

LE BUONE PRATICHE SOCIO SANITARIE

GLI AMBULATORI DELLA CRONICITÀ NELLA ASL BT – PUGLIA

Venerdì 28 novembre 2025 – AREZZO FORUM RISK MANAGEMENT 2025

segui **quotidianosanita.it**[Tweet](#) [G+](#) [stampa](#)

Puglia. Asl BT istituisce gli Ambulatori della cronicità a gestione infermieristica

Il servizio sarà dedicato ai pazienti con diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, BPCO. Attivate anche le procedure di accreditamento dei servizi di telemedicina (Telecardiologia e Telediabetologia e Spirometrie) per pazienti cronici. Predisposto un bando per il reclutamento degli infermieri.

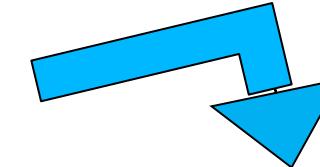


27 APR - Con delibera 741 del 07.04.2016 la Direzione Generale della Asl BT attiva su tutto il territorio della Asl gli ambulatori della cronicità per a gestione infermieristica per i pazienti con Diabete, Ipertensione, scompenso cardiaco, BPCO. A darne notizia è una nota della Asl, in cui si spiega che "il progetto diventa realtà dopo l'esperienza in forma sperimentale del progetto Nardino sulla gestione delle malattie croniche e dopo esperienza a livello europeo del progetto Carewell di cui la ASL BT è capofila, tale progetto diventa realtà".

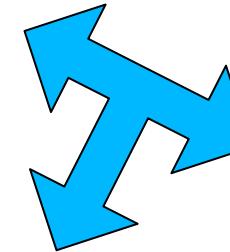
La Direzione Strategica della ASL ha motivato così la sua delibera: "Preso atto della positiva esperienza maturata presso i suddetti ambulatori per la cronicità della ASL, le cui performance sono misurabili sia in termini assoluti di numero di pazienti cronici presi in carico sia relativamente alla popolazione interessata, in termini di riduzioni delle percentuali ricovero ospedaliero, della spesa farmaceutica e delle richieste di esami specialistici, dichiara di approvare il programma operativo della Regione Puglia 2013/2015 e in modo particolare il programma 13(definizione dei PDTA per la cronicità) e 14(Riconversione delle strutture ospedaliere in P.T.A.)".

La Regione Puglia ha sperimentato il Progetto NARDINO c/o DSS1 ASL BT

Progetto Leonardo



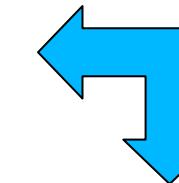
Progetto Nardino



Disease and Care Management



Patologie Croniche



- Nella Medicina Generale in associazionismo
- Ambito territoriale

Come nasce il Progetto Nardino

L' OBIETTIVO

garantire una reale presa in carico complessiva al di fuori dell'ospedale dei pazienti cronici (che rappresentano il 27% della popolazione ma incidono sulla spesa sanitaria per il 70%)
→ appropriatezza + risparmio

LA STRATEGIA

favorire la crescita al di fuori dell'ospedale di un soggetto che sia in grado di sostenere il confronto con l'ospedale

Territorio Minervino Murge - Spinazzola

Popolazione di Minervino Murge e Spinazzola

$$10000 + 7000 = 17000$$

Media inf/pz = 1 inf ogni 3000/3500 abitanti.

Alcuni aspetti significativi del modello dell'ASL BAT

- Costituzione di ambulatori infermieristici
- Agende
- Figura Care-Manager
- Percorsi formativi per pazienti e Careviger

Attori del progetto

1. *MMG*
2. *Care-Manager*
3. *Medici Specialisti*
(Cardiologo, Pneumologo, diabetologo)

Patologie da Trattare

I pazienti che aderiscono al Progetto Nardino saranno inseriti in elenchi per patologie:

1. Diabete
2. BPCO
3. Ipertensione Arteriosa
4. Scompenso Cardiaco

Programma



Le 8 Priorità di Base per l'autogestione della malattia.



1 Sapere come e quando consultare il medico



5 Sapere come mantenere la malattia sotto controllo



2 Conoscere la malattia e fissare gli obiettivi



6 Modificare gli stili di vita per ridurre i rischi



3 Assumere correttamente i farmaci



7 Far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli



4 Effettuare gli esami ed i controlli raccomandati



8 Effettuare le visite specialistiche e follow-up

I 5 stadi del cambiamento

- 1. Precontemplazione** – ‘Fumo da quando ero adolescente. Fumare è una parte di me e non ho intenzione di cambiare’
- 2. Contemplazione** – ‘Mi piacerebbe smettere di fumare, davvero, ma ho già provato e devo ammettere che non ci riesco’
- 3. Determinazione** – ‘Ho parlato con il medico della possibilità di smettere di fumare. Mi ha prescritto qualcosa che mi aiuti a vincere il desiderio di fumare’
- 4. Azione** – ‘Non ho fumato per tutto il giorno ed ho cerchiato la data sul calendario. Ho con me il farmaco che il medico mi ha prescritto in caso di necessità’
- 5. Mantenimento** – ‘Da tre mesi non fumo più. Mi sento benissimo’

Prese in carico e Follow up

Canosa di Puglia		SPINAZZOLA	
PRESE IN CARICO	375	PRESE IN CARICO	672
DIABETE (3 MCV+1BPCO-DOPPIA DIAGNOSI)	156	DIABETE (6 MCV+4 BPCO-DOPPIA DIAGNOSI)	310
BPCO	5	BPCO (4 MCV DOPPIA DIAGNOSI)	19
MCV	40	MCV	337
SCOMPENSO CARDIACO	174	SCOMPENSO CARDIACO	6
FOLLOW UP	517	FOLLOW UP	3976
ECG+ VS. CARDIOLOGICA	246	ECG+ VS. CARDIOLOGICA	1788
ECOCARDIO	76	ECOCARDIO	853
FUNDUS OCULI	96	FUNDUS OCULI	598
VISITA PNEUMOLOGICA	23	VISITA PNEUMOLOGICA	116
VISITA DIABETOLOGICA/ENDOCRINOLOGICA	537	VISITA DIABETOLOGICA/ENDOCRINOLOGICA	1224
HOLTER CARDIACO APPLICATI	31	HOLTER CARDIACO APPLICATI	101
TSA	131	Eco TSA (da settembre 2019)	104

Prese in carico e Follow up

Minervino Murge	
PRESE IN CARICO	294
DIABETE (3 MCV+1BPCO-DOPPIA DIAGNOSI)	222
BPCO	5
MCV	67
SCOMPENSO CARDIACO	174
FOLLOW UP	791
ECG+ VS. CARDIOLOGICA	341
ECOCARDIO	152
FUNDUS OCULI	274
VISITA PNEUMOLOGICA	14
VISITA DIABETOLOGICA/ENDOCRINOLOGICA	720
HOLTER CARDIACO APPLICATI	18
Holter pressorici	6





20
Years
2000-2020

UN NUOVO SISTEMA SANITARIO

LA RIFORMA IN CAMMINO

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI