 13) Test alla luce di Wood | € 10 |
| 14) Esecuzione e valutazione di Scoliommetria | € 10 |
| 15) Esecuzione e valutazione di Podoscopia | € 12,91 |
| 16) Test per cecità ai colori | € 12,00 |
| 17) Tavole optometriche | € 10 |
| 18) Riflesso rosso | € 10 |
| 19) Pulsiossimetria | € 10 |
| 20) Screening per autismo (chat) | € 12 |
| 21) Rilevazione valori glicemici su prelievo capillare | €2,5 |

4. La prestazione "Rilevazione valori glicemici su prelievo capillare" non è riconosciuta negli assistiti inseriti in programmi di gestione integrata.

5. Al fine di ridurre gli accessi al pronto soccorso per prestazioni eseguibili dal PLS il valore della tariffa per le prestazioni di seguito elencate e incluse nell'allegato B) lettera A dell'ACN è modificato come di seguito indicato:

- Prima medicazione € 15;
- Sutura di ferita superficiale € 5.

6. Allo scopo di promuovere l'attività fisico sportiva dei minori, le certificazioni per attività sportive non agonistiche diverse da quelle indicate nell'allegato H dell'ACN effettuate gratuitamente dal PLS, sono remunerate quali prestazioni di particolare impegno professionale (PIP) nella misura di € 21. Gli oneri relativi sono a carico del Fondo per le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 14 comma 2 lettera e) nei limiti delle risorse assegnate a ciascuna Azienda.

6. CURE DOMICILIARI INTEGRATE

1. Il PLS partecipa alla definizione del percorso assistenziale e alla promozione della continuità delle cure del paziente in età pediatrica, nel rispetto dei metodi organizzativi stabiliti a livello distrettuale. Il PLS ha il compito di partecipare attivamente ai meccanismi di presa in carico globale del bambino nel rispetto di specifici piani di assistenza individuale.

2. Il PLS condivide con l'UVT l'utilizzo di una scheda di valutazione multidimensionale ad uso del SSR anche per finalità epidemiologiche (Allegato 5). La scheda sarà oggetto di successiva informatizzazione, in coerenza con i modelli e i parametri definiti del Sistema Informativo Regionale di cui al progetto MEDIR e sarà utilizzata dai PLS sulla base dei protocolli informatici definiti da accordi regionali o aziendali.

3. Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto dal PLS come esito di un processo di valutazione multidimensionale condotto nel rispetto dei commi precedenti, è remunerato con euro 80,00. Il PAI è contemplato nei casi di inserimento in percorsi di cure domiciliari integrate (CDI).

4. Ciascun accesso del PLS effettuato nei confronti degli assistiti è remunerato con un compenso onnicomprensivo rispettivamente di:

- CDI di terzo livello: 23,00 euro;
- CDI integrate di secondo livello: 22,00 euro;
- CDI integrate di primo livello: 21,00 euro.

7. PROGETTO SALUTE INFANZIA – BILANCI DI SALUTE AD ETÀ FILTRO

1. Il Progetto Salute Infanzia ha l'obiettivo di strutturare la funzione della prevenzione del Pediatra di Libera Scelta, attraverso lo svolgimento di:

- controlli effettuati in età filtro (definiti "Bilanci di Salute") per l'individuazione precoce dei soggetti affetti da handicap neurosensoriali e psichici;
- interventi di educazione sanitaria nei confronti dei propri assistiti rispetto ai rischi prevalenti per l'età evolutiva;
- esecuzione di screening;
- interventi di profilassi delle malattie infettive.

2. I controlli in età filtro prevedono, oltre l'esame clinico anche una valutazione globale dello stato di salute del bambino e includono aspetti di promozione attiva della salute. Gli stessi sono pertanto finalizzati a prevenire e diagnosticare precocemente determinate patologie, ad orientare positivamente lo sviluppo del bambino e le sue relazioni familiari, soprattutto in alcuni momenti critici della crescita, quali l'avvio della relazione madre – bambino, lo svezzamento, l'inserimento in comunità, ingresso a scuola e l'età adolescenziale. Tali visite costituiscono l'occasione per promuovere l'adesione alle vaccinazioni e per controllare lo stato vaccinale degli assistiti, nel rispetto del calendario vaccinale adottato a livello regionale.

3. I controlli in età filtro devono essere programmati ed effettuati al di fuori delle visite per patologia.

4. Nel corso di ogni bilancio di salute il pediatra compila un'apposita scheda su supporto informatico o cartaceo e si impegna a trasmettere mensilmente alla ASL di riferimento il riepilogo dei bilanci di salute secondo quanto previsto dall'allegato L dell'ACN.

5. I bilanci di salute previsti per la fascia di età compresa tra zero e sei anni, vengono stabiliti a livello regionale in numero di 8 per ogni assistito, da effettuarsi alle seguenti cadenze temporali: 1°, 2°, 3°, 6°, 12°, 24°, 36°, 66° mese, uno all'8° anno +/- un anno, uno al 10° anno +/- un anno e uno al 12° anno +/- un anno. Il dettaglio dei bilanci di salute è riportato nell'allegato 4.

6. Per ciascun bilancio di salute, ad eccezione di quello effettuato al primo mese di vita del bambino, che è gratuito, al pediatra compete un compenso lordo di 13 euro, a cui va detratta la quota ENPAM. Per la corresponsione dei compensi si applicano le modalità e i termini di cui all'allegato L dell'ACN.

7. I bilanci di salute saranno oggetto di successiva informatizzazione, in coerenza con i modelli e i parametri definiti del Sistema Informativo Regionale di cui al progetto MEDIR e sarà utilizzata dai PLS sulla base dei protocolli informatici definiti da accordi regionali o aziendali.

