



OSSERVATORIO CRONICITÀ

Progetto del



Ministero della Salute

PON GOV CRONICITÀ Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT -
CUP J51H16000170007

LOGICHE E STRUMENTI GESTIONALI E DIGITALI PER LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ

Manuale operativo e buone pratiche
per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR

Versione aggiornata a settembre 2023

Coordinamento tecnico-scientifico *agena.s.*



AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI



RESPONSABILE DEL PROGETTO

Stefano Lorusso

Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute

DIRETTORE TECNICO SCIENTIFICO DI PROGETTO

Domenico Mantoan

Direttore Generale Agenas

EDITORI

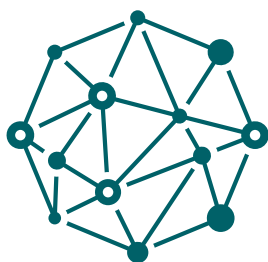
Francesco Enrichens, Domenico Scibetta, Emilio Chiarolla, Gabriele Nube

REVISORI

Serena Battilomo, Rosanna Mariniello, Rita Romitelli

ANALISI BUONE PRATICHE

Valentina Albano, Patrizia Botta, Emilio Chiarolla, Renata De Maria,
Alberto De Stefano, Maurizio Di Pierri, Pasquale Falasca, Stefania Mele,
Gabriele Nube, Michela Santurri, Giulia Schino, Alessia Sciamanna,
Marco Simonetti, Silvia Vainieri



OSSERVATORIO CRONICITÀ

Progetto del



Ministero della Salute

PON GOV CRONICITÀ Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT -
CUP J51H16000170007

LOGICHE E STRUMENTI GESTIONALI E DIGITALI PER LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ

Manuale operativo e buone pratiche
per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR

Versione aggiornata a settembre 2023

Coordinamento tecnico-scientifico  **agenas.** AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI







ATTORI DEL PROGETTO PON GOV CRONICITÀ

MINISTERO DELLA SALUTE

Dott. Stefano Lorusso
Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute

Dott.ssa Rosanna Mariniello
DGPROGS - Direttore Ufficio 5

Dott.ssa Serena Battilomo
DGSISS – Direttore Ufficio 3

Ing. Rita Romitelli
DGPROGS - Direttore Ufficio 7

Dott.ssa Mariadonata Bellentani
DGPROGS - Direttore Ufficio 2

Dott.ssa Grazia Corbello
DGPROF - Direttore Ufficio 3

Dott. Giuseppe Ignazio Bellifemine
DGSISS - Direttore Ufficio 5

Dott. Alfredo D'Ari
DGCOREI - Direttore Ufficio 3

Dott. Massimo Aquili
DGCOREI - Direttore Ufficio 4

Dott.ssa Daniela Galeone
DGPREV - Direttore Ufficio 8

Dott.ssa Lara Natale
DGPROGS - Direttore Ufficio 1

Avv. Giovanni Paolo Latella
DGPROGS – Staff DG

Rag. Tiziana Maracchioni
DGPROGS - Ufficio 7

Dott. Armando Preziuso
DGPROGS - Ufficio 7

Dott. Corrado Federico Bellifemine
DGPROGS - Ufficio 7

ESPERTI DEL NUCLEO TECNICO CENTRALE (NTC) DEL MINISTERO DELLA SALUTE:

Ing. Emilio Chiarolla

Dott. Paolo Michelutti

Dott. Pasquale Falasca

Dott. Manuele Falcone

Dott.ssa Valentina Albano

Dott.ssa Mariangela Contenti

Dott. Luigi Fruscio

Ing. Marco Simonetti

Dott. Maurizio Di Pierri

Dott.ssa Giulia Schino

Dott.ssa Renata De Maria

Dott.ssa Stefania Mele

Dott.ssa Giovanna Sini

AGENAS

Dott. Domenico Mantoan
Direttore Generale Agenas e Direttore Tecnico-Scientifico Progetto Pon Gov Cronicità

Dott. Francesco Enrichens
Project Manager Progetto Pon Gov Cronicità

Dott. Giovanni Baglio
Direttore UOC Ricerca, PNE, Rapporti Internazionali

Dott.ssa Elisa Guglielmi
UOC Ricerca, PNE, Rapporti Internazionali

Dott.ssa Alessia Sciamanna
Referente delle Attività di Progetto

Dott. Domenico Scibetta

Dott. Gabriele Nube
NTC Agenas

Dott.ssa Patrizia Botta

Dott. Alberto De Stefano

Ing. Michela Santurri

Ing. Silvia Vainieri

Avv. Donato Nolè

Dott.ssa Federica Riano

ESPERTI DEL NUCLEO TECNICO TERRITORIALE (NTT) DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Dott.ssa Chiara Bellia

Dott. Giulio Fedele

Dott. Santo Alessandro Iannazzo

Dott.ssa Caterina Galdiero

Dott. Alessandro Scaletti

Dott. Antonio Fusco

Ing. Alessandro Filingeri

Dott.ssa Irene Gabutti

Dott.ssa Simona Olivadoti

REFERENTI REGIONALI CRONICITÀ E ICT

Regione Abruzzo

Regione Basilicata

Regione Calabria

Regione Campania

Regione Emilia-Romagna

Regione Friuli-Venezia Giulia

Regione Lazio

Regione Liguria

Regione Lombardia

Regione Marche

Regione Molise

Regione Piemonte

Regione Puglia

Regione Sardegna

Regione Sicilia

Regione Toscana

Regione Umbria

Regione Valle D'Aosta

Regione Veneto

Provincia Autonoma di Bolzano

Provincia Autonoma di Trento

STAKEHOLDER

Comitato Interdirezionale: DG PROGS, DG SISS, DG PREV, DG PROF, DG COREI, DG RICERCA, SEGRETARIATO GENERALE

Advocacy group: AGID, AIFA, CITTADINANZATTIVA, ISS

ALTRI ATTORI

Invitalia S.p.A.

Almaviva S.p.A.

Intellera Consulting S.r.l.

KPMG Advisory S.p.A.

EY Advisory S.p.A.



PRESENTAZIONE MINISTERO DELLA SALUTE

Stefano Lorusso

Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute

Il progetto Pon Gov Cronicità – “Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell’ICT” lascia un’eredità forte costituita da una Piattaforma della cronicità dedicata alle buone pratiche, un Osservatorio cronicità e una vera e propria Comunità di pratica.

Il progetto prende le mosse dal Piano nazionale cronicità, dal Patto per la sanità digitale e, non ultimo, dal Programma nazionale “Equità nella salute”, che afferisce alle politiche di coesione 2021-2027, il primo programma nazionale dedicato alla salute che destina circa 625 milioni a 7 regioni del Sud. Ma, soprattutto il Pon Gov Cronicità ha dato impulso al DM 77/2022 che prevede standard qualitativi e tecnologici per l’assistenza sanitaria territoriale nel SSN.

I risultati delle attività progettuali costituiscono un importante contributo al Piano nazionale cronicità seguendo tre direttrici fondamentali, indirizzando importanti azioni per la gestione della popolazione cronico/fragile: prossimità, integrazione e trasformazione digitale.

Valorizzare i servizi territoriali a partire dalla “Casa come primo luogo di cura” quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria per la popolazione di riferimento attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell’assistenza. L’integrazione ospedale-territorio passa inevitabilmente dal Progetto delle Centrali operative territoriali, sub investimento 1.2.2 della Mission 6 Component 1 del PNRR, che nasce nell’alveo del Pon Gov Cronicità, finalizzato anche a superare finalmente la visione “ospedale-centrica” dell’assistenza sanitaria. Il modello One Health, basato sull’integrazione di discipline diverse, è l’approccio ideale per raggiungere la salute globale, affrontando i bisogni delle popolazioni più vulnerabili sulla base dell’intima relazione tra la loro salute, la salute degli animali e l’ambiente in cui vivono, garantendo un *Sistema Nazionale di prevenzione, salute, ambiente e clima*.

La prossimità e l’integrazione devono andare di pari passo con la trasformazione digitale, fulcro dei progetti del PNRR che promuovono l’adozione su larga scala di soluzioni di telemedicina, applicazioni di successo oltre che la progettazione e l’implementazione di una piattaforma informatica per l’erogazione di servizi digitali mirati a supportare, in modo innovativo e attraverso l’utilizzo di tecniche e algoritmi di AI, i medici e i loro assistiti nel contesto dell’erogazione delle cure primarie e dell’assistenza territoriale all’interno della Casa della comunità. Questo quadro della nuova assistenza territoriale è rappresentato nel presente manuale operativo che raccoglie le esperienze locali di successo legate alla riorganizzazione dell’assistenza territoriale, implementate nei diversi territori valorizzandone il loro trasferimento su altre realtà grazie all’interazione della Comunità di pratica del progetto Pon Gov Cronicità, che ha portato alla collaborazione e cooperazione tra i vari professionisti.



PRESENTAZIONE AGENAS

Domenico Mantoan

Direttore Generale Agenas e Direttore Tecnico-Scientifico Progetto Pon Gov Cronicità.

Il cammino intrapreso con il progetto Pon Gov Cronicità, partito nel 2018 ed arrivato quest'anno a conclusione, è stato prodromico rispetto a quanto definito dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dai contenuti innovativi del Decreto Ministeriale n° 77 del 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" per quanto riguarda l'organizzazione dell'assistenza territoriale.

Il progetto, di cui l'Agenas detiene il coordinamento tecnico-scientifico, ha consentito, mediante la creazione di una Comunità di Pratica, formata da professionisti che operano nella filiera della salute dei diversi contesti aziendali, regionali e nazionali, l'emersione, la raccolta e la disseminazione delle migliori esperienze di gestione del paziente cronico, facilitando l'attuazione degli indirizzi programmatori che caratterizzano le scelte di programmazione sanitaria.

La forza di tale approccio è quella di far sviluppare una rete di "attuatori" che agiscono confrontandosi e scambiandosi pratiche, suggerimenti ed informazioni per facilitare la messa a terra di soluzioni innovative per la presa in carico dei pazienti cronici.

Imprescindibile, in questo contesto, è il supporto dagli strumenti dell'ICT che consentono, adeguatamente implementati e adoperati, di superare le barriere spaziali e temporali che separano i cittadini dai professionisti della salute. L'eredità del progetto Pon Gov è costituita da un'importante esperienza di messa in comune di idee, Buone Pratiche e risorse che hanno già iniziato a produrre, e produrranno ancor più nel futuro, risultati per gli assistiti grazie ad una Comunità di Pratica che perdurerà anche dopo l'orizzonte temporale del progetto. L'emersione e la raccolta di Buone Pratica rappresentano una attività strategica per lo sviluppo dei cambiamenti richiesti dagli attuali interventi, previsti nella Missione Salute 6 (M6) - Componente 1 (C1) di cui spetta ad Agenas l'attuazione, incentrati sulla Telemedicina e sui servizi di sanità digitale che contribuiscono al processo di cura dei pazienti cronici.

L'augurio è che il contenuto del presente Manuale possa costituire un'esperienza viva, in costante aggiornamento e rappresenti un valido strumento di supporto per i cambiamenti richiesti per l'implementazione delle tematiche centrali del Pnrr e di una riorganizzazione dei servizi assistenziali territoriali.



PREFAZIONE

Francesco Enrichens

Project Manager Progetto Pon Gov Cronicità

Il progetto Pon Gov Cronicità è il risultato di un importante lavoro congiunto dei team di Agenas e del Ministero della Salute anticipando l'importante riforma dei servizi territoriali risultando il volano dello sviluppo di modelli organizzativi innovativi a partire dalla "Casa come primo luogo di cura".

I risultati di progetto, raccontati in questa seconda versione del Manuale Operativo, consentono di affrontare le sfide che i diversi territori, ciascuno con le proprie peculiarità, sarà chiamato ad affrontare nel prossimo futuro.

La rete dei referenti regionali, che mi preme sin da ora ringraziare, attraverso il lavoro congiunto con il team di progetto ha messo a disposizione le informazioni utili e necessarie a produrre gli strumenti contenuti nel presente Manuale.

In primis, la revisione della modalità di raccolta e analisi delle esperienze di ciascuna pratica ha consentito di disporre di un maggior numero di informazioni in un formato standardizzato. Ciò ha garantito un più accurato processo di valutazione e permetterà, in futuro, a quanti vorranno approfondire e riadattare le pratiche all'interno del proprio contesto territoriale, di disporre di una più vasta e precisa base di informazioni, favorendo il processo di attuazione di quanto programmato.

In secondo luogo, la Piattaforma della Cronicità costituisce un prezioso strumento per fare in modo che il lavoro di questi anni resti a disposizione di quanti, un domani, vogliano attingere dal know-how e dalle esperienze italiane ed europee di altri territori, per migliorare le modalità di presa in carico del paziente cronico e, congiuntamente, lavorare per una pianificazione e gestione delle risorse più efficientamento ed efficace.

