

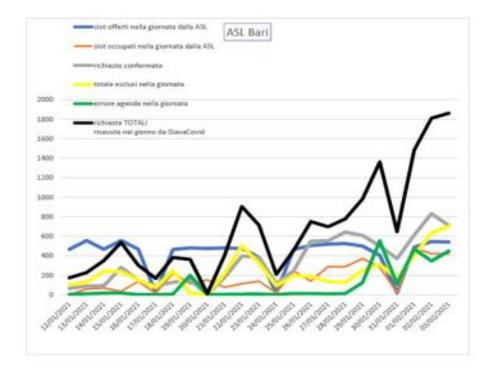
### 19° CONGRESSO PROVINCIALE

"Il futuro della medicina generale di fronte alla sfida del PNRR tra innovazione tecnologica e tutela del rapporto fiduciario"



Copyright: <a href='https://it.123rf.com/profile\_sezerozger'>sezerozger</a>

Hotel Parco dei Principi Viale Europa, n.6 - Bari 04 Settembre 2021



ASL Barri

OPERATIVITA'

OP

ASI, Bari	slot offerti nella giorsata dalla ASL	sist occupati nella giornata dalla ASL	richieste confermate	richieste cancellate	nessuna risposta nella giornata	persone errate nella giornata	esdusi da Gava nella giornata	totale exclusi nella giornata	errare agenda nella giornata	richieste TOTALI ricesute nel giorno da GiasaCovid
12/05/2021	466	2	65	19	66	5	14	104	4	173
13/00/2021	556	58	89	6.	107	8	80	129	10	228
14/01/2021	466	69	92	11	228	2	0	341	17	350
15/01/2021	556	34	280	17	208	- 10	3	238	19	537
16/01/2021	466	138	148	15	135	4.3	2	152	2	302
17/01/2021	20	36	90	2	71	1	1	75	1	167
18/05/2021	464	222	127	- 8	235	1	5	249	- 6	382
19/01/2021	480	113	150	2	0	6	8	14:	199	363
20/00/2021	474	151	3	ē	-0	0	6	- 5	2	11
21/01/2021	480	77.	178	18	194	- 6	4	222	4	404
22/05/3021	474	113	396	48	441	12	2	503	- 6	905
23/00/2021	384	139	385	30	277	11	2	320	7	712
24/05/2021	20	20	113	2	. 87	5	0	94	2	209
25/00/2021	464	246	246	26	160	4	5	195	13	454
26/01/2021	505	140	549	42	129	16	10	188	13	750
27/06/2021	519	289	553	23	96	15	1.	135	9	H7
28/00/2021	525	287	642	32	74	17	1	124	12	778
29/01/2021	499	371	608	81	142	27	1	251	124	983
30/01/2021	405	282	500	120	168	25	5	310	552	1362
31/01/2021	20	20	370	63	92	13	0	368	139	648
01/02/2021	489	480	613	179	188	31	4	402	469	3484
82/62/2021	545	422	832	305	277	43	8	683	346	1811
09/02/2021	541	420	710	297	335	53	18	703	448	1861

	11537	5524	10072	2090	4452	427	140	7119	3693	20884
07/02/2021	£2	62	334	111	115	17	1	244	36	604
06/02/2021	519	462	569	201	185	35	19	440	449	1458
05/02/2021	540	445	733	184	213	31	12	440	508	1681
- X ordanas -	0.01	77.00	111		2019	- 40	- 00	141	444	9444



#### 4 Centri Vaccinali





姿

袋

Ġ

Ġ

Ġ

Ġ

Ġ

ئى



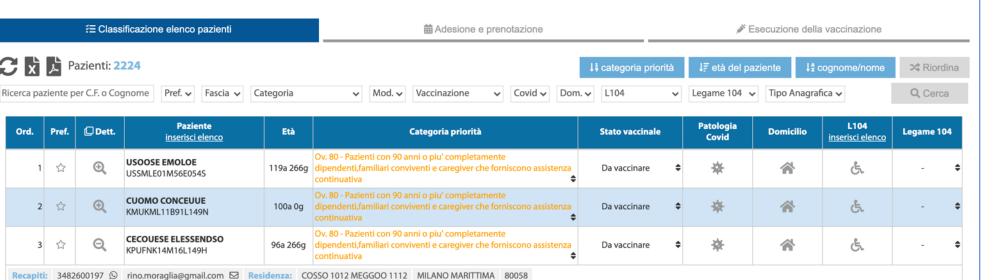


F ESCI





- Finalizzazione elenco assistiti per vaccinazione, Covid19 e Legge 104
- Inserimento automatico assistiti con Legge 104 da file excel, familiari e caregiver
- Verifica della storia clinica
- Funzioni di riordino per categorie di priorità o per età (includi o escludi)
- Filtri di selezione
- **Esportazione Excel o PDF**