8. Al fine di omogeneizzare ed ampliare gli screening neurosensoriali per udito e vista in ambito regionale sono confermate le modalità di effettuazione dello screening per l'udito (Boel Test) e per l'ambliopia previsti nel precedente AIR di cui alla DGR 30/12 del 26 agosto 2003 (articolo 10 punto 2). Tali interventi, soggetti ad autorizzazione sanitaria, dovranno integrarsi e armonizzarsi con quanto previsto nella DGR n. 68/22 del 3/12/2008 relativa al programma regionale per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle ipoacusia in età pediatrica e screening uditivo neonatale.

8. ASSISTENZA FARMACEUTICA E MODULARIO

1. Il PLS è tenuto alla compilazione della ricetta secondo le norme di legge vigenti. In particolare, il PLS è tenuto a riportare con precisione il codice fiscale dell'assistito, all'annotazione, sulla ricetta e negli appositi spazi, del diritto del cittadino alla esenzione dalla partecipazione alla spesa, sia essa per status o per patologia.

2. Il PLS è inoltre tenuto al rispetto delle norme definite dalla Regione in merito alla fornitura dei farmaci e presidi in nome e per conto del SSR, ai sensi della D.G.R. n. 5/18 del 8.2.2006 e della D.G.R. n. 44/20 del 25.10.2006 e successivi aggiornamenti e modificazioni.

3. La rilevazione ed elaborazione informatizzata degli aspetti quali-quantitativi delle prescrizioni mediche rappresenta il presupposto per l'acquisizione dei dati necessari alla verifica sia dell'andamento e della regolarità prescrittiva dei PLS, sia del perseguimento degli obiettivi in materia di livelli di spesa programmati.

4. In relazione al disposto del comma 6 dell'articolo 49 dell'ACN, ed in armonia con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sanzioni nei confronti dei medici in ordine alle irregolarità prescrittive, assume particolare importanza la responsabilizzazione di tutti i PLS abilitati all'utilizzo del ricettario SSN al puntuale adempimento di tutti gli obblighi prescrittivi posti a loro carico, anche ai fini del rispetto dei livelli di spesa programmati. A tal proposito l'Azienda predispone le misure idonee a far rispettare da tutti i propri PLS gli obblighi in materia prescrittiva previsti dall'art. 50 della legge 326/2003.

5. Tutti i medici prescrittori (dipendenti e convenzionati) hanno l'obbligo di prescrivere identificando i codici di priorità nell'erogazione delle prestazioni stesse.

9. INFORMAZIONE MEDICO SCIENTIFICA NELLO STUDIO DEL PLS

1. La Regione promuove l'informazione scientifica sul farmaco quale attività volta alla qualificazione professionale dei pediatri di libera scelta e alla appropriatezza prescrittiva. In tal senso particolare rilevanza è attribuita alla informazione indipendente, da erogarsi da parte di soggetti terzi rispetto agli interessi economici di parte, da realizzarsi anche mediante gli strumenti previsti dalle norme regionali in materia e secondo le disposizioni definite dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 55/24 del 29.11.2005.

2. L'orario di apertura dello studio è dedicato in via esclusiva alla attività clinica ai cittadini che hanno esercitato la scelta nei confronti del pediatra.

3. In materia di informazione medico-scientifica, i pediatri di libera scelta sono tenuti all'osservanza delle disposizioni della deliberazione della Giunta Regionale di cui al comma 1, con particolare riferimento alla piena disponibilità dell'orario di studio per l'attività clinica nei confronti degli assistiti.

4. I pediatri di libera scelta ricevono gli informatori delle aziende produttrici di farmaci e/o tecnologie sanitarie al di fuori dell'orario di studio comunicato alla ASL.

10 DIRITTI SINDACALI

1. Ai componenti di parte medica convenzionati per la pediatria di libera scelta, presenti nei Comitati e Commissioni Regionali previste dall'ACN 15/12/2005, dal presente Accordo e da normative nazionali e regionali, è rimborsata la somma omnicomprensiva di € 100 lorde più le spese di viaggio ai sensi delle norme vigenti nella Pubblica Amministrazione.

2. Ai componenti di parte medica convenzionati per la pediatria di libera scelta, presenti nei Comitati e Commissioni Aziendali e distrettuali previste dall'ACN 15/12/2005, dal presente Accordo e da normative nazionali e regionali, è rimborsata la somma omnicomprensiva di € 80 lorde più le spese di viaggio ai sensi delle norme vigenti nella Pubblica Amministrazione.

3. Al fine della corresponsione delle indennità di cui ai commi precedenti il PLS presenta alla ASL di iscrizione la certificazione attestante la presenza alle sedute. I rimborsi sono erogati al pediatra avente diritto entro i due mesi successivi a quello di ricezione della richiesta.

11 COPERTURE DELLE ZONE CARENTI

1. Le competenze di cui all'articolo 33 commi 6 e 13 e 34 comma 2 permangono in capo alle singole ASL che individuano gli incarichi vacanti.

12 MAGGIORAZIONI PER ZONE DISAGIATE

1. A norma dell'articolo 58 lettera D) dell'ACN è confermato il compenso accessorio ai PLS operanti nelle zone dichiarate disagiate, individuate con provvedimento regionale nei Comuni di Carloforte e di La Maddalena, previsto dal precedente AIR.

13 CONTRATTAZIONE AZIENDALE

1. Il fondo per la contrattazione aziendale, di cui all'allegato 1, contiene le risorse destinate alle ASL, per la conduzione di sperimentazioni cliniche, gestionali, organizzative previste dalla contrattazione aziendale. Tali risorse sono finalizzate al perseguimento di obiettivi di carattere strategico definiti nel Piano Sanitario Regionale o previsti nei piani di riqualificazione dell'assistenza elaborati dalle ASL, per lo sviluppo di forme più complesse di associazionismo (Casa della Salute).