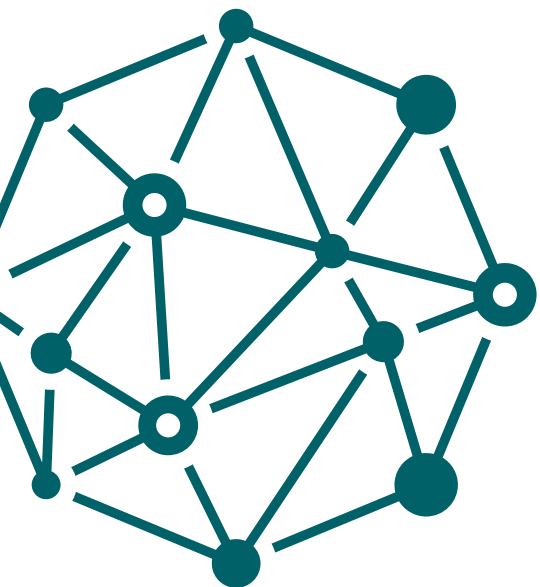
Perché una seconda versione del Manuale Operativo?

Il Manuale Operativo 1^a versione, prodotto nel corso del 2021 ed integrato nel 2022, ha rappresentato uno degli Output della Linea n.2 di Progetto, "Disseminazione di Buone Pratiche". È stato concepito per essere uno strumento operativo in costante aggiornamento al fine di tenere conto delle evoluzioni normative, delle nuove esperienze emergenti nei diversi contesti italiani e delle conoscenze e competenze sviluppate da tutti gli esperti che hanno, a vario titolo, prestato la loro attività all'interno di un progetto tanto complesso quanto ambizioso.

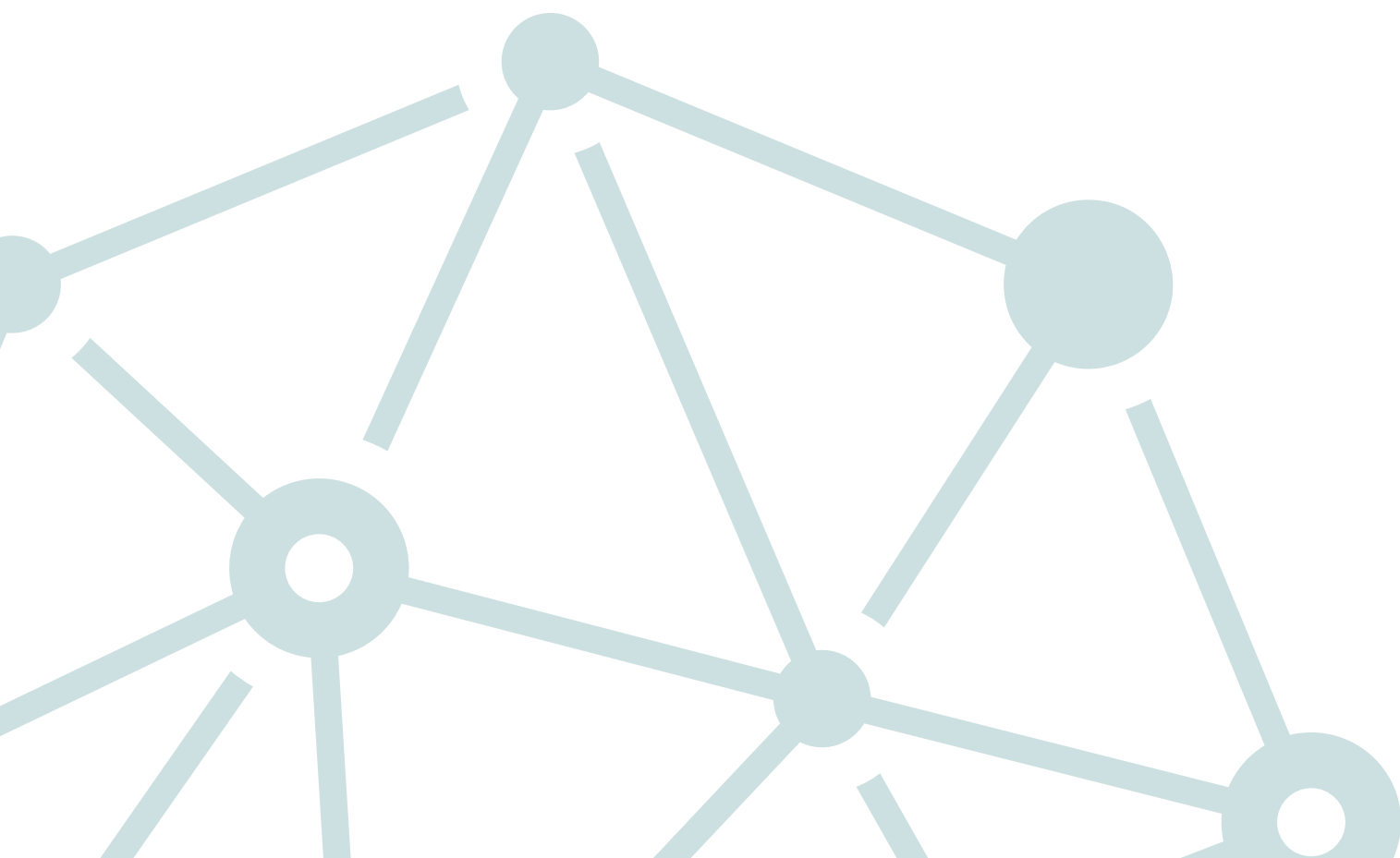
Questa seconda versione recepisce innanzitutto quanto previsto dal PNRR e dal D.M.77/2022, rafforzando la visione e la necessità di una assistenza maggiormente centrata sul territorio che, tenendo conto dei bisogni dei cittadini, si avvicini a loro garantendo la presa in carico presso il domicilio o, laddove ciò non fosse possibile, in strutture territoriali ad essi più prossime.

Integra, in secondo luogo, un processo più robusto di analisi delle esperienze sviluppate nei diversi contesti aziendali e regionali che ha previsto la rielaborazione e l'adozione del Quality Criteria Recommendation Tool (QCR Tool). Questo strumento ha consentito un'analisi ancora più strutturata e omnicomprensiva degli elementi cardine di ciascuna pratica volto ad oggettivare i punti di forza e di debolezza di ciascuna esperienza in un'ottica di costante miglioramento.

La seconda versione del manuale è quindi da intendersi come una seconda tappa del percorso volto al costante miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici e fragili, attraverso l'utilizzo di soluzioni tecnologiche innovative, ed al superamento dei divari ancora ad oggi esistenti nel panorama italiano. La Comunità di Pratica accoglie una continua e sempre crescente platea di dirigenti ministeriali, regioni, comuni, aziende, istituzioni oltre che professionisti sanitari che partecipano attivamente al confronto, condivisione e scambio di esperienze per la messa a sistema delle principali evidenze per la gestione della cronicità. L'imprescindibile valenza e centralità di questo strumento di lavoro a disposizione del sistema salute trova conferma nel fatto che continuerà ad essere viva e attiva in seno al Ministero e ad AGENAS, garantendo la collaborazione multiprofessionale, quale naturale prosecuzione dei risultati raggiunti, valido stimolo e strumento di supporto per la realizzazione delle progettualità PNRR.



INDICE



PARTE I: INTRODUZIONE	14
1. FINALITÀ E STRUTTURA DEL MANUALE OPERATIVO: STRUMENTI GESTIONALI E DIGITALI PER LA PRESA IN CARICO DI CRONICITÀ E FRAGILITÀ	14
1.1 Il Progetto PON GOV Cronicità.....	15
Piano Nazionale della Cronicità.....	15
Le attività di progetto	16
La “Cassetta degli attrezzi” – 19 componenti	16
Gli output del progetto.....	18
1.2 Finalità del Manuale Operativo	18
1.3 La struttura multicanale del Manuale	18
Componente 1 – Contesto, modelli di riferimento e indicazioni operative.....	18
Componente 2 – Metodi e strumenti.....	19
La Matrice di analisi delle pratiche innovative	19
La griglia di valutazione	20
I glossari tematici	20
Il toolkit di supporto alla capacità amministrativa	21
Componente 3 – Buone pratiche.....	21
Le buone pratiche nell’ottica dei programmi europei	22
La Piattaforma della Cronicità	23
1.4 Il processo di diffusione del Manuale e delle Buone Pratiche.....	24
Gruppi di lavoro e comunità di pratica.....	24
 PARTE II: SCENARIO	 26
2. IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO TASSI DI COPERTURA E APPROPRIATEZZE DEL SSN: PRINCIPALI INDICATORI DI RIFERIMENTO NAZIONALI E REGIONALI	26
2.1 L’epoca della fragilità: invecchiamento e diseguglianza	27
2.2 Aspettativa di vita e invecchiamento.....	28
2.3 Fragilità.....	29
2.4 Integrazione della prevenzione sociosanitaria	31
2.5 Indicatori di riferimento a livello nazionale e regionale.....	31
2.6 Patrimonio informativo NSIS	32
2.7 Monitoraggio dei LEA – Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	32
 3. LO SCENARIO PROGRAMMATICO E NORMATIVO-DOCUMENTALE	 34
3.1 Obiettivi e framework del Piano Nazionale Cronicità	35
3.2 Indirizzi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	38
3.3 Stato di attuazione degli interventi PNRR e monitoraggio DM 77/2022	40
 4. LOGICHE E STRUMENTI PER LA STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E LA CLUSTERIZZAZIONE DEI PAZIENTI	 46
4.1 Contesto epidemiologico.....	47
4.2 Dalla classificazione delle malattie alla stratificazione della popolazione	48
4.3 Perché studiare la stratificazione della popolazione	48
4.4 Differenza tra stratificazione della popolazione e Risk Adjustment	49
4.5 Modelli di stratificazione della cronicità studiati e pubblicati in Italia.....	49
4.6 La ricognizione del PON GOV Cronicità e la mappa delle pratiche di stratificazione della popolazione e clusterizzazione dei pazienti nel SSN	51
4.7 Strategie di stratificazione a confronto: la fragilità come sintesi.....	51
4.8 La governance aziendale della stratificazione della popolazione e dei pazienti.....	53
4.9 Aspetti chiave per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti.....	54



PARTE III: LE INNOVAZIONI DEI SERVIZI	56
5. MODELLI DI PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E PDTA VALORIZZANDO GLI STRUMENTI DIGITALI	56
5.1 Analisi di contesto	57
La presa in carico (PIC)	57
5.2 Le componenti di servizio fondamentali per la presa in carico del paziente cronico	58
Sanità di iniziativa.....	58
PAI e PDTA.....	59
Il coordinamento della filiera professionale MMG, specialisti convenzionati, medici ospedalieri...	60
I confini del PAI	61
Infermiere di Famiglia o Comunità	61
Case della Comunità	62
5.3 La ricognizione PON GOV Cronicità e la mappa delle buone pratiche inerenti la presa in carico della cronicità e i PDTA	63
5.4 I fattori critici di successo per il change management	64
6. TRANSITIONAL CARE DELLA FRAGILITÀ CON STRUMENTI DIGITALI.....	66
6.1 Aspetti definitori: fragilità, transitional care, strumenti digitali.....	67
6.2 Gli elementi fondamentali: Centrali Operative Territoriali (COT), Unità di Valutazione multidimensionale (UVM), Numero Unico Europeo 116117, PUA	68
6.3 La ricognizione del PON GOV Cronicità e la mappa delle buone pratiche di transitional care della cronicità	72
6.4 I fattori critici di successo: change management.....	73
7. MODELLI INNOVATIVI DI CURA ED ASSISTENZA BASATI SU SISTEMI TELEMEDICINA	76
7.1 Rilevanza e necessità della telemedicina nella sanità moderna	77
7.2 Prestazioni di telemedicina: aspetti chiave nella progettazione e nella realizzazione dei servizi... Un sistema a misura del bisogno clinico-assistenziale	79
I contenuti tecnici	80
Il fattore abilitante: i dispositivi medici	81
Modelli assistenziali data driven.....	83
7.3 Aspetti correlati alla protezione dei dati e alla cybersicurezza.....	83
7.4 La ricognizione PON GOV Cronicità e la mappa delle buone pratiche sull'utilizzo di ICT e Telemedicina	85
7.5 I fattori critici di successo.....	86
8. LA RETE DEI SERVIZI DELLE CURE INTERMEDIE.....	88
8.1 Aspetti definitori	89
8.2 Gli elementi/dimensioni fondamentali.....	90
8.3 La ricognizione del PON GOV Cronicità e la mappa delle buone pratiche inerenti ai servizi di cure intermedie	94
8.4 I fattori critici di successo.....	95
PARTE IV: DIMENSIONAMENTO E CHANGE MANAGEMENT	98
9. DIMENSIONAMENTO DEI SERVIZI E DELLA CAPACITY DI PERSONALE E LOGISTICA	98
9.1 Il dimensionamento dei servizi e della capacity produttiva.....	99
9.2 Le variabili fondamentali del dimensionamento dei servizi e della capacity produttiva.....	99
9.3 Un modello di dimensionamento territoriale.....	100
9.4 Esempificazione del modello di dimensionamento territoriale in un caso studio regionale	102
9.5 Il fabbisogno di competenze multiprofessionali nei team in sanità.....	107