Patologie croniche: AIDS - HIV Demenza Diabete con complicanze croniche Diabete senza complicanze croniche Emiplegia o paraplegia Infarto del Miocardio Insufficienza cardiaca congestizia Insufficienza epatica lieve Malattia polmonare cronica Malattia renale Malattia reumatica Malattia vascolare periferica Malattie cerebrovascolari Metastasi Tumori,linfomi o leucemie Ulcera peptica

4	☆	⊕,	EBEUE CONCEUUE BUKKML19B46O161K	96a 95g	Ov. 80 - Pazienti con 90 anni o piu' completamente dipendenti, familiari conviventi e caregiver che forniscono assistenza continuativa	Da vaccinare
5	☆	⊕,	CESUESSENO BOENCE KSUSSO19S64L149U		Ov. 80 - Pazienti con 90 anni o piu' completamente dipendenti, familiari conviventi e caregiver che forniscono assistenza continuativa	Da vaccinare
6	☆	⊕_	CHOEUCHOE GEBSOELE KHSMHL16D04L149Y		Ov. 80 - Pazienti con 90 anni o piu' completamente dipendenti, familiari conviventi e caregiver che forniscono assistenza continuativa	Da vaccinare

D'ECUEE ELESSENDSO

DPSFNK16K01L199M

₩

EDICA

9 🏠

CESECENE ENNE PSKMSK16H99B044O	Ov. 80 - Pazienti con 90 anni o piu' completamente dipendenti, familiari conviventi e caregiver che forniscono assistenza continuativa	;
OMPESEUO PESQUELE MPSPQL35U14F839B	Ov. 80 - Pazienti 80-90 anni completamente dipendenti, familiari conviventi e caregiver che forniscono assistenza continuativa	;

Da vaccinare Da vaccinare 95a 129g Ov. 80 - Pazienti con 90 anni o piu' anni Da vaccinare



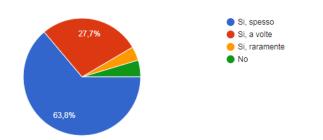






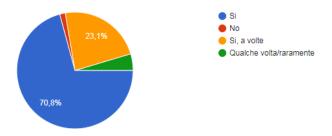
14. IL CARICO DI LAVORO PER LA CAMPAGNA VACCINALE anti-SARSCoV2 TI HA CREATO ANSIA E/O PARTICOLARI STATI EMOTIVI?

130 risposte



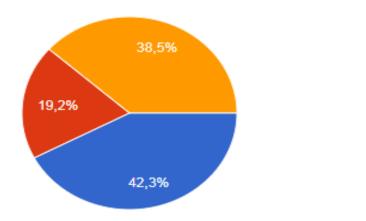
15. IL CARICO DI LAVORO PER LA CAMPAGNA VACCINALE anti-SARSCoV2 HA CONDIZIONATO LA TUA QUALITA' DI VITA FAMILIARE?

130 risposte



13. IN PUGLIA I MMG HANNO VACCINATO ALCUNE CATEGORIE DI PAZIENTI FRAGILI CON PIU' ELEVATA INCIDENZA DI MORTALITA' E/O SVILUPPO DI MALATTIA COVID-19 GRAVE, VALORIZZANDO IL RUOLO DELLA MG NELLA CAMPAGNA VACCINALE. PER LA TUA ESPERIENZA LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE E':

130 risposte







# Rilevazione di criticità di sistema secondo l'analisi del PNRR

- √ (i) significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;
- ✓ (ii) un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- √ (iii) tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni;
- √ (iv) una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.



### Le strategie del PNNR

- La strategia perseguita con il PNRR è volta ad affrontare in maniera sinergica tutti questi aspetti critici. Un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese.
- Una larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, a promuovere la ricerca e l'innovazione e allo sviluppo di competenze tecnicoprofessionale, digitale e manageriali del personale.