2. Nell'ambito del Fondo di cui al comma 1 è riservata una quota di **€ 210.000** per la partecipazione da parte del PLS alla fase di avvio del progetto MEDIR –FSE attivabile progressivamente in ambito distrettuale e/o aziendale. A tale riguardo le ASL operano sulla base di indirizzi regionali da emanarsi entro 60 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo.

2. Nell'ambito del Fondo di cui al comma 1 è istituito il fondo per la formazione e l'aggiornamento professionale dei PLS. I contenuti formativi sono definiti prioritariamente:

- dalla Programmazione Regionale (Attuazione del Piano Regionale dei Servizi Sanitari);
- in relazione agli obiettivi specifici dell'AIR (Diabete, Obesità, Linee Guida);
- dalla Programmazione Aziendale (definiti in contrattazione Aziendale).

3. Il Fondo per la formazione è pari al 10 % delle risorse finanziarie complessivamente destinate alla contrattazione Aziendale.

14 DEFINIZIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE

Finanziamento dell'Accordo Integrativo Regionale

Ai sensi dell'articolo 45 dell'ACN il fondo regionale a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione è costituito:

- a) dalle risorse di cui all'articolo 58 lettera b) comma 1 dell'ACN, integrato così come previsto dal comma 3 dello stesso articolo;
- b) dalle risorse di cui all'articolo 58 lettera b) comma 2 dell'ACN, definite nel precedente AIR per integrare i tetti previsti nel DPR 272/2000;
- c) dalle risorse di cui all'articolo 58 lettera b) comma 14 dell'ACN per programmi finalizzati al governo clinico;
- d) dalle risorse integrative regionali di cui all'articolo 58 lettera D) dell'ACN

| | | €/cap | euro |
|---|---|-------|------------------|
| Forme associative e requisiti di studio | Compenso ex articolo 58 lett. B) comma 1 | 2,09 | 409.954 |
| | Compenso ex articolo 58 lett. B) comma 3 | 2,07 | 406.031 |
| | Compenso ex articolo 58 lett. B) comma 2 | | 125.000 |
| Governo clinico | Compenso ex articolo 58 lett. B) comma 14 | 3,08 | 604.142 |
| Totale risorse ACN | | | 1.545.126 |
| Risorse Regionali Integrative | | | 2.841.181 |
| Totale Fondo | | | 4.386.307 |

Fondi e compensi

1. In attuazione di quanto stabilito dagli articoli 8 e 58 dell'ACN il compenso dei Pediatri di libera scelta oggetto del presente AIR è coerente con il perseguimento degli obiettivi di salute definiti nella programmazione regionale.

2. Le risorse così come individuate nel precedente articolo sono ripartite per alimentare Fondi distinti (allegato 1) aventi differenti finalità, livello e modalità di erogazione:

- a) Fondo per il mantenimento degli standards di studio e la promozione delle forme associative;
- b) Fondo per la promozione del governo clinico e qualità dell'assistenza;
- c) Fondo per la transizione dai libretti di salute a MEDIR
- d) Fondo per il progetto salute infanzia – bilanci di salute ad età filtro
- e) Fondo per le prestazioni aggiuntive
- f) Fondo per la contrattazione aziendale.

3. Il Fondo di cui al punto 2 a) è utilizzato per corrispondere i compensi forfetari ai PLS che svolgono pediatria di gruppo o di rete, che utilizzano il collaboratore di studio o l'infermiere professionale assunto secondo il contratto collettivo nazionale di categoria e per l'indennità di collaborazione informatica. Esso ammonta a euro **1.305.912**.

4. Il Fondo di cui al punto 2 b) è utilizzato per permettere al bambino di essere inserito in processi assistenziali virtuosi e per il governo clinico della spesa sanitaria. Le ASL istituiscono i fondi aziendali facendo riferimento alla quota capitarla di euro 3,915 annui per l'obiettivo di governo clinico relativo alla adozione dei protocolli individuati nel presente AIR, e di euro 0,50 per l'obiettivo obiettivo di governo clinico prevenzione dell'obesità. Il fondo destinato alla gestione integrata del bambino diabetico (euro **100.000**) è ripartito tra le ASL in base alla popolazione residente di età compresa tra 0 e 14 anni.

5. Il Fondo di cui al punto 2 lettera c) è utilizzato per la progressiva transizione dal libretto sanitario a MEDIR e ammonta, a livello regionale, a euro **484.393**. Esso è ripartito tra le ASL in base alla popolazione residente di età compresa tra 0 e 8 anni.

6. Il Fondo di cui al punto 2 lettera d) è utilizzato per la compilazione dei bilanci di salute e ammonta a livello regionale a euro **850.000**. Il Fondo è ripartito tra le ASL sulla base della popolazione residente di età compresa tra 0 e 14 anni.

7. Il Fondo di cui al punto 2 lettera e) è utilizzato per remunerare le prestazioni aggiuntive individuate nel presente AIR. Esso ammonta a livello regionale a euro **370.000**. Il fondo è Il Fondo è ripartito tra le ASL sulla base della popolazione residente di età compresa tra 0 e 14 anni.

8. Il fondo per la contrattazione aziendale è utilizzato per la conduzione di sperimentazioni cliniche, gestionali, organizzative previste dalla contrattazione aziendale. Tali risorse sono finalizzate al perseguimento di obiettivi di carattere strategico definiti nel Piano Sanitario Regionale o previsti nei piani di riqualificazione dell'assistenza elaborati dalle ASL, per lo sviluppo di forme più complesse di associazionismo (Casa della Salute). Nell'ambito del Fondo è riservata una quota di € 210.000 per la partecipazione da parte del PLS alla fase di avvio del progetto MEDIR –FSE attivabile progressivamente in ambito distrettuale e/o aziendale. Il 10% delle risorse è riservato alla formazione. Detto Fondo ammonta, a livello regionale, a euro **375.000** ed è ripartito tra le ASL sulla base della popolazione residente di età compresa tra 0 e 14 anni.

CAPITOLO 116 DURATA DELL'ACCORDO.

1. Il presente Accordo entra in vigore a decorrere dalla pubblicazione nel BURAS ed è valido fino all'entrata in vigore del successivo Accordo regionale, per le parti che non confliggono con il nuovo ACN.

ALLEGATO 1

| Fondi | | popolazione 0 -14 | pediatri |
|--|--|----------------------|-------------|
| | | 196150 | 239 |
| | | c/cap | importo |
| Forme associative e requisiti di studio | | | € 1.305.912 |
| Fondo promozione del governo clinico e qualità dell'assistenza | | | |
| 1) <i>protocolli</i> | | 3,915 | € 767.927 |
| 2) <i>obesità</i> | | 0,5 | € 98.075 |
| 3 <i>progetto diabete</i> | | | € 100.000 |
| Fondo per la transizione da libretti di salute a MEDIR | | | € 484.423 |
| Bilanci di salute | | | € 850.000 |
| Prestazioni aggiuntive | | | € 370.000 |
| Fondo aziendale | | | € 375.000 |
| potenziamento cure domiciliari integrate | | | € 20.000 |
| diritti sindacali | | | € 15.000 |
| | | | |
| totale | | | € 4.386.307 |

PROTOCOLLO DI ASSISTENZA AL MALATO DIABETICO.

LA TECNOLOGIA INFORMATICA ED IL TEAM.

Un moderno approccio alla efficiente gestione delle problematiche legate al Diabete Mellito non può prescindere dall'utilizzo della tecnologia informatica.

E' necessario creare una rete tra i medici di famiglia/PLS e i medici diabetologi, nel contesto di un più esteso servizio informativo sanitario, caratterizzata dalla disponibilità di un data base centrale interrogabile e implementabile da remoto, che possa contenere il fascicolo personale di ciascun cittadino diabetico e che consenta alle strutture interessate di disporre delle informazioni necessarie a trattare in modo appropriato quel paziente.

Il sistema è caratterizzato da connessione internet protetta e sicura, secondo criteri di sicurezza standard e nel rispetto delle norme di privacy. Il consenso al trattamento dei dati viene dato dal cittadino interessato al medico di medicina generale/PLS.

I nuovi modelli formativi del personale medico, sia esso medico di famiglia/PLS o specialista di qualsivoglia branca medica interessata alla gestione di una patologia cronica, s'indirizzano proprio sulle metodologie del lavoro in Team, sulla capacità della raccolta di dati condivisibili, sull'identificazione degli indicatori e la verifica dei risultati attraverso l'audit.

L'INTEGRAZIONE COME MODELLO PER RAZIONALIZZARE LA SPESA SANITARIA

La necessità di razionalizzare le risorse è trasversale a tutti gli ambiti sanitari, ma certamente sta divenendo un'emergenza per il Diabete: i costi infatti sono elevati e la prevalenza della malattia in rapido aumento.

I grandi studi di intervento sia sul diabete tipo 1 (DCCT), che sul diabete tipo 2 (UKPDS) hanno dimostrato che il mantenimento di un adeguato compenso metabolico, grazie a schemi intensivi di trattamento, è in grado di ridurre l'incidenza delle complicanze, e che globalmente ciò si traduce in una minore spesa per la comunità.

La costituzione di modelli integrati di cura è finalizzata ad integrare le peculiarità dei professionisti incaricati per la cura del diabete e delle loro complicanze con le necessità dei pazienti e delle loro famiglie all'interno di un programma condiviso di management della malattia diabetica. Gli obiettivi a breve ed a lungo termine debbono includere: miglioramento del controllo glicemico, intensificazione del follow-up del paziente secondo le linee guida condivise, riduzione del rischio per le complicazioni, aumento del grado di soddisfazione del paziente, implementazione della qualità di vita del paziente, controllo dei costi per il SSN.

Le azioni e gli interventi utili per perseguire questi obiettivi sono stati già in parte delineati con i primi atti di programmazione e regolamentazione regionale adottati con la DGR n. 29/2 del 5/7/2005 (Piano Regionale di Prevenzione) e con DGR 44/20 del 25/10/2006 (Accordo per la distribuzione dei prodotti per diabetici da parte delle farmacie convenzionate) e dalle successive direttive emanate a seguito di elaborazioni e approfondimenti condotti da specifiche commissioni e gruppi di lavoro interdisciplinari.

IMPLEMENTAZIONE DELLA GESTIONE INTEGRATA

Per realizzare un progetto di gestione integrata del malato diabetico sono necessarie alcune condizioni:

- Coinvolgimento attivo dei medici di famiglia
- Ripristino del ruolo specialistico dei medici diabetologi (oggi eccessivamente appiattito sul semplice monitoraggio glicemico)
- Formulazione del percorso di gestione condiviso che consideri le risorse locali
- Individuazione di modalità e strumenti di integrazione tra Primary e Secondary care attraverso il percorso di orientamento alla salute e modalità adeguate di comunicazione
- Formazione degli operatori
- Adozione di un database comune
- Raccolta centralizzata dei dati clinici (consenso informato del paziente) ed economici
- Valutazione periodica dell'assistenza attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di risultato
- Analisi dei dati clinici scelti e dei costi
- Valutazione degli outcomes

La soddisfazione delle condizioni sopra riportate, potrà permettere di ottenere un:

- Elevato livello di qualità delle prestazioni rese
- Elevatissimo livello di appropriatezza delle stesse prestazioni, con netta riduzione dei tempi di attesa e aumento della fruibilità
- Elevato grado di coinvolgimento del paziente
- Concreta possibilità della prevenzione secondaria della evoluzione della patologia in oggetto.
- Contenimento dei costi diretti ed indiretti della malattia