9.6	I team multiprofessionali in alcune delle buone pratiche esaminate nell'ambito del PON GOV Cronicità e del futuro assetto territoriale (PNRR).....	107
9.7	Fattori critici di successo per l'uso di strumenti di dimensionamento dei servizi e delle capacity	107
9.8	Fattori critici di successo per l'uso di strumenti di dimensionamento dei servizi e delle capacity.....	109
10.	CHANGE MANAGEMENT	110
10.1	Il change management di sistema a livello istituzionale. Un work in progress	111
10.2	Il change management di livello organizzativo. Istruzioni di base.....	112
10.3	Gli attori chiave da considerare in un processo di change management.....	114
10.4	Leve strategiche e strumenti operativi del PON GOV Cronicità per il change management.....	114
	BIBLIOGRAFIA	116
	SITOGRAFIA.....	118
	ALLEGATO: PON GOV CRONICITÀ – SINTESI PRATICHE NAZIONALI	120
	Pratiche prima rilevazione.....	124
	Pratiche seconda rilevazione.....	154



INDICE DELLE FIGURE

FIGURA 1	Problemi sociali e sanitari sono maggiori nei Paesi con maggiori disuguaglianze	27
FIGURA 2	Mappa delle fragilità della sorveglianza Passi d'Argento.....	30
FIGURA 3	Fasi del Piano Nazionale Cronicità	35
FIGURA 4	Aspetti trasversali dell'assistenza alla cronicità	36
FIGURA 5	Sottogruppi "Stratificazione" e "Modelli organizzativi": PON GOV Resilienza e PON GOV Cronicità	37
FIGURA 6	Le Missioni del PNRR	38
FIGURA 7	CASE DELLA COMUNITÀ M6C1 Investimento 1.1. Camera dei deputati, Servizio Studi Affari sociali (2021)	42
FIGURA 8	OSPEDALI DI COMUNITA M6C1 Investimento 1.3. Camera dei deputati, Servizio Studi Affari sociali (2021)	43
FIGURA 9	COT – INTERCONNESSIONE AZIENDALE – DEVICE M6C1 Investimento 1.2.2. Camera dei deputati, Servizio Studi Affari sociali (2021)	44
FIGURA 10	Centrale Operativa Territoriale – UVM – 116117	71
FIGURA 11	Confronto tra i dati rilevati nel 2018 e quelli dell'ultima ricognizione ottobre 2021 (fonte Mds 2021)	77
FIGURA 12	Confronto tra i dati rilevati nel 2018 e quelli dell'ultima ricognizione di Ottobre 2021, riferiti alla tipologia di pazienti	79
FIGURA 13	Piattaforma di Telemedicina Nazionale - Modello logico-funzionale.....	81
FIGURA 14	Il sistema organizzativo.....	91
FIGURA 15	La dimissione protetta – flussi.....	92



INDICE DELLE TABELLE

TABELLA 1	La "Cassetta degli attrezzi".....	16
TABELLA 2	Legenda indicatori della tabella	33
TABELLA 3	Indicatori NSG (2021) sui principali aspetti del contesto epidemiologico della cronicità per Regioni e PPAA.....	33
TABELLA 4	Articolazione Missione 6 "Salute" e risorse. rielaborazione su dati estratti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021-2026	39
TABELLA 5	Principali indicatori NSG di riferimento per le "Cure Intermedie"	96
TABELLA 6	Il modello di analisi. Elaborazione Longo e Zazzera (2018).....	101
TABELLA 7	Il modello di analisi applicato allo Scenario 1. Elaborazioni Longo e Zazzera (2018)	103
TABELLA 8	Il modello di analisi applicato allo scenario 2. Elaborazioni Longo e Zazzera (2018).....	104
TABELLA 9	Il modello di analisi applicato allo scenario 3. Elaborazioni Longo e Zazzera (2018).....	105



INDICE DEGLI ACRONIMI

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AGID	Agenzia per l'Italia Digitale
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
ASL	Azienda Sanitaria Locale
BDA	Banca Dati Assistito
BP	Buona Pratica
CAD	Codice dell'Amministrazione Digitale
CCM	Chronic Care Model
CDC	Casa di Comunità
CIA	Coefficiente Intensità Assistenziale
COT	Centrale Operativa Territoriale
CReG	Chronic Related Group
CRG	Clinical Risk Group
DRG	Diagnosis Related Groups
FAR	Flusso Assistenza Residenziale e Semiresidenziale
FISM	Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane
FNOMCeO	La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
FOFI	Federazione Ordini Farmacisti Italiani
FSE	Fascicolo sanitario elettronico
GDPR	General Data Protection Regulation
HTA	Health Technology Assessment
IADL	Instrumental Activities Daily Living

ICD	International Statistical Classification of Diseases
ICT	Tecnologie dell'informazione e della comunicazione
IFOC	Infermiere di Famiglia o Comunità
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
IVDR	Vitro Diagnostic Regulation
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LTC	Long Term Care
MCA	Medico di Continuità Assistenziale
MCNT	Malattie Croniche Non Trasmissibili
MCS	Multisource Comorbidity Score
MDC	Major Diagnostic Category
MDR	Medical Device Regulation
MMG	Medico di Medicina Generale
NSG	Nuovo Sistema di Garanzia
NSIS	Nuovo sistema informativo sanitario
NTC	Nucleo Tecnico Centrale
NTT	Nucleo Tecnico Territoriale
NUE	Numero Unico Europeo
ODC	Ospedale di Comunità
OSS	Operatore sociosanitario
PAI	Piano Assistenziale Individuale
PDTA	Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali
PHM	Population Health Management
PIC	Presa in carico
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNC	Piano Nazionale Cronicità
PNP	Piano Nazionale della Prevenzione
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PON GOV	Programma Operativo Nazionale Governance e Capacità Istituzionale
PRIS	Progetto Individuale di Salute
RM	Risonanza Magnetica
RSA	Residenza Sanitarie Assistenziali
SDO	Scheda dimissione ospedaliera
SIAD	Flusso per Assistenza Domiciliare
UVM	Unità di valutazione multidimensionale



PARTE I: INTRODUZIONE

1.

FINALITÀ E STRUTTURA DEL MANUALE OPERATIVO: STRUMENTI GESTIONALI E DIGITALI PER LA PRESA IN CARICO DI CRONICITÀ E FRAGILITÀ

A cura di Alessia Sciamanna, Renata De Maria, Valentina Albano, Michela Santurri, Francesco Enrichens



1.1 Il Progetto PON GOV Cronicità

“La sfida alla cronicità è una sfida di sistema, che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l’integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace centralità alla persona e al suo progetto di cura e di vita”.

Piano Nazionale della Cronicità

L’elemento strategico di innovazione del Piano Nazionale di Cronicità (PNC) sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il Sistema Sanitario Nazionale verso un “approccio” di promozione della salute e medicina di iniziativa, che vede la centralità della persona e delle comunità nella programmazione sanitaria e sociosanitaria, e che riconosce la salute, individuale e collettiva, come un processo il cui equilibrio è determinato da fattori sociali ed economici oltre che biologici. In tale contesto, in risposta alla esigenza di dare concreta attuazione al PNC del 15 settembre 2016, nasce l’impianto del progetto Pon Governance e capacità istituzionale 2014-2020 - Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell’ICT, di seguito PON GOV Cronicità, in coerenza con gli obiettivi del Patto per la Salute 2014 2016.

L’obiettivo del PON GOV Cronicità è accompagnare il processo di change management nella gestione delle patologie croniche, contribuendo con il supporto dell’ICT alla riduzione dei divari tra i diversi territori, attuando politiche sanitarie che perseguano l’obiettivo non solo di prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche, ma di creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza e capacità di controllo (empowerment) che mantenga o migliori il capitale salute, sfruttando al meglio le potenzialità offerte dalle tecnologie digitali in modo da agevolare, il rapporto tra paziente ed operatore e contribuire a migliorare la qualità complessiva dell’assistenza.

Il retaggio della pandemia Covid-19 è la consapevolezza che la vera sfida sia proprio potenziare le attività correlate all’assistenza primaria, in modo da ripartire dalla gestione sul territorio del paziente.

Gli interventi previsti dal **Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)**, Missione 6 Component 1, Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale, e Component 2, Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, non potevano che andare in questa direzione: valorizzare le risorse del paziente, rafforzare la rete territoriale creando un sistema sanitario più vicino alla popolazione, caratterizzato da una maggiore capillarità, da un modello di presa in carico proattiva, sia negli interventi di prevenzione che di diagnosi e cura, e dall’integrazione e continuità dell’assistenza nei diversi setting, anche nell’ambito dell’emergenza urgenza, attraverso azioni di riforma che definiscono nuovi standard organizzativi, tecnologici e qualitativi, investendo con forza su processi di governance, strutture, servizi, tecnologie e competenze.

In tale contesto, il **Progetto PON GOV Cronicità**, realizzato dal Ministero della Salute, (Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (DGPROGS) e Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica (DGSISS) e affidato all’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) per il coordinamento tecnico scientifico, ha rappresentato e rappresenta tuttora un volano per quelle Amministrazioni/ Regioni ancora meno avanzate nei processi di sviluppo perseguendo l’**obiettivo generale** di: promuovere la riorganizzazione dei processi di gestione della cronicità tramite l’utilizzo delle tecnologie digitali attraverso la definizione, il trasferimento ed il supporto all’adozione, in ambito regionale, di un insieme di strumenti metodologici e operativi comuni, volti a supportare: la definizione di modelli innovativi di gestione della cronicità, la ricognizione delle azioni di cambiamento necessarie alla loro attuazione, la pianificazione e la realizzazione di investimenti e di interventi di adozione, nonché la definizione di appropriate strategie di change management.

Elementi chiave sono la valorizzazione di esperienze e modelli territoriali di successo, sia in termini organizzativi che tecnologici, e di know-how, e l’adozione di un approccio multi-stakeholder per tenere in considerazione la complessità e le specificità tecnico/scientifiche dell’intervento.

Il PON GOV Cronicità promuove, infatti, la ricognizione e diffusione delle più importanti esperienze sul settore della cronicità che combinano innovazione e tecnologia utili a reingegnerizzare e riorganizzare i processi e i servizi.

Il Progetto vede il coinvolgimento attivo e necessario di tutti i principali attori del sistema:

- Le DG del Ministero interessate e competenti per materia (Comitato Guida Interdirezionale);
- Gli stakeholder di settore, quali Istituto Superiore di Sanità (ISS), Agenzia per l’Italia Digitale (AGID), Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e Cittadinanzattiva (Advocacy Group);
- Le Regioni e le Province autonome con i propri rappresentanti designati sul tema cronicità e ICT (Rete dei Referenti regionali della cronicità e dell’ICT).
- Collaborano, infine, gli esperti del Nucleo Tecnico Centrale, a supporto del Ministero della Salute e dell’Agenas a livello centrale (NTC), e gli esperti del Nucleo Tecnico Territoriale (NTT) a supporto delle Regioni in loco.



Attraverso la promozione della Rete dei referenti regionali per la cronicità e l'ICT ed il lavoro collaborativo, il team di esperti supporta la promulgazione ed il trasferimento di conoscenze, buone pratiche, strumenti metodologici per la gestione integrata, proattiva, sostenibile e innovativa della cronicità e la realizzazione operativa degli interventi, mediante una Comunità di Pratica, multi-profilo e multidisciplinare, quale luogo ideale di confronto tra i professionisti, insieme laboratorio di idee e vero e proprio strumento operativo.

Le attività di progetto

Le attività del Progetto PON GOV Cronicità sono orientate a supportare la pianificazione regionale in materia di gestione della cronicità, in vista della progettazione e gestione degli investimenti del PNRR ed anche dei fondi strutturali della programmazione 2021-2027, promuovendo la definizione e il trasferimento di strumenti metodologici e operativi coerenti con l'approccio proposto basato su:

- **analisi, confronto e valutazione** delle esperienze già in corso;
- **modellizzazione delle buone pratiche e definizione di criteri e condizioni di trasferibilità;**
- **supporto all'adattamento di pratiche innovative e al change management.**

In questa prospettiva, le attività previste dalla prima fase del progetto, **Linea di intervento n. 1 "Promuovere l'emersione, la raccolta, la conoscenza di buone pratiche"**, conclusasi nel 2019 hanno portato, attraverso il recepimento, analisi e valutazione delle esperienze più significative sul tema della cronicità e dell'ICT, presentate da tutte le Regioni e Province Autonome italiane, alla definizione di una **Cassetta degli Attrezzi**, di 19 componenti, quale kit di strumenti a supporto dei processi di pianificazione, organizzazione, implementazione e valorizzazione di modelli innovativi per la gestione della cronicità in coerenza con il PNC¹.

La "Cassetta degli attrezzi" – 19 componenti

TABELLA 1

La "Cassetta degli attrezzi. Fonte: Pon Gov Cronicità - "Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT".