### **PNRR**

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE 7,00 miliardi

M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE 8,63 miliardi

15,63 miliardi

#### **M6C1**

- a) Rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio (potenziamento e creazione di strutture e presidi territoriali;\_case della comunità; ospedali di Comunità)
- b) Rafforzamento dell'assistenza domiciliare
- c) Sviluppo della telemedicina
- d) Integrazione con tutti i servizi sociosanitari

#### **M6C2**

- a) Rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistentib) Completamento e diffusione del Fascicolo
- Sanitario Elettronico (FSE)
- c) Miglioramento capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) → sistemi informativi più efficaci
- d) Ricerca scientifica
- e) Formazione del personale.



- Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima
- Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona
- Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

### Costi e fonti di finanziamento non specificati. Prevede due attività principali:

- DM71: definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate (termine: entro il 2021\_tramite specifico decreto ministeriale)
- Legge One Health: definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in linea con l'approccio "One-Health" (termine: entro la metà del 2022, a seguito della presentazione di un disegno di legge alle Camere)



- Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima
- Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona
- Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove per un costo di 2,00 miliardi di euro.

- strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici; struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali (rafforzamento servizi sociali territoriali e maggiore integrazione)\*
- punto di riferimento continuativo per la popolazione (anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica); finalità: garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Prevede la costituzione del punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi sociosanitari) e i servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari



- Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima
- Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona
- Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

#### Investimento da 4 miliardi

- L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 percento della popolazione di età superiore ai 65 -2,72 miliardi
- 2. Attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza 0,28 miliardi
- Utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche – 1 Miliardo



- Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima
- Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona
- Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di **381 Ospedali di Comunità** (la metà del 2026). **1** Miliardo

potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche.



# M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

### M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

- Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS
- Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
- Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

### M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

- Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
- Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

### Il costo complessivo di questi interventi è stimato in 0,74 miliardi.

- Borse di studio di medicina generale: ogni anno del triennio 2021-2023 sarà pubblicato un decreto governativo di assegnazione delle risorse economiche alle Regioni per finanziare
   900 borse di studio aggiuntive all'anno per corsi specifici di medicina generale di durata triennale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive). Questa distribuzione temporale assicura il completamento degli ultimi corsi entro metà 2026
- Un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere (con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026)
- Progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze di management per i professionisti del SSN: si prevede la formazione di 2.000 persone entro la metà del 2024 e altre 4.500 persone entro il Q2 2026
- 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020



Il SSN persegue pertanto questa visione attraverso la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con modelli di servizi digitalizzati, utili sia per il reclutamento e la gestione dei percorsi dei
  pazienti, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e
  telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale (MMG, infermieri, specialisti,
  assistenti sociali e altre figure professionali);
- attraverso la valorizzazione della co-produzione con gli utenti e il lavoro di prevenzione, cura, inclusione sociale, sostegno che può essere offerto dalla comunità;
- con la partecipazione e la valorizzazione di tutte le risorse della comunità nelle sue diverse forme attraverso la piena partecipazione dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni, professionisti, caregiver, pazienti, associazioni ecc.).



La definizione dei bisogni socio-assistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere di famiglia e comunità), maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa (anche di natura sociale e psicologica).

In relazione alla complessità del Progetto di Salute sarà identificata la composizione dell'équipe multiprofessionale che nel rispetto dei ruoli e delle competenze garantirà la presa in carico.



Gli strumenti della Medicina di Iniziativa sono <u>l'ingaggio proattivo precoce</u> per l'individuazione delle <u>persone a rischio di malattia</u>, l'educazione ai <u>corretti stili di vita</u>, la loro <u>presa in carico negli stadi iniziali delle patologie la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il <u>sostegno e il controllo della compliance dei pazienti ai programmi diagnostici-terapeutici</u>, il trasferimento in <u>back office</u> delle ricettazioni burocratico-autorizzative.</u>

Essa assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sull'educazione alla salute.

Attraverso i modelli della medicina d'iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), i pazienti sono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze.



Le metodologie di stratificazione della popolazione diventano strumenti fondamentali per definire le strategie e gli interventi di medicina di iniziativa più efficaci rispetto a quei sottogruppi di popolazione che potrebbero maggiormente beneficiarne, per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza, nel rispetto del principio di equità e di centralità del paziente e delle sue scelte, ma anche in ottica di riduzione degli interventi inappropriati e dei costi associati.

Tutti gli strumenti di gestione del Paziente a nostra disposizione oggi (es. Modelli di Stratificazione, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo Individuale) dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socio-assistenziali attraverso la definizione del Progetto di Salute.