COMPETENZE DEI DIVERSI LIVELLI ASSISTENZIALI

Medico di medicina generale/PLS

- Prevenire la malattia diabetica, individuando i soggetti a rischio.
- Fare la diagnosi precoce di diabete secondo protocolli validati e condivisi.
- Eseguire e monitorare la terapia in collaborazione con lo specialista del S.D..
- Effettuare lo screening del diabete gestazionale, quindi inviare i soggetti positivi e/o dubbi alla struttura diabetologica per l'approfondimento diagnostico.
- Seguire i diabetici tipo 2 compensati, secondo protocolli concordati con SD.
- Curare i diabetici non deambulanti seguiti dalle strutture protette o in Assistenza Domiciliare Integrata.
- Tenere aggiornate, per quanto di competenza, le cartelle cartacee o informatizzate dei pazienti e partecipare alla rilevazione dei dati
- Formare ed informare i pazienti diabetici
- Partecipare in modo appropriato ai percorsi di formazione (anche in attività docente e di animazione)
- Partecipare all'elaborazione dei dati epidemiologici.
- Inviare gli insulino dipendenti/insulino trattati ai centri per l'assistenza diretta da parte del S.D.
- Provvedere alla prescrizione dei presidi sulla base di specifiche indicazioni del SD o di protocolli regionali o aziendali.

Struttura di diabetologia

- Eseguire l'inquadramento diagnostico sui pazienti inviati dal MMG
- Partecipare alla formazione specifica del MMG
- Formare i diabetici all'autogestione consapevole della malattia (Educazione Terapeutica)
- Assicurare la gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG, dei pazienti diabetici con grave instabilità metabolica, complicanze croniche in fase evolutiva, trattamento con microinfusori d'insulina
- Assicurare la presa in carico, in collaborazione con i MMG dei pazienti con diabete di tipo 2 scompensati e prima di interventi chirurgici maggiori
- Seguire i diabetici di Tipo 1 e gli insulino-trattati
- Fornire le prestazioni per i diabetici tipo 2 secondo il protocollo concordato con i MMG.
- Seguire la donna diabetica in gravidanza ed eseguire l'approfondimento diagnostico per il Diabete Gestazionale sulle pazienti inviate dal MMG;
- Eseguire la diagnosi precoce, le relative terapie e il follow-up delle complicanze.
- Partecipare all'elaborazione dei dati epidemiologici
- Eseguire le certificazioni medico-legali di competenza.

FATISPECIE CLINICHE

Di seguito vengono riportate a titolo esemplificativo, alcune situazioni cliniche con i criteri concordati di una gestione integrata del paziente diabetico:

Urgenza

Nelle seguenti situazioni è previsto l'invio al servizio di Diabetologia con Urgenza (con effettuazione della prestazione entro 72 ore):

- sintomatologia suggestiva di scompenso metabolico acuto
- ripetuti episodi d'ipoglicemia
- gravidanza in donna diabetica e diabete in gravidanza
- comparsa d'ulcera del piede o di severe lesioni ischemiche e/o infettive agli arti inferiori

Paziente diabetico ad alto rischio di complicanze

Si tratta di pazienti che prevedono un controllo presso il Servizio di Diabetologia entro 30 giorni:

- Diagnosi e tipizzazione di diabete all'esordio
- HbA1c > 8% in almeno due determinazioni consecutive
- Nuova diagnosi di complicanza
- Inizio della terapia insulinica

Paziente con complicanze in atto o altre comorbidità

Deve essere di volta in volta stabilito, di comune accordo tra medico di famiglia/PLS, diabetologo e paziente, il protocollo più idoneo per l'inserimento nel Team Care di altre figure professionali di specialisti, per un più aggressivo protocollo di management ed eventualmente un più frequente follow-up.

Paziente diabetico senza complicanze

Si tratta di pazienti con diabete mellito di tipo 2, in compenso clinico accettabile (HbA1c <8,0) e senza complicanze: per tali pazienti il modello "integrato" attualmente ritenuto più idoneo al raggiungimento degli obiettivi terapeutici condivisi, è il seguente:

1. Il paziente neo-diagnosticato dal medico di famiglia/PLS e' inviato al Diabetologo per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia mediante la gestione condivisa con la modalità del Team Care, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up a vita.
2. Successivamente il paziente è avviato ad un follow-up a lungo termine, integrato e condiviso tra i membri del Team Care
3. Il paziente viene avviato a visita presso la struttura diabetologica:
 - con le scadenze concordate con il MMG, (almeno ogni due anni per i pazienti in compenso accettabile e senza complicanze);
 - in qualsiasi momento si presentino nuovi problemi;
 - con maggiore frequenza (sempre in stretta collaborazione ed accordo con il MMG) per i pazienti che presentano complicanze o un controllo metabolico inadeguato.

INDICATORI DI VERIFICA

Al fine di valutare l'efficacia e l'estensione dell'applicazione del presente Protocollo si stabilisce di prendere in considerazione alcuni semplici ed efficaci indicatori:

1. di processo:

- numero di pazienti a gestione integrata che completano il percorso
- numero di visite presso il Medico di Famiglia/PLS
- numero di accessi al SD
- costo di fornitura dei prodotti per diabetici da parte delle farmacie convenzionate.

2. di risultato:

- riduzione di almeno 0,5 punti percentuali di HbA1c in due anni per i pazienti inseriti nel Protocollo
- riduzione del numero di ricoveri per diabete e per complicazioni del diabete (ictus, ima, claudicatio, retinopatia, nefropatia e neuropatia)
- riduzione del numero di accessi al PS
- gradimento dei pazienti nei confronti del Protocollo (attraverso un questionario di valutazione)

SCHEDE PER IL PROGRAMMA DI FOLLOW-UP PERIODICO:

Scheda 1 : da compilare da parte del Medico di Famiglia/PLS e inviare alla Struttura Specialistica Diabetologica in occasione della visita di follow up periodico.