1	Stratificazione della popolazione
2	Banche Dati Assistiti
3	Medicina di iniziativa
4	Health literacy
5	Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza
6	Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità
7	Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità
8	Applicazioni interattive
9	Modelli di Telemedicina
10	Modelli innovativi di ADI
11	Gestione della cronicità attraverso PDTA
12	Pianificazione dell'assistenza individuale
13	Équipe multidisciplinari e multiprofessionali
14	Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici
15	Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti
16	Modelli di valutazione per professionisti attraverso questionario
17	Modelli di valutazione per pazienti attraverso questionario
18	Modelli di valutazione dell'ICT
19	Modelli di Datawarehouse per il monitoraggio degli indicatori utili per la valutazione delle prestazioni di cronicità

1 Definizione Commissione Europea Buona pratica (Best Practice): "è una politica o un intervento pertinente attuato in un contesto di vita reale, che è stato valutato positivamente in termini di adeguatezza (etica ed evidenza) ed equità, nonché efficacia ed efficienza relative a processi e risultati. Altri criteri sono importanti per una trasferibilità di successo della pratica come una chiara definizione del contesto, la sostenibilità, l'intersezionalità e la partecipazione delle parti interessate". Fonte: Criteria to Select Best Practices in Health Promotion and Disease Prevention and Management in Europe.

Successivamente, durante le attività della Linea di intervento n. 2 " *Coordinare il trasferimento della metodologia e favorire l'analisi, la valutazione ed il confronto con le esperienze locali*" avviata nel 2020, tale Cassetta è stata condivisa con la Rete dei Referenti regionali, ai quali è stato chiesto di esprimersi in termini di fabbisogno specifico rispetto alle 19 componenti individuate. A tal fine, è stato inviato a tutte le Regioni/PA un questionario per la rilevazione dei fabbisogni e funzionale alla ricostruzione del quadro di riferimento in termini di gap analysis.

L'attività di lavoro della L.2 di progetto è progredita a seguito del confronto con le Regioni nell'ambito di incontri e Tavoli di Lavoro tematici, volti alla condivisione di modelli organizzativi innovativi in coerenza con gli orientamenti e le indicazioni di carattere nazionale, quali le riforme e gli investimenti previsti nel PNRR, la nuova riforma dell'assistenza territoriale contenuta nel D.M. n.77/2022, l'evoluzione della rete ospedaliera e le prime proposte di aggiornamento del D.M. n.70/2015.

In occasione di questi preziosi momenti di condivisione dello stato dell'arte e delle prospettive delle diverse dimensioni di un approccio digitale alla cronicità e di disseminazione dei risultati intermedi del progetto, sono emerse ulteriori esigenze di approfondimento, in linea con l'evoluzione del panorama programmatico e scientifico nazionale ed internazionale, che sono confluite in nuovi Tavoli tematici avviati nel 2022 e formalizzati nel 2023.

Questi ulteriori Tavoli si sono aggiunti a quelli individuati attraverso la prima rilevazione dei fabbisogni, giungendo così ad individuare cinque ambiti principali di interesse per le Regioni che sono stati formalizzati dal Ministero della Salute con decreto del Direttore Generale della Programmazione sanitaria numero 131 del 22 giugno 2023:

- Modelli di Telemedicina;
- Modelli innovativi di Assistenza Domiciliare (ADI);
- Processi di Presa in carico e PDTA;
- Fragilità specifiche;
- Rete delle emergenze e rete territoriale per la cronicità.

Parallelamente si è intercettata l'esigenza di un aggiornamento delle esperienze emerse dalla rilevazione effettuata nell'ambito della Linea 1 nel 2019 anche grazie alla vivacità della Comunità di pratica del progetto, che è il luogo virtuale di confronto tra gli operatori della cronicità, dell'ICT e i policy makers.

Alla luce dell'esperienza pandemica che ha agito, pur nella inevitabile crisi che ha generato nei sistemi sanitari, come un innegabile acceleratore della evoluzione verso il digitale e di una migliore integrazione tra setting assistenziali nei sistemi stessi, è parso evidente che molte delle esperienze censite avevano avuto una naturale evoluzione. Spinta recepita in termini di risposta e resilienza dei sistemi stessi nella programmazione nazionale ed europea, grazie anche alle provvidenze economiche dello strumento finanziario del Next Generation EU, e che ha altresì favorito la nascita di nuove esperienze nella immediatezza della pandemia tendenzialmente nell'ottica della sperimentazione di modelli già presenti in embrione nella bozza del D.M. n. 77 e in quelli di sanità digitale (es. Indicazioni Nazionali per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina - CRS Rep Atti n.215/CSR del 17.12.2020).

Nel 2022 è stata conseguentemente avviata in modo organico e strutturato una nuova call di rilevazione di buone pratiche gestite, diversamente dalla prima che era in back office, con una attività di front office dal gruppo di lavoro congiunto Agenas – NTC Ministero della Salute che ha incontrato, sfruttando la lezione sulle potenzialità del digitale della pandemia, Aziende e Regioni da remoto per un più efficace dialogo a supporto nella presentazione delle pratiche, anche al fine di introdurre la nuova matrice di rilevazione² delle esperienze elaborata nel corso della Linea 2 per la analisi e sistematizzazione degli elementi fondanti le pratiche, soprattutto in termini di innovatività e sostenibilità, in vista dell'avvio dei trasferimenti previsti nella Linea 3.

Le pratiche sono raccolte in forma di schede sintetiche nella appendice al Manuale al fine di consentire una prima lettura a colpo d'occhio degli elementi fondamentali di ciascuna pratica e una agile visione di insieme delle pratiche nel loro complesso. Per rigore metodologico, le pratiche risultano suddivise tra prima e seconda rilevazione, in ragione della evoluzione del metodo di analisi applicato e sono presentate per ciascuna tornata di rilevazione per Regione/Provincia Autonoma in ordine strettamente alfabetico.

Nell'ambito della trattazione dei singoli capitoli si fa poi riferimento puntuale alle pratiche validate con la metodologia sopra descritta, nel duplice intento di fornire un puntuale riferimento teorico e metodologico alla esperienza sul campo e un esempio pratico di esperienza già realizzata alla trattazione teorica contestualizzandola rispetto al concreto vissuto dei territori. Per una visione completa della pratica e degli

2 Vedi Cap. 1 Par. 1.3

allegati sono disponibili invece l'allegato alla espansione online del Manuale e la Piattaforma della Cronicità della Componente 3 del Manuale.

Gli output del progetto

Fondamentali Output del Progetto PON GOV Cronicità sono: il Manuale Operativo e l'Action Plan. Entrambi gli strumenti prendono spunto dallo studio approfondito delle buone pratiche individuate sul territorio nazionale, europeo ed internazionale. Il catalogo contenente tutte le pratiche censite è consultabile attraverso la Piattaforma della Cronicità³, altro fondamentale output intermedio e poi strumento operativo dal Progetto. Il Manuale Operativo è uno strumento innovativo e flessibile di guida per la pianificazione strategica e per la gestione integrata e sostenibile della cronicità, mentre l'Action Plan costituisce una vera e propria *road map* per la pianificazione di investimenti in modelli innovativi di gestione della cronicità ispirati dalle pratiche censite durante il progetto e supportati dalla metodologia e dagli strumenti operativi elaborati nel corso dello stesso.

1.2 Finalità del Manuale Operativo

Il presente Manuale Operativo intende rappresentare un vero e proprio strumento operativo di guida, per le Regioni e tutti gli stakeholders interessati, nella pianificazione strategica ed esecutiva in materia di gestione della cronicità attraverso la definizione e sistematizzazione di strumenti concettuali e metodologici a supporto dell'analisi, progettazione e valutazione degli interventi e del change management. Tali strumenti sono stati sviluppati a partire dalla combinazione di competenze e conoscenze multidisciplinari derivanti dal lavoro degli esperti del Ministero della Salute e di Agenas coinvolti nel progetto, e dalla condivisione di esperienze e confronto reciproco tra gli operatori del settore.

In questa prospettiva, il Manuale propone una chiave di lettura dei processi di innovazione in materia di gestione della cronicità sia di tipo "verticale", evidenziando la complessità e l'interrelazione di diverse dimensioni da considerare, di carattere clinico, organizzativo e tecnologico e gestionale, sia di tipo "orizzontale", fornendo una presentazione autoconsistente di ciascuna tematica affrontata.

A tal fine il Manuale Operativo è strutturato intorno ad una serie di componenti modulari che toccano temi quali lo scenario programmatico e normativo, il contesto epidemiologico e le dinamiche di policy e di servizio del SSN, le logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione, presa in carico (PAI, PDTA, Case di Comunità, Infermiere di Famiglia o Comunità), le Centrali Operative (116117, COT), la Telemedicina, le cure intermedie, il dimensionamento economico e logistico dei servizi, il project e il change management.

1.3 La struttura multicanale del Manuale

Il presente Manuale Operativo si articola in tre macro-componenti:

- *Componente 1: Contesto, modelli di riferimento e indicazioni operative a supporto della gestione della cronicità;*
- *Componente 2: Metodi e strumenti a supporto delle attività operative di analisi e confronto delle esperienze regionali, della progettazione e valutazione degli interventi da adottare e delle modalità di trasferimento delle pratiche;*
- *Componente 3: Raccolta di buone pratiche a livello internazionale, UE e nazionale, a supporto della progettazione degli interventi e delle azioni di trasferimento.*

Componente 1 – Contesto, modelli di riferimento e indicazioni operative

La prima componente del manuale mira a inquadrare il contesto di riferimento ed epidemiologico, lo scenario programmatico e regolatorio e, soprattutto, a sistematizzare una serie di concetti e modelli di riferimento relativi al set di ambiti strategici prioritari nel processo di gestione della cronicità, cui si aggiungono, quali ambiti trasversali abilitanti, la progettazione e attuazione del cambiamento, il dimensionamento dei servizi, economico e logistico, il project e change management.

Il fine della Componente 1 è promuovere la creazione di un linguaggio e una cultura condivisa sui temi affrontati e delineare gli obiettivi, i modelli cui tendere così come le opportunità e gli elementi di criticità da tenere in considerazione nell'azione di progettazione degli interventi a livello regionale, fornendo anche indicazioni operative a supporto dei processi di adozione dell'innovazione e del change management.

Questa prima componente, racchiusa in un vero e proprio manuale cartaceo, richiama e contestualizza le altre componenti (n.2 e n.3) rese fruibili online all'interno dell'Osservatorio della Cronicità.

Componente 2 – Metodi e strumenti

La Componente 2 - *Metodi e strumenti* del Manuale Operativo fornisce un kit di strumenti operativi a supporto dell'analisi, la progettazione e la valutazione degli interventi di attuazione del Piano Nazionale della Cronicità, nonché il trasferimento delle buone pratiche o di loro singole componenti ad altri target o contesti attraverso tutoraggi informali o gemellaggi formali.

Rientrano in questa componente:

- la matrice di analisi delle pratiche innovative, la griglia di valutazione, la scheda di sintesi;
- i glossari tematici;
- il toolkit di supporto alla capacità amministrativa;
- documenti tecnico-scientifici di supporto.

La Matrice di analisi delle pratiche innovative

La **Matrice delle esperienze** è lo strumento elaborato dal Nucleo Tecnico Centrale del Ministero della Salute e da Agenas per procedere nell'analisi e valutazione di dettaglio delle buone pratiche nell'ambito della L.2 al fine di enucleare gli elementi distintivi e i caratteri innovativi di ciascuna di esse, nonché di individuare le condizioni, le modalità e le potenzialità di replicabilità in altri contesti regionali.

La Matrice rappresenta al contempo:

- uno strumento di rappresentazione delle pratiche a supporto dell'analisi e il confronto e per tale motivo è stato utilizzato come riferimento per la strutturazione del database delle pratiche contenuto nella Piattaforma della cronicità;
- uno strumento di valutazione delle pratiche a supporto sia della promozione di azioni di miglioramento che dell'individuazione delle best practices.

La matrice è stata elaborata seguendo un approccio di tipo incrementale basato sull'analisi di modelli di riferimento, l'adattamento alle specifiche finalità perseguite, il test su un set di buone pratiche e la successiva validazione. Tali fasi si sono sviluppate nel corso dell'intera attività progettuale del PON GOV, attribuendo particolare attenzione alle lezioni progressivamente apprese e all'interlocuzione con i diversi stakeholder coinvolti.

La matrice si basa su una versione implementata del questionario "*QCR Tool- Recommendations to improve prevention and quality of care for people with chronic diseases*"⁴, utilizzato nella prima rilevazione, che prevede 9 criteri di valutazione corrispondenti ad altrettante macro-dimensioni di analisi di una pratica:

- Progettazione della pratica;
- Empowerment del paziente/care giver;
- Indicatori di monitoraggio della pratica;
- Formazione operatori;
- Dominio etica;
- Governance, servizi di sanità digitale e ICT;
- Interazione con i sistemi ordinari;
- Sostenibilità e scalabilità.

Per ciascuna dimensione sono state individuate una serie variamente articolata di sotto-dimensioni, cui sono stati a loro volta associati degli item predefiniti, volti ad agevolare e standardizzare la rappresentazione della

4 Vedi Cap. 1 "Componente 3"

pratica, al fine di massimizzarne il potenziale di confrontabilità e al contempo di facilitare la ricerca nel database della Piattaforma della cronicità, potendo ricorrere a campi strutturati di caricamento dei dati corrispondenti specularmente al design dei campi di ricerca e filtro delle pratiche.