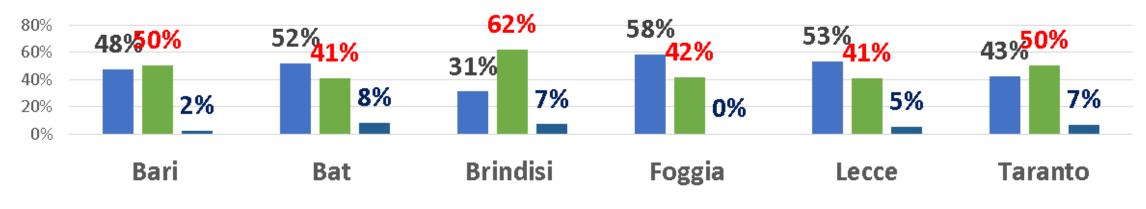
### Prime considerazioni

- Documento redatto senza la partecipazione degli attori dell'assistenza territoriale
- Medicina d'iniziativa e stratificazione delle patologie largamente condivise (al momento difficilmente realizzabile)
- Equipe multiprofessionali e multidisciplinari enunciate ma non declinate nella loro modalità organizzativa (ancora una volta prevale la sensazione di una organizzazione a silos).
- Presenza di una nuova figura professionale: l'infermiere di comunità; ma mancano le risorse e la previsione degli infermieri per tutte le prestazioni infermieristiche (Terapia infusionale, medicazioni, prestazioni diagnostiche e specialistiche ecc)
- Mancano le risorse e la definizioni del numero delle altre figure professionali come i terapisti della riabilitazione, gli psicologici, gli assistenti sanitari, le ostetriche, ecc
- Manca la previsione e le relative risorse di figure come i collaboratori di studio ed il personale amministrativo, fondamentali per l'attività di front office con i cittadini per l'assistenza primaria
- Assistenza domiciliare iperburocratizzata e a silos, riproposto l'attuale modello organizzativo con le criticità più volte evidenziate
- Le case di comunità sembrano replicare in larga parte il modello organizzativo distrettuale che sinora ha assunto in molte parti del paese più aspetti burocratico-amministrativi che quelli declinati dalla 502.
- Il modello disegnato sembra guardare più alla dipendenza che ad un corretto rapporto con i medici convenzionati- La parola fiducia compare una sola volta nelle 46 pagine.
- Progetto in larga parte non sostenibile per la mancanza di risorse e di un programma economico di sostegno soprattutto alle figure professionali.



# La Medicina Generale in Puglia

### % Medici AC Puglia 2015

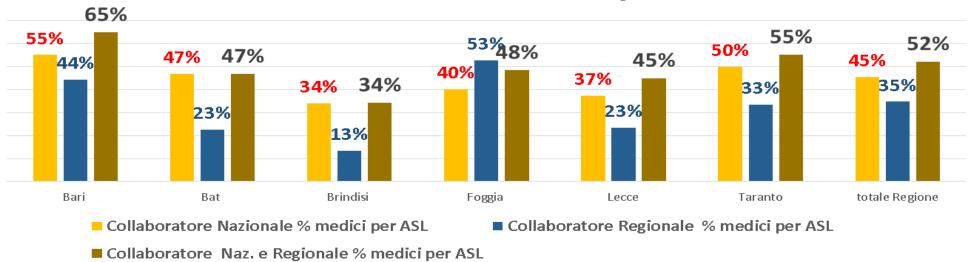


- Numero Medici % Super Gruppo Numero Medici % Super Rete
- Numero Medici % CPT



### 2.000 collaboratori di studio

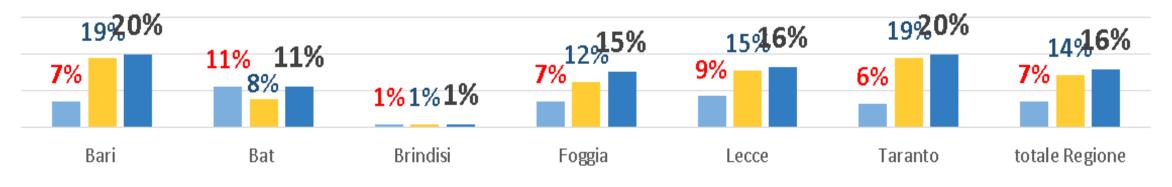
#### % medici con collaboratore per ASL 2015





### 722 INFERMIERI ASSUNTI DALLA MEDICINA GENERALE

### % medici con infermiere per ASL 2015



- Infermiere Nazionale % medici per ASL
- Infermiere Regionale % medici per ASL
- Indennità personale infermieristico Nazionale e Regionale % medici per ASL