Scheda 2 : da compilare da parte della Struttura Specialistica Diabetologica in occasione del follow-up periodico e da inviare in risposta al Medico di Famiglia/PLS.

SCHEDA 1

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____
 Epoca di insorgenza del Diabete: _____

Terapia in corso (diabetologica e non):Altri esami rilevanti eseguiti:

.....

Problemi aperti:

.....

| Epoca di insorgenza del Diabete: Terapia in corso: | | Scheda annuale di follow-up *(Minimo accettabile) | | | |
|---|--|--|------------------|-----------------|------------------|
| | | 3-4 mesi Data: | 6 mesi* Data: | 9 mesi Data: | 1 anno* Data: |
| Ogni 3-4 mesi | Glicemia | | | | |
| | HbA1c | | | | |
| | Esame urine | | | | |
| | Pressione Arteriosa | | | | |
| | Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato) | | | | |
| | Rinforzo educativo (specificare argomento) | | | | |
| | BMI | | | | |
| Ogni 6 mesi | Ispezione del piede | | | | |
| | EO Cardiovascolare | | | | |
| | EO Neurologico | | | | |
| A 1 anno | Microalbuminuria | | | | |
| | Creatininemia | | | | |
| | Uricemia | | | | |
| | Colesterolo tot. | | | | |
| | Colesterolo HDL | | | | |
| | Trigliceridi | | | | |
| | AST / ALT/ GGT | | | | / / |
| | Emocromo+F | | | | / |
| | Rischio CV | | | | |
| | ECG | | | | |

TIMBRO e Firma del Medico

Indirizzo, numero di telefono, e-mail ed orario di reperibilità del medico

Il sottoscritto _____, assistito dal Dott. _____ e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui alla Legge n. 675/96 concernente "la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" AUTORIZZA il proprio Medico di Famiglia/PLS e, in sua assenza, i sostituti e i medici associati, nonché i medici del Centro Diabetologico a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini di diagnosi e cura ed ad utilizzare in forma anonima i dati raccolti a scopo di ricerca scientifica ed epidemiologica.

Data

Firma

SCHEDA 2

Cognome:..... Nome:.....

Visita del:

Follow up: Controllo Urgente: Altro: _____
 Diabete Tipo 1 Diabete Tipo 2 IGT IFG GDM Altro _____
 PAOS:..... PAOD:..... PAO-Orto:..... \BMI:

Terapia attuale:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

| Ispezione piedi | Dx | Sin | Sensibilità Tattile | Dx | Sin | Sensibilità Vibratoria | Dx | Sin |
|--|----|-----|-------------------------------|----|-----|-------------------------------|----|-----|
| Normale Cute secca Deformità Ulcere | | | Normale Ridotta Assente | | | Normale Ridotta Assente | | |
| Test neuropatia autonómica: | | | | | | | | |
| Conclusioni e note: | | | | | | | | |

| | | | |
|---------------------|--|---|---------------------------------------|
| <u>Fundus OO</u> | Normale RD background RD pre-prolif. | RD proliferante Maculopatia Esiti Laser | R. Ipertensiva Cataratta Cecità |
| Conclusioni e note: | | | |

Indice di Winsor: caviglia dx.:..... caviglia sin.:.....

Altri esami vascolari :

Rapporto Albuminuria/Creatininuria:

Altri esami funzionalità renale:

Altri esami cardiovascolari :

Fattori di rischio CVD:

Rischio CVD:%

Terapia educativa strutturata:

.....

Commento:.....

.....

Modifiche Terapeutiche Consigliate: Posologia Nota CUF

1.....

2.....

3.....

Valutazione autocontrollo.....

Prossimo controllo:

Fra 2 anni (con 2 schede di follow-up del MdF) Fra 1 anno Framesi
 (prenotato per il:) Fra 1 anno Framesi

TIMBRO
Firma del medico

Indirizzo, numero di telefono ed orario di reperibilità del Servizio per il Medico di Famiglia/PLS; indirizzo e-mail.
 Orario di apertura al pubblico del Servizio; telefono; fax.-

DEFINIZIONE DI RICETTA INFORMATIZZATA

Per il Sistema Tessera Sanitaria (TS), una prescrizione medica risulta redatta secondo un processo di stampa informatizzata laddove risulti che il medico prescrittore abbia stampato, in fase di compilazione della ricetta, il codice fiscale dell'assistito anche in formato codice a barre.

Il codice fiscale in formato codice a barre deve essere riportato secondo lo standard di codifica 39 che risponde alle norme MIL-STD-1189 e ANSI MH 10.8M-1983, nell'apposito spazio di stampa predisposto.

Per consentire la lettura del codice a barre mediante l'impiego di penne ottiche o di lettori CCD, le dimensioni non devono essere superiori a 50 mm di lunghezza e 8 mm di altezza.

Allegato 4

1° MESE (+/- 15 gg)

- 1) Vigilanza
- 2) Tono
- 3) Riflessi
- 4) Attività Cardiaca
- 5) Attività Respiratoria
- 6) Addome e Organi interni
- 7) Valutazione anche
- 8) Genitali
- 9) Polsi Periferici
- 10) Alimentazione Naturale
- 11) Latte Formulato
- 12) Latte Vaccino
- 13) Prevenzione degli Incidenti
- 14) Valutazione Ambientale
- 15) Peso
- 16) Lunghezza
- 17) Circ. Cranica

2° MESE (+/- 15 gg)

- 1) Vigilanza
- 2) Tono
- 3) Riflessi
- 4) Attività Cardiaca
- 5) Attività Respiratoria
- 6) Addome Organi interni
- 7) Alimentazione Naturale
- 8) Latte Formulato
- 9) Latte Vaccino
- 10) Informazione sulle Vaccinazioni e sul calendario Vaccinale
- 11) Peso
- 12) Lunghezza
- 13) Circ. Cranica