Tale Matrice è una revisione evolutiva dei domini di analisi del QCRTool, che mantiene inalterati i criteri elaborati dalla DG Santé, dando vita ad uno strumento capace di tenere il passo della rapida evoluzione dei sistemi sanitari in un transizione digitale accelerata dalle contingenze dettate dalla situazione pandemica, ed in grado di definire elementi di forza e di debolezza, aspetti critici, domini migliorabili, prerequisiti alla trasferibilità, condizioni di sostenibilità riferite alle tipicità dei territori italiani, ma con un puntuale e costante riferimento al set di criteri definiti a livello europeo per la valutazione delle Best Practices.

In particolare nella versione evolutiva della Matrice elaborata dagli esperti del Nucleo Tecnico Centrale del Ministero della Salute sono stati enfatizzati, quali elementi di pregio e contestualizzazione rispetto alla programmazione sanitaria nazionale, una corretta programmazione delle risorse umane ed economiche necessarie a garantire la sostenibilità della pratica, l'integrazione, anche a tendere nel caso delle sperimentazioni, con i sistemi ordinari così come ridisegnati dai provvedimenti intervenuti nell'arco di vita del progetto, quali il PNRR e DM 77, un approccio di integrazione socio-sanitaria oltre alla puntuale definizione degli aspetti tecnologici e digitali, anche con riferimento alle delicate implicazioni di etica, privacy e cybersecurity.

Per tale ragione la matrice è stata tradotta in un vero e proprio format per la candidatura al processo di validazione delle pratiche sulla Piattaforma della Cronicità, che nella fase transitoria è stato somministrato alle Aziende e alle Regioni sotto forma di file con compilazione guidata, ed è stata utilizzata nella seconda rilevazione delle pratiche italiane del 2022.

Tale metodologia, infatti, si pone come un indispensabile strumento di traduzione delle esperienze italiane in una dimensione europea e viceversa. In questo modo una Buona Pratica, classificata e selezionata secondo l'ottica del set di criteri italiani, può essere ricondotta attraverso una analisi comparativa al set di criteri definiti dalla DG Santé aventi valenza europea, in un processo bidirezionale di reciproco benchmark che attribuisce ulteriore valore aggiunto europeo alle pratiche analizzate a partire da ciascuna delle due viste e agevolmente ribaltabili sulla vista speculare.

La matrice ingloba la metodologia PM2, rilasciata in modalità open source dalla Commissione Europea per la gestione di progettualità e l'introduzione di modelli innovativi nei contesti aziendali adottando strumenti mutuati dai più avanzati standard internazionali di project management.

La griglia di valutazione

A partire dal lavoro di approfondimento e analisi di un primo set di pratiche realizzato da Agenas nel corso delle prime fasi progettuali, la matrice delle esperienze è stata utilizzata come base di riferimento per la predisposizione da parte del Nucleo Tecnico Centrale, di una nuova griglia di valutazione, che prevede la definizione di un giudizio della pratica di tipo quantitativo, espresso in centesimi e uno qualitativo espresso in termini di giudizio testuale. analitico, volto a sottolineare i punti di forza della pratica e a mettere in evidenza le aree di miglioramento, associando dei suggerimenti operativi.

Nell'ottica di mantenere una doverosa coerenza metodologica e metriche confrontabili nell'attribuzione dei punteggi rispetto alla prima tornata di valutazioni, preliminarmente all'adozione della nuova griglia dei punteggi, il gruppo di filtraggio/valutazione MdS – Agenas ha effettuato opportune verifiche, testando la griglia stessa su due delle sei pratiche best della prima rilevazione al fine di comparare gli esiti della valutazione della stessa pratica con le due metodologie. La nuova metodologia ha garantito esiti di valutazione coerenti con la fascia di valutazione originaria, fornendo adeguate garanzie sulla comparabilità della analisi e dei giudizi delle esperienze censite durante tutta la durata del progetto⁵.

I glossari tematici

I *glossari tematici* rappresentano uno strumento metodologico di lavoro, a supporto della Rete dei referenti regionali e di tutti gli stakeholders finalizzato alla condivisione di una terminologia comune,

che favorisca la convergenza di istanze anch'esse condivise, schemi comuni di lettura e comprensione dei fenomeni e sia utile alla programmazione ed attuazione delle attività a livello regionale.

La comunicazione, informativa e formativa, costituisce una formidabile leva strategica nel creare la cultura del cambiamento stimolandone la necessità e addirittura l'urgenza, e rappresenta un mezzo per veicolare il

5 Il processo di valutazione ed il workflow è descritto in dettaglio nell'allegato , al presente manuale disponibile on lineo

cambiamento ad attori, stakeholder e target del sistema, dimensione quest'ultima cruciale quando si tratta di servizi sanitari ed una corretta comunicazione con il paziente può contribuire ad una maggiore aderenza terapeutica con migliori esiti di cura.

Da qui l'esigenza di accompagnare il cambiamento attraverso la elaborazione di due glossari tematici acclusi al Manuale:

- Telemedicina;
- Casa come primo luogo di cura.

A questi si aggiunge l'elenco degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia di interesse per la cronicità e la fragilità.

Il toolkit di supporto alla capacità amministrativa

Questa sezione raccoglie strumenti agili e di facile uso per guidare i Referenti regionali e tutti gli stakeholders nella produzione degli atti necessari e nella verifica della completezza delle attività svolte rispetto a temi complessi, anche fortemente proceduralizzati.

Il tool kit include

- la check list di approfondimento sulla privacy; la check list di coerenza dell'intervento con le indicazioni del PNRR;
- lo schema di atto amministrativo che esprime la disponibilità da parte dell'Ente detentore a facilitare il trasferimento ad altri Enti di conoscenze, competenze e modelli clinici e gestionali maturati attraverso la gestione della Buona Pratica;
- lo schema di atto amministrativo che esprime l'interesse da parte dell'Ente ricevente ad attivare un gemellaggio per beneficiare delle conoscenze, competenze e modelli clinici e gestionali maturati dalla Regione/Azienda trasferente attraverso la gestione della Buona Pratica mediante il trasferimento nel proprio contesto;
- il piano operativo, a corredo della determina del ricevente, che traduce in una concreta programmazione di azioni e investimenti il trasferimento della buona pratica nel proprio contesto organizzativo e programmatico, sia esso di livello aziendale o regionale;
- lo strumento Maturity model assessment mutuato dal modello **SCIROCCO Exchange**.

Componente 3 – Buone pratiche

Componente fondante del Manuale Operativo è la raccolta di Buone pratiche (Componente 3) a livello internazionale, europeo e nazionale volte a fornire ai Referenti regionali, nonché a tutti gli stakeholders interessati, modelli di riferimento di cui valutare l'opportunità e le modalità di replicabilità. La raccolta e condivisione di buone pratiche rappresenta, infatti, una importante base di conoscenza per stimolare processi innovativi ed al contempo consente di ottimizzare gli sforzi di innovazione, promuovendo il riuso e l'adattamento di soluzioni tecnologiche, procedure e modelli organizzativi già sperimentati con successo sul campo.

Il processo di raccolta delle buone pratiche è stato strutturato in più fasi ed ha preso le mosse dall'attività svolta nel corso del settennio 2014-2020 dalla Commissione Europea che ha ritenuto opportuno esplicitare e formalizzare la metodologia di valutazione delle *BestPractices*, attraverso un processo partecipato, nel solco della logica di inclusione degli *stakeholders* nei processi di costruzione delle progettualità finanziati con fondi europei, in cui siano adeguatamente rappresentati i bisogni che il progetto intende soddisfare, dando concreta attuazione al principio di sussidiarietà che anima anche l'assetto costituzionale italiano della gestione del sistema salute.

Nel documento "*Criteria to Select Best Practices in Health Promotion and Disease Prevention and Management in Europe*" elaborato dal *European Commission Directorate General for Health and Food Safety*, di seguito *DG Santé*, viene descritta una metodologia condivisa dai principali stakeholders europei in esito ad un lungo processo iniziato nel 2016 che ha preso le mosse dai lavori dal Progetto *CHRODIS, Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle*. Il documento definisce i criteri qualitativi per categorizzare le varie pratiche sulla salute elaborate dagli Stati membri, fornendo una definizione di *Best Practice* rispetto ad una *Good Practice*.

Nel documento la Commissione Europea ha definito un set di criteri per la valutazione delle Best Practice: di *exclusion* (esclusione), *core* (di base) e *qualifier* (di qualificazione). Se non sono soddisfatti i criteri relativi all'adeguatezza, la pratica viene esclusa dal procedimento di valutazione. I criteri di base attengono alla valutazione dell'efficacia e dell'efficienza della pratica, nonché il modo in cui la pratica ha affrontato le questioni



di equità. Infine, i criteri qualificatori sono utilizzati per valutare se la pratica contiene elementi rilevanti per il suo trasferimento in altri contesti⁶.

Nel corso della prima fase del progetto, Agenas, di concerto con il Ministero della Salute e con il coinvolgimento della Rete dei Referenti Regionali per la cronicità e l'ICT, nel corso del 2019 ha realizzato una prima attività di ricognizione presso le regioni, attraverso il ricorso al QCRTool, strumento di rilevazione e valutazione elaborato appunto nell'ambito della Joint Action citata opportunamente adattato alle finalità del progetto.

Questa scelta di campo iniziale ha consentito di rendere particolarmente robusta la metodologia di emersione e valutazione delle pratiche, in quanto già validata dalla Commissione Europea, facendo sì che il gruppo di progetto potesse farsi parte attiva nella disseminazione dei più recenti risultati della ricerca metodologica di respiro europeo nel campo del management dei servizi sanitari proponendo, nel migliore spirito implementativo raccomandato dalla Commissione nel documento stesso, una evoluzione del metodo, così da renderlo efficace anche nella rilevazione del dominio tecnologico, originariamente non presente.

Questa attività ha portato all'individuazione di 36 buone pratiche, riferite a diversi aspetti programmatori e gestionali e caratterizzate da differenti livelli di implementazione, da cui sono state estrapolate 6 esperienze *precorritrici* oggetto di analisi più approfondita realizzata a partire dalla *Matrice delle esperienze* (cfr. Componente 2) e basata anche sul ricorso ad interviste e richieste puntuali di informazioni. Le sei pratiche sono descritte nei capitoli di competenza della prima versione del Manuale Operativo, a cui si rimanda integralmente⁷. Alla ricognizione delle buone pratiche nazionali si è successivamente affiancata un'attività di ricognizione di buone pratiche a livello UE e internazionale.

Come detto, nel 2022 ai fini di una visione più sincrona della realtà regionale dopo l'impatto del Covid-19 attraverso l'uso della Matrice di analisi delle pratiche sono state rilette le esperienze già censite con gli occhi della attualità e di una significativa accelerazione digitale. Sono state rintracciate pratiche afferenti ad ambiti divenuti di particolare attualità, come la salute mentale drammaticamente balzata agli onori della cronaca dopo i lunghi isolamenti per il contenimento della pandemia, l'integrazione sociosanitaria visto il ruolo giocato dai determinanti socioeconomici nell'accesso ai servizi sanitari ed il ruolo delle centrali territoriali, snodo fondamentale anche in tempi di crisi.

Le buone pratiche nell'ottica dei programmi europei

La standardizzazione dei metodi è imprescindibile per rendere confrontabili le realtà dei diversi stati membri e consentire la trasferibilità di esperienze innovative e di successo in altri contesti.

In tal senso il documento di definizione della metodologia delle best practices posto alla base della metodologia del progetto ha rappresentato uno strumento fondamentale per dare piena attuazione agli obiettivi di programmazione comunitaria in materia di salute ed ha posto le basi per una cultura della pratica di successo come benchmark imprescindibile in qualunque analisi di contesto preliminare ad azioni di programmazione strategica, specie se di carattere innovativo.

Al fine di consentire una agevole consultazione del patrimonio di esperienze maturato nelle progettualità finanziate dalla Commissione, in esito alla formalizzazione della metodologia di valutazione delle Buone Pratiche la *DG Santé* ha creato un portale per la consultazione delle BP in ambito salute, popolato grazie ad una *Call for practice* permanente.

Il portale delle buone pratiche europee consente la sottomissione continua di nuove pratiche da sottoporre a valutazione. L'obiettivo principale perseguito dalla *DG Santé* è di promuovere progettualità sia a scopo divulgativo che di traslabilità al fine di contribuire a ridurre il divario tra i diversi paesi nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie non trasmissibili, creando le condizioni per minimizzare i *gap* di sviluppo tra i paesi dando piena attuazione alle politiche europee di coesione.

La medesima logica di benchmark e trasferimento di esperienze virtuose anima il progetto PON GOV che non poteva non rivolgere la propria attenzione a questo importante riferimento comunitario, che è appunto il primo repository consultato nella selezione e catalogazione di pratiche rilevanti ai fini della rappresentazione delle pratiche nella Piattaforma della Cronicità del Progetto PON GOV.

Dal database europeo sono state inizialmente estrapolate 56 pratiche tra le esperienze europee ritenute di interesse nell'ambito del Progetto PON GOV Cronicità rispetto a tutte le tipologie di Progetti e Joint Action presenti, focalizzando l'attenzione sulla cronicità e sull'adozione di strumenti di ICT a supporto della cronicità.