## La presa in carico dell'ADI

- Il personale infermieristico di cui al presente articolo dovrà essere utilizzato per assicurare nel seguente ordine di priorità:
  - l'assistenza domiciliare,
  - le attività relative ai progetti regionali sulla prevenzione,
  - le altre attività infermieristiche.
- 5. L'assistenza infermieristica per gli assistiti dei medici che partecipano al progetto obiettivo regionale di cui all'art 3 e 4 del presente accordo viene assicurata dal personale infermieristico assegnato secondo quanto previsto dall'art. 5 lettera B del presente accordo. In tutti gli altri casi viene interpellato il distretto di competenza.
- 6. Il distretto fornisce, a richiesta, il materiale sanitario necessario per garantire le PPIP di cui all'allegato D dell'ACN per l'assistenza infermieristica di cui al comma precedente. I compensi per le PPIP comunque eseguite a domicilio del paziente sono riconosciute al medico di medicina generale che è titolare della presa in carico, quale rimborso forfettario delle spese sostenute per l'accesso domiciliare.

Percentuale di anziani ≥ 65 anni in ADI dal 1,8 del 2010 al 3,01 del 2016.

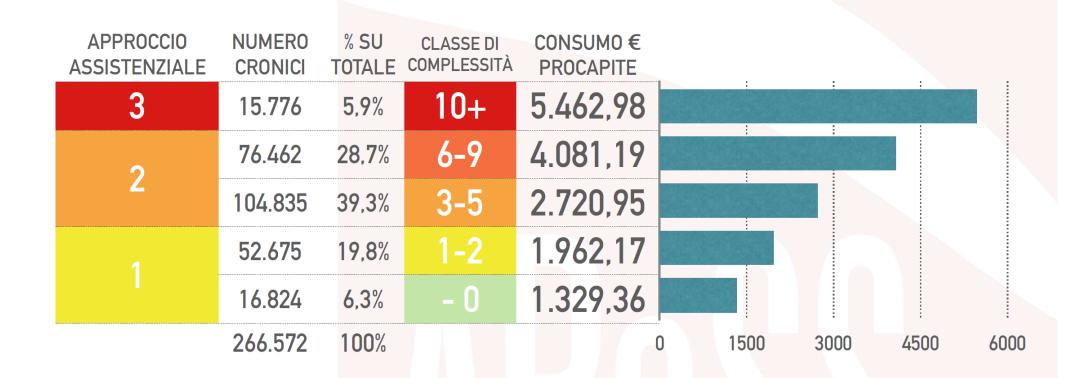
Fonte: Ministero della Salute - DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario - Ufficio II - Elaborazione SIS Modello FLS21



Il documento di AGENAS valorizza logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni, con modelli di servizi digitalizzati, utili sia per il reclutamento e la gestione dei percorsi dei pazienti, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per <u>l'integrazione della rete professionale</u> (MMG, infermieri, specialisti, assistenti sociali e altre figure professionali); attraverso la valorizzazione della co-produzione con gli utenti e il lavoro di prevenzione, cura, inclusione sociale, sostegno che può essere offerto dalla comunità; con la partecipazione e la valorizzazione di tutte le risorse della comunità nelle sue diverse forme attraverso la piena partecipazione dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni, professionisti, caregiver, pazienti, associazioni ecc.).