3° MESE (+/- 15 gg)

- 1) Vigilanza
- 2) Tono
- 3) Riflessi
- 4) Attività Cardiaca
- 5) Attività Respiratoria
- 6) Addome e Organi interni
- 7) Valutazione anche
- 8) Ecografia Anche
- 9) Vitamine e Oligoelementi
- 10) Alimentazione Naturale
- 11) Latte Formulato
- 12) Latte Vaccino
- 13) Valutazione vaccini
- 14) Reazione Vaccini
- 15) Peso
- 16) Lunghezza
- 17) Circ. Cranica

6° MESE (+/- 30 gg)

- 1) Vigilanza
- 2) Tono
- 3) Riflessi
- 4) Attività Cardiaca
- 5) Attività Respiratoria
- 6) Addome e Organi interni
- 7) Dentizione
- 8) Genitali
- 9) Valutazione Uditiva
- 10) Alimentazione Naturale
- 11) Latte Formulato

- 12) Latte Vaccino
- 13) Intolleranze Alimentari
- 14) Valutazione Vaccini
- 15) Reazione Vaccini
- 16) Peso
- 17) Lunghezza
- 18) Circ. Cranica

12° MESE (+/- 30 gg)

- 1) Deambulazione
- 2) Linguaggio
- 3) Coordinazione Motiva
- 4) Attività Cardiaca
- 5) Attività Respiratoria
- 6) Addome e Organi interni
- 7) Dentizione
- 8) Genitali
- 9) Valutazione Alimentare
- 10) Vitamine e Oligoelementi
- 11) Valutazione Vaccini e Sollecito invio Ritardatari
- 12) Asilo Nido
- 13) Peso
 - 14) Lunghezza
- 15) Circ. Cranica

24° MESE (+/- 60 gg)

- 1) Deambulazione
- 2) Linguaggio
- 3) Coordinazione Motiva
- 4) Attività Cardiaca
- 5) Attività Respiratoria
- 6) Addome e Organi interni
- 7) Dentizione
- 8) Valutazione tronco-arti
- 9) Valutazione Alimentare
- 10) Vitamine e Oligoelementi
- 11) Valutazione Vaccini e Sollecito invio Ritardatari
- 12) Asilo Nido
- 13) Peso
 - 14) Lunghezza
- 15) Circ. Cranica

36° MESE (+/- 6 mesi)

- 1) Linguaggio
- 2) Valutazione Relazionale
- 3) Coordinazione Motiva
- 4) Attività Cardiaca
- 5) Attività Respiratoria
- 6) Addome e Organi interni
- 7) Dentizione ed Occlusione
- 8) Genitali
- 9) Valutazione tronco-arti
- 10) Primo test per Ambliopia
- 11) Scuola Materna
- 12) Valutazione vaccini
- 13) Peso
- 14) Altezza
- 15) Circ. Cranica

66° MESE (+/- 6 mesi)

- 1) Linguaggio
- 2) Coordinazione Motoria
- 3) Valutazione Relazionale
- 4) Valutazione Orale
- 5) Secondo test per Ambliopia
- 6) Attività Cardiaca
- 7) Attività Respiratoria
- 8) Addome e Organi interni
- 9) Pressione Arteriosa
- 10) Valutazione vaccini
- 11) Peso
- 16) Altezza

8° ANNO (+/- 1 anno)

- 1) Valutazione Auxologica
- 2) Stadiazione dello Sviluppo Puberale
- 3) Integrazione Scolastica
- 4) Valutazione Ortognatodontica
- 5) Comportamenti Derivanti
- 6) Prevenzione disturbi alimentari, sovrappeso ed obesità
- 7) Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari e Ipertensione
- 8) Valutazione Pressione Arteriosa
- 9) Screening Ipercolesterolemia

10° ANNO (+/- 1 anno)

- 1) Valutazione Auxologica
- 2) Stadiazione dello Sviluppo Puberale
- 3) Integrazione Scolastica
- 4) Valutazione Ortognatodontica
- 5) Comportamenti Derivanti
- 6) Prevenzione del Fumo
- 7) Prevenzione abuso di Alcolici
- 8) Prevenzione uso Sostanze Stupefacenti
- 9) Educazione Sessuale
- 10) Contraccezione
- 11) Prevenzione del Lavoro Minorile
- 12) Prevenzione disturbi alimentari, sovrappeso ed obesità
- 13) Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari e Ipertensione
- 14) Valutazione Pressione Arteriosa
- 15) Screening Ipercolesterolemia
- 16) Valutazione Vaccini

12° ANNO (+/- 1 anno)

- 1) Valutazione Auxologica
- 2) Stadiazione dello Sviluppo Puberale
- 3) Integrazione Scolastica
- 4) Valutazione Ortognatodontica
- 5) Comportamenti Derivanti
- 6) Prevenzione del Fumo
- 7) Prevenzione abuso di Alcolici
- 8) Prevenzione uso Sostanze Stupefacenti
- 9) Educazione Sessuale
- 10) Contraccezione
- 11) Prevenzione del Lavoro Minorile
- 12) Prevenzione disturbi alimentari, sovrappeso ed obesità
- 13) Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari e Ipertensione
- 14) Valutazione Pressione Arteriosa
- 15) Screening Ipercolesterolemia
- 16) Valutazione Vaccini
- 17) Predisposizione Scheda Dimissione del Pediatra

PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE PER LE CDI

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|---|
| Cognome: | | | |
| Nome: | | | Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Data Nascita: | | | Luogo Nascita: |
| Codice Fiscale | | | |
| Residenza Anagrafica: | | | |
| Via/Piazza: | | | n . |
| Comune | | | T el. |
| Residenza (se diversa da Domicilio) | | | |
| Via/Piazza: | | | n . |
| Comune: | | | T el. |
| Inserimento con Livello : | <input type="checkbox"/> Prest. Occasionali <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari 1° Liv. <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari 2° Liv. <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari 3° Liv. <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari Palliative e/o a Malati terminai | | |