6 https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/major_chronic_diseases/docs/sgpp_bestpracticescriteria_en.pdf

7 <https://osservatoriocronicita.it/index.php/digital-kit/271-manuale-operativo-logiche-e-strumenti-gestionali-e-digitali-per-la-presa-in-carico-della-cronicita>

Per una disamina completa delle pratiche si rimanda al documento di Progetto Output "Buone Pratiche Europee - Schede di analisi delle Buone Pratiche europee sulla gestione della cronicità e sull'utilizzo di strumenti ICT a supporto della cronicità" (OUTPUT 3.AS.2), aggiornato al 30/06/2020.

Anche al termine della Linea 1 è proseguita l'attività di emersione delle Buone Pratiche europee nel portale della DG Santé ed è stata avviata l'analisi e catalogazione delle BP afferenti ad altri Programmi europei anche alimentare la Piattaforma delle Cronicità.

La mappatura è proseguita con le Joint Actions più significative in tema di salute e all'interno del Programma **Interreg Europe**. Le Joint Actions, in quanto codisegnate e cogestite dalla Commissione Europea e grazie alla capacità di penetrazione dei contesti nazionali garantita dalla ampiezza e dalla composizione del partenariato che coinvolge le competent authorities nazionali, rappresentano un imprescindibile riferimento per la conoscenza del contesto europeo in materia di public health.

Il programma Interreg Europe, invece, è risultato di grande interesse, e affine alle ambizioni di coesione ad ampio spettro espresse anche nel Progetto PON GOV Cronicità in quanto intende supportare i governi regionali e locali di tutta Europa a sviluppare politiche migliori per la valorizzazione dei territori attraverso il trasferimento e la scalabilità delle esperienze di successo, favorendo la coesione e la riduzione dei divari, creando un ambiente favorevole e opportunità per la condivisione di soluzioni e l'apprendimento delle politiche, creando capacità di *governance*.

La cooperazione, la collaborazione e l'impegno della comunità sono al centro oltre che della strategia di Interreg Europe anche della *mission* del Progetto PON GOV Cronicità nella logica di una crescita del sistema attraverso il miglioramento delle policies e la crescita dei policy makers.

Dei quattro assi prioritari dell'Interreg Europe, tuttavia, è risultato di interesse ai fini del Progetto principalmente l'Asse prioritario 1 *Research, technological development and innovation*, focalizzato sulla salute e dei 65 macro-progetti presenti nell'Asse 1, risultati pertinenti EU SHAFE - *Europe enabling Smart Healthy Age-Friendly Environments*; HELIUM - *Health Innovation Experimental Landscape through Policy Improvement*; HOCARE - *Delivery of Innovative solutions for Home Care by strengthening quadruple-helix cooperation in regional innovation chains*; ITHACA - *Innovation in Health and Care for All*.

Delle n.137 pratiche di Interreg Europe analizzate all'interno dell'Asse 1 solo alcune sono risultate di effettivo interesse per il Progetto PON GOV Cronicità soprattutto alla luce della logica di confrontabilità che ha animato il rigoroso metodo di analisi e rappresentazione delle Pratiche in Piattaforma.

Per la mappatura completa dei Progetti si rimanda all'Output BUONE PRATICHE INTERREG EUROPE - Schede di analisi delle Buone Pratiche europee sulla sanità del Programma Interreg Europe (OUTPUT 3.AS.2), aggiornato al 30/09/2021.

Di tutte le pratiche europee potenzialmente di interesse per gli attori dell'ecosistema salute, solo alcune presentano contestualmente una serie di caratteristiche che le rende candidabili per la pubblicazione in piattaforma. A valle della rifinitura metodologica della seconda rilevazione dopo l'azione di sistematizzazione degli elementi delle pratiche e dell'introduzione di un workflow di valutazione anch'esso di ispirazione comunitaria mutuato dal Programma Horizon Europe, la rosa delle pratiche è stata ristretta avviando al riversamento nel framework comune di rappresentazione delle pratiche solo quelle che presentano caratteristiche e data set adeguati. Segnatamente sono state considerate le sole pratiche vitali o confluite in progettazione sequenziali o nei sistemi ordinari, le pratiche legate al target dei cronici con indicazione della patologia, le pratiche ove fosse presente un sito web di riferimento o documentazione sufficiente ad estrapolare gli elementi relativi ai domini fondamentali di analisi della matrice, pratiche non esclusivamente sociali ma sanitarie o al più socio-sanitarie, pratiche con chiara indicazione delle componenti digitali, meglio se di telemedicina.

Le pratiche selezionate al termine del lavoro di sistematizzazione e omogeneizzazione del framework di riferimento sono disponibili negli allegati dell'espansione online del presente Manuale.

La Piattaforma della Cronicità

Al fine di massimizzarne la fruibilità, le buone pratiche sono state e pubblicate on-line all'interno della Piattaforma della Cronicità, uno degli Output di Progetto, che mira a raccogliere e a consentire il confronto tra le esperienze di gestione della cronicità accomunate dal driver dell'ICT nelle diverse viste delle esperienze italiane, europee e mondo, dove saranno facilmente ricercabili e consultabili, rappresentando un primo nucleo di riferimento oggetto di costante aggiornamento che potrà avvenire a partire dalle attività di ricognizione degli esperti e dall'attivazione di un meccanismo di segnalazione/candidatura cui possono ricorrere esperti di dominio e referenti regionali.

Attraverso un opportuno sistema di metadati le buone pratiche sono ricercabili seguendo numerose e variegata dimensioni di ricerca che spaziano dall'ampiezza applicativa alla dimensione di innovatività. Il ricorso a strumenti di benchmark consente, infine, di confrontare due o più esperienze agevolando l'attività di ricerca ed analisi.

Da ultimo, sempre in tema di stimoli provenienti dalla programmazione comunitaria, il progetto ha fatto sua, anche qui in chiave evolutiva, la metodologia derivante dalla European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA) SCIROCCO, che ha rappresentato una fonte di ispirazione importante per la personalizzazione del maturity model alle esigenze del PON GOV cronicità, al fine di mettere in luce le condizioni abilitanti al trasferimento sia nel contesto del trasferente che del ricevente. Il Maturity model riadattato è stato inserito nella riformulazione elaborata dal Nucleo Tecnico centrale con il supporto della RTI Lotto 6 nella Componente 2 – metodi e strumenti -'Toolkit amministrativo' per il supporto alla analisi di contesto preliminare ai gemellaggi.

1.4 Il processo di diffusione del Manuale e delle Buone Pratiche

Luogo di elezione per la diffusione del Manuale Operativo e delle buone pratiche risulta *la Rete dei referenti regionali per la cronicità e l'ICT* che, attraverso la sperimentazione degli strumenti concorreranno anche progressivamente al loro perfezionamento e ampliamento in un processo di co-creazione orientato al miglioramento continuo.

In questa prospettiva il Manuale diventa, insieme all'attività di animazione e moderazione svolta dagli esperti del Nucleo Tecnico Centrale del Ministero della Salute, di Agenas e successivamente degli esperti del Nucleo Tecnico Territoriale, strumento a supporto della creazione e sviluppo di vere e proprie *Comunità di Pratica* intorno a una o più priorità strategiche in cui produrre e condividere esperienze e conoscenze sul tema della gestione della cronicità, con il supporto delle tecnologie digitali, e promuovere il trasferimento di buone pratiche tra regioni.

A riguardo, sono note le difficoltà dell'utilizzo delle buone pratiche che, anche quando oggettivamente individuabili, hanno il limite di essere riferite ad uno specifico contesto operativo e culturale e di non essere sempre agevolmente trasferibili. Soprattutto, per essere efficaci come strumenti di miglioramento, hanno il limite rappresentato dal passaggio dalla conoscenza di una buona pratica alla sua adozione concreta. L'azione di trasferimento richiede, pertanto, da un lato la spinta propulsiva di soggetti qualificati all'interno dell'amministrazione destinataria e dall'altra un'attività di accompagnamento nel processo di comprensione e adattamento della pratica.

Il confronto *tra pari* ha dimostrato di poter svolgere un ruolo importante nell'attività di accompagnamento, grazie al coinvolgimento della amministrazione che ha per prima definito e introdotto la pratica in qualità di mentore per l'amministrazione interessata al trasferimento. Questo tipo di intervento si è dimostrato, in molte occasioni, una strategia particolarmente vincente, come ad esempio attesta l'ampio ricorso a strumenti quali il *Twinning* da parte della Commissione Europea nell'ambito di diversi programmi di finanziamento (incluso Horizon 2020 e programmi di rafforzamento della capacità amministrativa da parte di amministrazioni di Stati Membri nei confronti dei Paesi "partner").

Gruppi di lavoro e comunità di pratica

In questa prospettiva, il ricorso alle *Comunità di Pratica*, quali luoghi di scambio e condivisione tra Regioni con diversi gradi di esperienza rispetto a una o più priorità strategiche, ha al contempo stimolato il trasferimento di conoscenza e promosso e consolidato nella cultura condivisa dagli operatori di settore lo "spillover di paradigma" nel SSN: dalla medicina di attesa (aspettare che una persona si ammali per poi assisterla), alla medicina di iniziativa (misura del rischio di ammalarsi per affiancare la persona nelle scelte quotidiane di prevenzione e cura).

La creazione di *Comunità di Competenza* (Community of Practice) interistituzionali è peraltro riconosciuta nell'ambito del PNRR come intervento strategico nello sviluppo del capitale umano della pubblica amministrazione (Missione 1), e come luogo di elezione per la definizione di progetti innovativi in grado di arricchire il patrimonio di conoscenze ed esperienze dell'organizzazione di appartenenza.

Nell'ambito del Progetto, il processo di supporto all'attività di programmazione delle Regioni ha previsto l'applicazione di un metodo di lavoro condiviso, articolato in più fasi:

- *creazione di Gruppi di Lavoro interregionali* costituiti da regioni interessate a rafforzarsi sperimentando modelli innovativi e regioni interessate a fornire supporto nel processo di trasferimento e di co-creazione, promuovendo un tipico modello di formazione One-to-One basato sullo sviluppo di una relazione tra soggetti con più esperienza (*mentor*) e soggetti con meno esperienza (*mentee*);

- *rilevazione degli specifici fabbisogni di innovazione* per ciascuna regione, a partire da attività di gap analysis realizzate con il supporto operativo degli esperti nel Nucleo Tecnico Territoriale;
- *definizione e attuazione di una strategia di trasferimento e knowledge sharing* attraverso l'attivazione di un dialogo paritetico e costruttivo tra regioni con diverso livello di esperienza, moderato e guidato dal punto di vista metodologico da Agenas e dal NTC e dal NTT del Ministero della Salute. La strategia di trasferimento ha seguito diversi canali, dagli incontri periodici di brainstorming e scambio di esperienze, a percorsi di gemellaggio formali e informali e attività di peer review della documentazione prodotta;
- *definizione dell'intervento di cambiamento* a partire dai risultati del percorso di trasferimento e knowledge sharing e con il supporto degli esperti del NTT, coordinati dal NTC.

Il metodo promosso ha inteso rendere i Referenti regionali i principali attori del cambiamento, riconoscendo al Ministero della Salute, attraverso le professionalità degli esperti del Nucleo Tecnico Centrale o Territoriale e ad Agenas, il mero ruolo di riferimento metodologico e di moderatore delle *Comunità di Pratica*.

Il progetto PON GOV Cronicità ha contribuito a sovvertire il ricorrente fenomeno di depauperamento delle competenze interne, causa e conseguenza del ricorso ad attività di assistenza tecnica da parte di esperti o società esterne nella realizzazione di progetti di innovazione, promuovendo interventi mirati principalmente alla formazione e allo sviluppo delle *capabilities* organizzative migliorando la capacità amministrativa del servizio sanitario nazionale e le competenze del suo capitale umano.



PARTE II: SCENARIO

2.

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO TASSI DI COPERTURA E APPROPRIATEZZE DEL SSN: PRINCIPALI INDICATORI DI RIFERIMENTO NAZIONALI E REGIONALI

A cura di Pasquale Falasca, Emanuele Falcone, Giovanna Sini, Domenico Scibetta



2.1 L'epoca della fragilità: invecchiamento e disuguaglianza

Tra i fattori preponderanti che agiscono sulla salute si rilevano i cambiamenti sociali, economici e demografici, rapidi e sfavorevoli, che si ripercuotono sulle condizioni lavorative, sui contesti educativi, sui modelli familiari, sul tessuto sociale e culturale delle comunità, influenzando le condizioni di vita degli uomini e delle donne in modo diverso^{8 9}.

Negli ultimi decenni sono inoltre avvenuti cambiamenti significativi che stanno influenzando la nostra salute a livello planetario:

- scostamento della curva del benessere da quello della crescita economica
- crescenti disuguaglianze
- crisi ambientale
- globalizzazione della mobilità
- migrazioni e mescolanze
- ritmo del cambiamento tecnologico
- nuovi modelli di consumo e comunicazione.