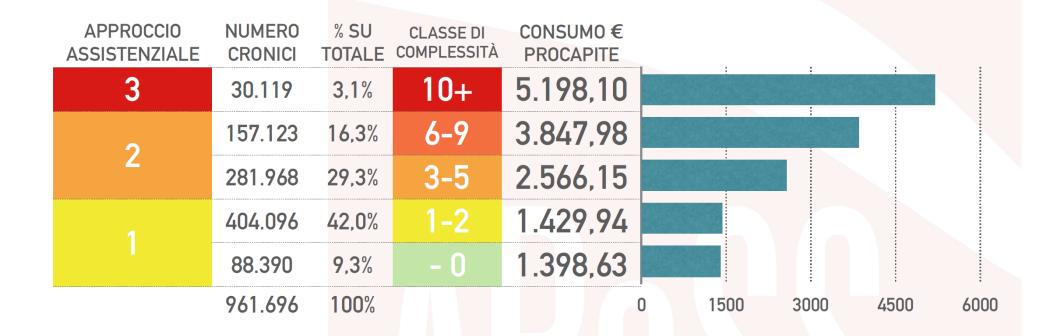


#### LA PIRAMIDE DI RISCHIO CRONICO E IL DIABETE IN PUGLIA





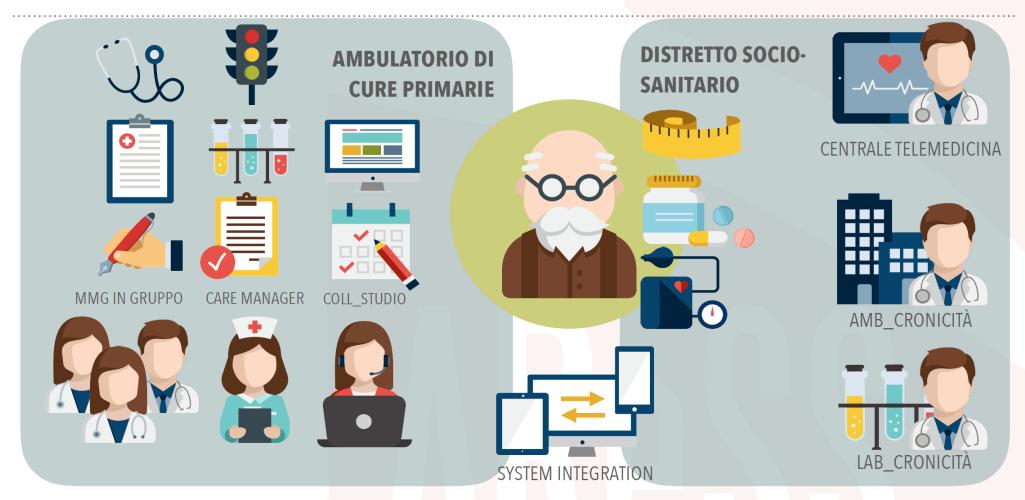
#### LA PIRAMIDE DI RISCHIO CRONICO E L'IPERTENSIONE IN PUGLIA





### IL CARE PUGLIA 3.0: ARCHITETTURA GENERALE







### IL CARE PUGLIA 3.0: ARCHITETTURA E ROUTINE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA

RouDT DIABETE TIPO 2	DOMICILIO	AMBULATORIO CURE PRIMARIE			DISTRETTO SOCIO- SANITARIO	CONTROL ROOM TELEMEDICINA			
NON COMPLICATO COMPENSATO	PAZIENTE	MEDICO ASSISTENZA PRIMARIA	CARE MANAGER	COLLABORATORE DI STUDIO	LABORATORIO DI CRONICITÀ	CARDIOLOGO	PATOLOGO CLINICO	OCULISTA	FREQUENZA
INCONTRO E PATTO DI CURA (SHARE&CHECK)		conduce	assiste	prenota					2 volte l'anno
STILI DI VITA E ADERENZA CLINICA	automonitora (TM)	conduce	assiste						2 volte l'anno
BMI E CIRCONFERENZA ADDOME	automonitora (TM)	conduce	assiste						2 volte l'anno
PRESSIONE ARTERIOSA	automonitora (TM)	conduce	assiste						2 volte l'anno
EMOGLOBINA GLICATA		valuta e decide	esegue prelievo	prenota	analizza campione		valida e referta (TM)		2 volte l'anno
CREATININEMIA		valuta e decide	esegue prelievo	prenota	analizza campione		valida e referta (TM)		2 volte l'anno
CLEARANCE CALCOLATA (COCKROFT o MDRD)		valuta e decide	esegue prelievo	prenota	analizza campione		valida e referta (TM)		2 volte l'anno
GLICEMIA		valuta e decide	esegue prelievo	prenota	analizza campione		valida e referta (TM)		2 volte l'anno
GLICEMIA POST PRANDIALE	automonitora (TM)	valuta e decide							2 volte l'anno
URINE COMPLETO		valuta e decide	esegue prelievo		analizza campione		valida e referta (TM)		2 volte l'anno
MICROALBUMINURIA		valuta e decide	esegue prelievo		analizza campione		valida e referta (TM)		1 volta l'anno
PROFILO LIPIDICO (colesterolemia totale, HDL, LDL calcolato, trigliceridi)		valuta e decide	esegue prelievo		analizza campione		valida e referta (TM)		1 volta l'anno
ESAME OBIETTIVO PIEDE	automonitora (TM)	conduce	assiste						1 volta l'anno
ECG		valuta e decide	esegue			referta (TM)			1 volta l'anno
FONDO OCULARE		valuta e decide	esegue					referta (TM)	1 volta ogni due anr