Dati anagrafici come da Richiesta Medico di Medicina Generale

Persone di Riferimento:

| Nominativo | Tel. | Grado di Parentela |
|------------|------|--------------------|
| | | |
| | | |

P R O G E T T O

| | | | |
|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---|
| Tipo Progetto | <input type="checkbox"/> Nuovo | <input type="checkbox"/> Revisione | <input type="checkbox"/> Proroga/Verifica Programmata |
| Durata: dal | al | | (in giorni) |
| Responsabile: M.M.G. | | | Tel. _____ |
| Referente Medico UODI. | | | |
| Equipe: _____ _____ | | | |
| Aspetti di | _____ | | |
| Sintesi | _____ | | |
| Clinica | _____ | | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |

Tipologia progetto Responsabile ed Equipe che formano Progetto + Diagnosi e Obiettivi.

Data inizio attività _____

Data verifica progetto _____

Risorse Umane da impiegare:

| Q.tà | Figura Professionale | Codice Attività | n. Accessi/Sett. | Dal | Al |
|------|----------------------|-----------------|------------------|-----|----|
| | | | | | |

Pianificazione Attività da attivazione ADI

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Variazione Progetto:

data: _____

Risorse Umane da impiegare:

| Q.tà | Figura Prof. | Cod.Attività | n. Accessi/Sett. | Dal | Al | Agg +/- var |
|------|--------------|--------------|------------------|-----|----|-------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Eventuali variazioni in corso di attività

Obiettivo _____

Data _____

Firma Equipe _____ / _____
 _____ / _____

Paziente: 1 _____ Data: _____

1a. DIMENSIONE CLINICA
Indice di Comorbidità (CIRS)¹

Patologie Cardiache (solo cuore)

Diagnosi

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¹ Palmalee P.A., Thuras P.D., Katz I.R., Lawton M.P.: Validation of the geriatric residential population. J. Am Geriatr. Soc. 1995; 43:130-137. Modificata per la raccolta delle diagnosi collegate alla codifica ICD-9 CM e la loro stadiazione per apparato ai fini della compilazione della CIRS da Studio VEGA di Fabio Vidotto & C. S.a.s. © 2003 SIAE 002540-D003388.

Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)

Diagnosi

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)

Diagnosi

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)

Diagnosi

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)

Diagnosi

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, vie biliari-epato-pancreatiche; escluso diabete)

Diagnosi

| | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)

Diagnosi

| | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Fegato

Diagnosi

| | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Rene

Diagnosi

| | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie

(mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)

Diagnosi

| | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)

Diagnosi

| | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza)

Diagnosi

| | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)

Diagnosi

| | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Stato mentale e comportamentale (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

Diagnosi

| | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Patologia principalmente invalidante

Quando è sorta?

| | | | | | | | | | |
|---|----------------|---|---------------|---|---------------|---|---------------|---|---------------|
| 1 | Meno di 1 mese | 2 | Da 1 a 2 mesi | 3 | Da 2 a 3 mesi | 4 | Da 3 a 6 mesi | 5 | Più di 6 mesi |
|---|----------------|---|---------------|---|---------------|---|---------------|---|---------------|

Indici di severità e di Comorbilità**Indice di severità a 13 item (CIRS)**

media dei punteggi delle prime 13 categorie, escludendo la categoria "stato mentale e comportamentale"

Indice di severità a 14 item (CIRS)

media dei punteggi di tutte le categorie

Indice di comorbilità a 13 item (CIRS)

numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3, escludendo la categoria "stato mentale e comportamentale"

Indice di comorbilità a 14 item (CIRS)

numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3, calcolato su tutte le categorie

Legenda:

- 1- **Nessuna menomazione**
- 2- **Menomazione lieve:** non interferisce con le normali attività; trattamento facoltativo; prognosi eccellente (ad es. lesioni dermatologiche, ernie, emorroidi)
- 3- **Menomazione Moderata:** interferisce con le normali attività; trattamento necessario; prognosi buona (ad es. colelitiasi, diabete o fratture trattabili)
- 4- **Menomazione Grave:** è invalidante; trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata (ad es. carcinoma operabile, insuff. polm., insuff. cardiaca conges.)
- 5- **Menomazione Molto Grave:** può essere letale; trattamento di emergenza o inefficace; prognosi grave (ad es. infarto miocardico, ictus, emorragie digestive, embolia)

Il Medico compilatore: _____

Paziente: _____

Data: _____

1 / L

1b. DIMENSIONE CLINICA Scala di Instabilità Clinica²

Sulla base di tutti i dati clinici (anamnesi, esame obiettivo, numero e tipo di patologie concomitanti, esami di laboratorio e strumentali), la valutazione sulla stabilità clinica *attuale* dell'anziano è la seguente:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

Legenda:

- 0- Stabile** Senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico³ *programmabile* ad intervalli **maggiori di 60 giorni**.
- 1- Moderatamente Stabile** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico *programmabile* ad **intervalli di 30-60 giorni**.
- 2- Moderatamente Instabile** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico *programmabile* ad intervalli di **più di una volta al mese ma meno di una volta/settimana**.
- 3- Instabile** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico **NON programmabile**, presumibilmente *una o più volte alla settimana, ma non quotidiano*.
- 4- Altamente Instabile** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico **quotidiano**.
- 5- Acuzie** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico **pluriquotidiano**.

Il Medico compilatore: _____

² Bernardini et al. 1995.

³ Monitoraggio clinico significa: visita medica completa o valutazione attenta "problema orientata" e/o esami di laboratorio e/o esami strumentali.