Un ampio e solido corpo di evidenze epidemiologiche converge nell'indicare che, soprattutto nei Paesi Occidentali, più sono marcate le differenze di reddito tra ricchi e poveri, più le popolazioni tendono a soffrire di un peso maggiore di una vasta gamma di problemi sanitari e sociali. Maggiore il divario socioeconomico (alta disuguaglianza), la salute fisica e mentale sono peggiori, l'aspettativa di vita è più bassa, i tassi di omicidio sono più alti, i punteggi di alfabetizzazione dei bambini tendono ad essere più bassi, l'abuso di droghe è più comune e più persone sono in prigione. Più alta la disuguaglianza, maggiore la percentuale di persone fragili nella popolazione. La prova scientifica della correlazione tra disuguaglianze e salute è che tutti questi risultati presentano gradienti sociali che li rendono più frequenti ad ogni gradino della scala sociale, inoltre si presentano in una dimensione unitaria che non riguarda soltanto il benessere fisico, ma coinvolge direttamente anche la sfera psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa dei cittadini e i loro stili di vita¹⁰.

FIGURA 1

Problemi sociali e sanitari sono maggiori nei Paesi con maggiori disuguaglianze.

HEALTH AND SOCIAL PROBLEMS ARE WORSE IN MORE UNEQUAL COUNTRIES



Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

8 Carta di Ottawa per la promozione della salute 1986

9 Richard Wilkinson & Michael Marmot - Social determinants of health. The solid facts. WHO 2003

10 Richard Wilkinson & Kate Pickett - *The Inner Level* (2018). Edizione Italiana: *L'equilibrio dell'anima perché l'uguaglianza ci farebbe vivere meglio* Feltrinelli 2019

La transizione epidemiologica è la teoria che descrive il cambiamento della fertilità, aspettativa di vita e mortalità della popolazione¹¹. All'età antica della pestilenza e della carestia è seguita quella delle malattie degenerative e provocate dall'uomo, a cui è subentrata l'età del declino della mortalità, dell'invecchiamento e delle malattie emergenti¹². L'epidemia da Covid-19 ha messo in luce che **viviamo nell'età della fragilità**, dell'invecchiamento e delle disuguaglianze crescenti, emersa dall'interazione sinergica (sindemia) delle patologie cronic-degenerative e delle sovrainfezioni¹³.

Inoltre, la risposta alla pandemia ha evidenziato le fragilità dei modelli di assistenza (l'assenza di trasparenza, la scarsa integrazione sociosanitaria, il gap strutturale tra risorse e bisogni, la frammentazione dei servizi, la carenza di personale, l'uso sporadico della tecnologia digitale)¹⁴.

La definizione di un modello di assistenza territoriale capillare su tutto il territorio nazionale che sia in grado di rispondere ai bisogni di salute della comunità di riferimento, non dimenticando le fasce di popolazione in età più avanzata e fragili, nonché la popolazione con una o più patologie croniche o con disabilità, non può prescindere dal potenziamento dell'assistenza domiciliare. Nel contesto demografico ed epidemiologico attuale i servizi di assistenza domiciliare, che mirano a mantenere nel proprio contesto domiciliare i pazienti, risultano più che mai indispensabili ed in linea con le raccomandazioni della Commissione Europea del 2019 o ancor prima con quanto scritto nel Piano Nazionale Cronicità 2016^{9,10}.

I progetti previsti mirano a valorizzare l'assistenza sanitaria territoriale valorizzando il ruolo del paziente, integrando i servizi sanitari in un approccio *one health* (olistico) incentrato sul rafforzamento TOGLIERE SPAZIO dei servizi sanitari locali, con investimenti che includono la costruzione e la modernizzazione, sia dal punto di vista tecnologico che organizzativo, del SSN italiano.

La componente mira a garantire la salute non solo come mera assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico, sociale e mentale della persona⁸ attraverso una riforma che aggiorna e definisce il quadro normativo nell'ambito dell'assistenza sanitaria di prossimità mediante la definizione di standard organizzativi, tecnologici e qualitativi dell'assistenza territoriale. E contestualmente, grazie ai fondi del PNRR, permette di rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità, nonché i servizi di assistenza a domicilio, per garantire a tutti i cittadini le stesse possibilità di assistenza indipendentemente dal loro contesto sociale e geografico. Comunità come offerta di modi di interagire positivi, creazione di eventi o obiettivi importanti da condividere, possibilità di riconoscere e valorizzare i membri, opportunità di investire risorse e tempo e possibilità di sperimentare un legame tra i membri. Un modo di incontrare persone e di unirsi con quelle che hanno bisogni simili oppure con le persone che hanno le competenze che possono rispondere ai loro bisogni¹⁵.

L'epidemia da Covid-19, quindi, ha riportato con urgenza al centro della discussione pubblica l'**inderogabilità di un cambio di paradigma**¹⁶, con riferimento particolare al concetto di salute, di prevenzione e di cura, nonché l'urgenza di un investimento sulla sanità territoriale, soprattutto per la sorveglianza attiva delle persone più fragili e delle aree interne del Paese¹⁷.

2.2 Aspettativa di vita e invecchiamento

La speranza di vita alla nascita nel 2021 in Italia era di 80,1 anni per gli uomini e di 84,7 per le donne (scesa del 0,8% dal 2019 soprattutto a causa del Covid-19). Ma i differenziali in anni tra speranza di vita e speranza di vita in buona salute alla nascita erano del -19% per le donne e -16% per gli uomini (che salgono a -51% e -44% dopo i 65 anni rispettivamente)¹⁸. La fecondità, in calo da diversi anni, si riduce ulteriormente a 1,24 figli per donna, mentre l'età media al parto (32 anni) è fra le più alte in Europa. Continua ad aumentare l'indice di vecchiaia, raggiungendo quota 182,6 anziani ogni cento giovani¹⁹.

11 [Porta, Miquel - A dictionary of epidemiology \(Sixth ed.\). Oxford University Press 2014.](#)

12 [Barrett, R et al. Emerging and re-emerging infectious diseases: the Third Epidemiologic Transition. Annual Review of Anthropology 1998.](#)

13 [Richard Horton. COVID-19 is not a pandemic. The Lancet 2020.](#)

14 [LSE-Lancet Commission on the future of the NHS: re-laying the foundations for an equitable and efficient health and care service after COVID-19 - The Lancet 2021.](#)

15 [Community Building: logiche e strumenti di management" \(a cura di Longo F. Barsanti S.\) 2021.](#)

16 [Edgar Morin - Cambiamo strada. Le 15 lezioni del Coronavirus. Raffaello Cortina Editore 2020.](#)

17 [Decreto Rilancio 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge 17 luglio 2020, n. 77.](#)

18 [Health at a Glance: Europe 2022- State of health in the EU cycle - OECD/European Union 2022.](#)

19 [Indicatori demografici ISTAT 2022.](#)

L'Italia è uno dei Paesi più "vecchi" dell'Ue²⁰, sia per età media, sia per prevalenza della popolazione anziana. La dinamica dell'invecchiamento della popolazione a livello europeo è descritta dalla percentuale di ultrasessantacinquenni, oggi intorno al 20% (Italia 23%), salirà fino al 28% nel 2060 (In Italia 33,6%). In Giappone, il paese più longevo al mondo salirà al 40%. L'elemento nuovo è rappresentato dalla tendenza degli Europei, riscontrata anche tra gli italiani, ad andare a vivere da soli, che nel 2016 costituiva il 31% delle "famiglie" europee, in Italia il 33%, che diventeranno il 36% nel 2031, secondo le proiezioni ISTAT.

Inoltre, la variazione assoluta della popolazione non è omogenea per livello di urbanizzazione e ripartizione geografica.

Accanto a questi fenomeni demografici, si fa strada, almeno in Italia, la diffusa sensazione della rarefazione del tessuto sociale: il 25% degli ultrasessantacinquenni (il 27% se si considerano solo gli ultrasettantacinquenni) ritiene di non poter contare su nessuno in caso di necessità. Un popolo di anziani soli rappresenta un panorama inedito dal punto di vista assistenziale²¹, soprattutto nel contesto italiano abituato al ruolo cruciale della famiglia nelle funzioni di cura, famiglia che oggi statisticamente è sempre più rarefatta e spesso non esistente. Questo correla anche con una prevalenza del 47% dei divorzi nelle coppie sposate italiane.

Secondo il Rapporto ISTAT 2020 sulle condizioni di salute della popolazione anziana in Italia, il 28,4% della popolazione ultrasessantacinquenne (circa 3.860.000 persone) ha gravi difficoltà nelle attività funzionali di base con un ripido gradiente al crescere dell'età: la proporzione osservata fra i 65-74enni (14.5%) raddoppia tra i 75-84enni e quadruplica tra gli ultraottantacinquenni. Fra gli anziani con gravi limitazioni funzionali, il 20,9% ha difficoltà motorie, 13,8% deficit sensoriali gravi anche con l'uso di ausili, e 8,2% deficit cognitivi. Nei 12 mesi precedenti era andato incontro a un ricovero ospedaliero circa un anziano su 10 di 65-74 anni e due su 10 di 85 anni e più. Quindi la platea di soggetti che si trovano ad affrontare transizioni di setting di cura a seguito di eventi acuti è molto ampia.

2.3 Fragilità

Non è disponibile una definizione condivisa, ma la letteratura sulla fragilità ha incluso tre aspetti che modulano la *fragility*²²: **la suscettibilità individuale** (es. malattie croniche), **i fattori di vulnerabilità** (di natura soprattutto sociale) e **la intrinseca capacità di adattamento** (resilienza). La [Joint Action Europea ADVANTAGE](#) definisce la fragilità come una condizione età-correlata e multifattoriale, caratterizzata da un'aumentata vulnerabilità agli eventi avversi di origine endogena ed esogena e a una progressiva riduzione della capacità intrinseca, che espone l'individuo a un maggior rischio di esiti di salute negativi e all'incremento di ospedalizzazione, disabilità e morte²³. C'è necessità di misurare e stratificare la fragilità, attraverso [metriche per identificare i cluster di bisogni prioritari](#), ma vadano oltre la medicina clinica.

Con questo punto di vista deve cambiare il metro di misurazione della salute stessa, seguendo la nuova definizione di salute emergente nell'epoca della fragilità²⁴: capacità individuale di adattamento all'ambiente circostante e di conservazione della propria autonomia. Questa definizione di salute risulta più coerente all'attuale quadro epidemiologico e permette di operationalizzare la misura della fragilità e gli obiettivi del Piano Nazionale Cronicità, in modo coerente con il contesto sociale, ambientale e comunitario. Se una parte rilevante degli esiti di salute è attribuibile alle condizioni sociali, che impattano sulla condizione di vita del paziente e sulla sua capacità di fronteggiare la patologia e farsi carico dell'auto gestione della cura, si rende necessario non solo conoscere i consumi generici dell'assistito, ma correlarli alle sue condizioni di incapacità e al progetto assistenziale individuale, tenendo conto delle informazioni sociali rilevanti (situazione familiare e relazionale, reddito, cultura, stile di vita, ecc.)²⁵. L'enfasi posta sulla programmazione di strutture per la comunità programmata dal PNRR, invita a considerare anche il contributo che il sentirsi parte di una comunità determina una buona salute: sentirsi a casa nella comunità, esserne soddisfatti, essere in accordo con i valori, avere un ruolo riconosciuto nella comunità e sentirne l'appartenenza²⁶.

20 [State of Health in the EU - Italia 2019.](#)

21 [European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing.](#)

22 [Giuseppe Costa. Vulnerabilità e fragilità in sanità pubblica, nelle politiche e nei metodi di studio. E&P 2020.](#)

23 [La fragilità interessa circa l'18% degli ultrasessantacinquenni non istituzionalizzati e la metà di coloro che sono istituzionalizzati in Europa. Quadro epidemiologico della fragilità nell'anziano dai risultati della Joint Action europea ADVANTAGE - Boll Epidemiol Naz 2020.](#)

24 [Huber M et al. How should we define health? BMJ 2011](#)
[Jambroes M et al. Implications of health as 'the ability to adapt and self-manage' for public health policy: a qualitative study. European Journal of Public Health 2016.](#)

25 [Di Tommaso F., Berardo A., Falasca P. Indagine sulla fragilità degli ultra sessantaquattrenni: analisi dei fattori predittivi nel contesto ravennate. Bollettino Epidemiologico Nazionale 2011.](#)

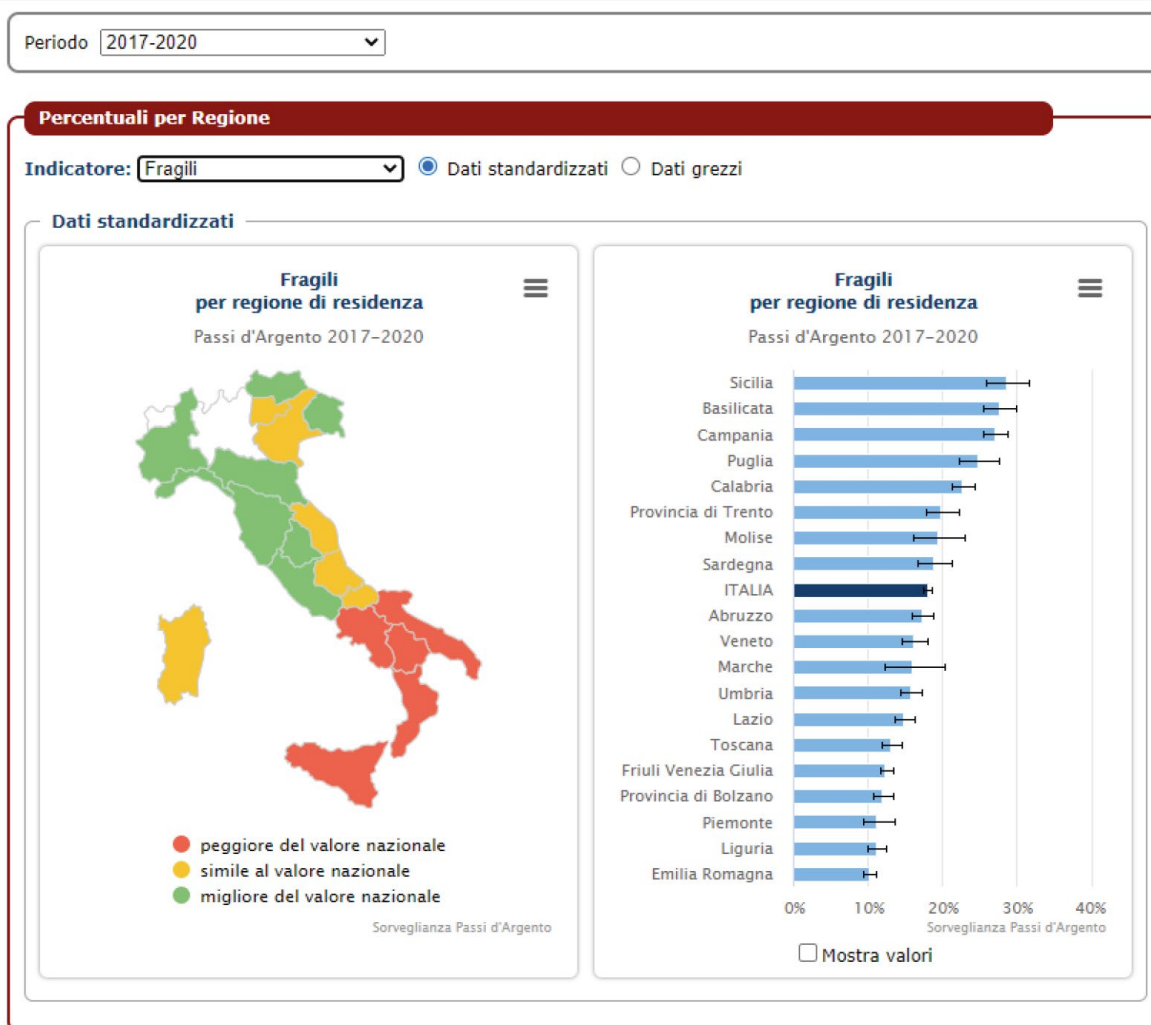
26 [McMillan D, Chavis D - Sense of Community: A Definition and Theory. Journal of Community Psychology 1986.](#)

L'invecchiamento comunque è associato con l'aumento dei livelli di dipendenza e di comorbilità²⁷. Gli anziani fragili in Italia sono il 17,9% (Rapporto PASSI d'Argento 2017-2020)²⁸. La fragilità aumenta progressivamente con l'età, riguarda il 15% degli ultrasessantacinquenni e raggiunge il 47% tra gli ultra-ottantacinquenni; è associata allo svantaggio socioeconomico (28% fra le persone con molte difficoltà economiche vs 13% tra chi non ne ha) e correlata al livello di istruzione (24% fra le persone con bassa istruzione vs 13% fra chi ha un livello di istruzione alto). La stragrande maggioranza delle persone con fragilità (98%) riceve aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo (IADL).

FIGURA 2
Mappa delle fragilità della sorveglianza Passi d'Argento.



La sorveglianza Passi d'Argento



Tuttavia, questo aiuto è sostenuto per lo più dalle famiglie, dai familiari direttamente (94%), e/o da badanti (21%) ma anche da conoscenti (14%); il 10% riferisce di ricevere aiuto a domicilio da operatori sociosanitari delle ASL o del Comune, meno del 3% riceve assistenza in un centro diurno. In assenza di una rete familiare e/o

27 [Patologie Croniche riferite nella popolazione residente in Italia Indagine PASSI e PASSI d'Argento 2016-2018.](#)

28 In PASSI d'Argento si definisce anziano fragile la persona non disabile, ossia autonoma in tutte le ADL, ma non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse, IADL (come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono).

comunitaria, gli anziani fragili che sono portatori di lievi disabilità (11% dei 65-74enni e il 30% degli ultra 85enni), non sono in grado di svolgere una vita autonoma. Il 34% degli ultra sessantacinquenni ha dichiarato di avere difficoltà nell'accesso ai servizi sociosanitari (ASL, Medico di base, Comune), o ai negozi di generi alimentari e di prima necessità. Il 60% degli intervistati riferisce di avere almeno un problema strutturale nell'abitazione in cui vive. La mappa seguente è tratta dal sistema di sorveglianza epidemiologica PASSI d'Argento on line dell'Istituto Superiore di Sanità - Epicentro, che consente l'accesso in modo tempestivo e semplice ai risultati nazionali e locali della sorveglianza epidemiologica²⁹.

2.4 Integrazione della prevenzione sociosanitaria

Invecchiare non significa necessariamente che ognuno debba vivere con la fragilità, ma aumenta le probabilità di sviluppare condizioni di salute croniche e di fragilità. Quando una persona vive con fragilità, non ha la capacità di far fronte a malattie minori che normalmente avrebbero un impatto minimo. Tantomeno di far fronte alle inevitabili crisi causate dai cambiamenti improvvisi del proprio ambiente fisico e sociale (es. ingresso o dimissione in ospedale, in RSA, nuova malattia o complicanza, lutto familiare). Pertanto, la fragilità può avere un minore impatto sulle persone, sulle loro famiglie e comunità, nonché sul sistema sanitario, se vengono predisposte proattivamente misure di prevenzione e cura³⁰.

Nonostante le evidenze sul valore delle pratiche di prevenzione e promozione³¹ svolte a monte della fragilità, il nostro sistema di assistenza sanitaria e sociale è ancora in gran parte gestito con un approccio a breve termine. Il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025, avente come uno dei macro obiettivi "*le malattie croniche non trasmissibili*" ribadisce, l'approccio *life course*, finalizzato al mantenimento del benessere della persona in ciascuna fase dell'esistenza come strumento facilitante per le azioni di promozione della salute e di prevenzione, e di genere, al fine di migliorare l'appropriatezza ed il sistematico orientamento all'equità degli interventi.

2.5 Indicatori di riferimento a livello nazionale e regionale

In questa sede si intende presentare:

- il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) come fonte principale dei dati utilizzati dal Ministero della Salute nelle sue funzioni di monitoraggio dell'assistenza;
- il patrimonio informativo compreso in NSIS;
- il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) come strumento descrittivo, di valutazione, di monitoraggio costituito da un set preciso di indicatori.

Il **Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)** è il Sistema che dispone di informazioni che per completezza, consistenza e tempestività, supportano le Regioni e il Ministero della sanità nell'esercizio delle proprie funzioni e, in particolare, supporta il Ministero nella sua funzione di garante dell'applicazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sul territorio nazionale. NSIS, è stato istituito presso il Ministero della salute e attuato attraverso l'Accordo quadro tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 22 febbraio 2001, ha un ruolo cardine per il perseguimento degli obiettivi di qualità del SSN in quanto comprende il patrimonio informativo necessario allo Stato che ha la competenza esclusiva nella definizione dei Livelli Essenziali delle prestazioni di Assistenza sanitaria (LEA), adottati come strumenti indispensabili per garantire una corretta assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale. Più in generale, l'articolo 3 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 dispone che per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del SSN, ci si avvalga del NSIS, istituito presso il Ministero della Salute. L' art. 21 del DL n.4/2022 prevede tra le funzioni dell'Agenzia per la Sanità Digitale, costituita in seno ad Agenas, supporto alla Cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), prevista dall'articolo 6 dell'accordo quadro tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, del 22 febbraio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 90 del 18 aprile 2001.

Il governo del servizio Sanitario Nazionale (SSN) si avvale del NSIS, che costituisce quindi la fonte di riferimento dei dati e informazioni, per il calcolo delle misure di qualità, efficienza e appropriatezza necessarie per il monitoraggio delle attività.

29 [Fragilità e disabilità per Regione - ISS EpiCentro Passi d'Argento 2020.](#)

30 [Frailty: Assessment, Mitigation, and Prevention - National Institute on Aging/Canadian Frailty Network, 2018.](#)

31 NIEBP - Network Italiano Evidence Based Prevention <https://niebp.com/altre-risorse>.

2.6 Patrimonio informativo NSIS

Il patrimonio informativo di NSIS comprende sia i flussi aggregati che rilevano aspetti gestionali ed amministrativi del SSN sia i flussi analitici, centrati sull'individuo e sui contatti che questo ha con il SSN. Questi ultimi riguardano diversi livelli di assistenza e setting assistenziali.

I flussi, aggregati e analitici, riguardano sia il livello di assistenza ospedaliera che territoriale. Si riportano sotto i flussi analitici di specifico interesse per le cronicità:

- Il flusso SIAD (flusso per l'assistenza domiciliare) che consente di monitorare in dettaglio gli accessi al domicilio dell'assistito, contiene informazioni relative a: presa in carico, valutazione/rivalutazione sanitaria, bisogni assistenziali, figure professionali coinvolte. La rilevazione è mensile/trimestrale.
- Il flusso FAR (flusso per le prestazioni residenziali e semiresidenziali) che consente di conoscere in dettaglio le prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani o persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, contiene informazioni relative a: presa in carico, valutazione/rivalutazione sanitaria, modulo di offerta nel quale è istituzionalizzato l'assistito, struttura erogatrice. La rilevazione è trimestrale.

NSIS permette di disporre degli elementi di base per esaminare la domanda del SSN in termini ad esempio di appropriatezza, mobilità sanitaria, tempi di attesa. Inoltre, la disponibilità di flussi analitici che rilevano, come accennato sopra, i singoli contatti con il SSN degli individui presenta l'opportunità a partire dai flussi SIAD e FAR, di riconoscere i percorsi assistenziali seguiti e le risorse del SSN utilizzate effettuando analisi integrate e trasversali con al centro l'individuo stesso. Per esempio si potrebbe correlare i flussi SIAD o FAR con quelli relativi ai ricoveri ospedalieri o all'assistenza farmaceutica per analisi di appropriatezza dei percorsi di cura attraverso l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi: in attuazione del DM del 7 dicembre 2016, n. 262 *"Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato"* diventa possibile ricostruire a livello nazionale il percorso dell'assistito tra i diversi setting assistenziali. In particolare, i sistemi informativi del Servizio Sanitario Nazionale cui si applica la procedura di interconnessione sono:

- i sistemi informativi del Ministero della salute previsti nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) ai fini del monitoraggio dei livelli essenziali e uniformi di assistenza;
- il sistema informativo Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze, relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza farmaceutica convenzionata;
- i sistemi informativi sanitari delle regioni e delle province autonome, limitatamente ai soli dati individuati dai decreti istitutivi dei sistemi informativi NSIS.

Si noti come, nell'ambito delle cronicità, riveste un ruolo determinante l'informazione relativa alla diagnosi laddove presente, codificata attraverso la classificazione ICD-9CM, la quale individua la patologia prevalente che determina l'attivazione dell'assistenza e comporta il maggior carico assistenziale e la patologia concomitante eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico nonché le informazioni relative alla valutazione dei bisogni assistenziali.

Fondamentale è inoltre il ruolo dei sistemi informativi e il loro utilizzo da parte delle istituzioni per la misurazione e il monitoraggio dei processi con il fine di abbandonare l'approccio prestazionale in favore di una lettura integrata del bisogno assistenziale della persona con l'obiettivo di incrementare la qualità del SSN in termini di efficacia, efficienza, accessibilità ed equità attraverso la promozione della capacità di reingegnerizzare e riorganizzare i processi attorno alla sfida alla cronicità ove supportata da ICT.

2.7 Monitoraggio dei LEA – Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Il DPCM 12 gennaio 2017 definisce i nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia le prestazioni ed i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), istituito con DM 12 marzo 2019 (pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019) e operativo dal 1° gennaio 2020, è lo strumento che permette, mediante le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il monitoraggio secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza che tutti i cittadini ricevano le cure e le prestazioni rientranti nel LEA.

Si tratta di uno strumento descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata in tutte le Regioni articolato da un set di indicatori, che associa a ciascun LEA gli attributi rilevanti dei processi di erogazione delle prestazioni, quali efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia e appropriatezza clinica, sicurezza delle cure.

In particolare, il NSG individua 88 indicatori:

- n.16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- n.33 per l'assistenza distrettuale;
- n.24 per l'assistenza ospedaliera;
- n.4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- n.1 indicatore di equità sociale;
- n.10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

Si rimanda all'allegato l'elenco degli indicatori del NSG di interesse per la cronicità e la fragilità che riguardano gli argomenti trattati nei diversi capitoli del manuale.

TABELLA 2

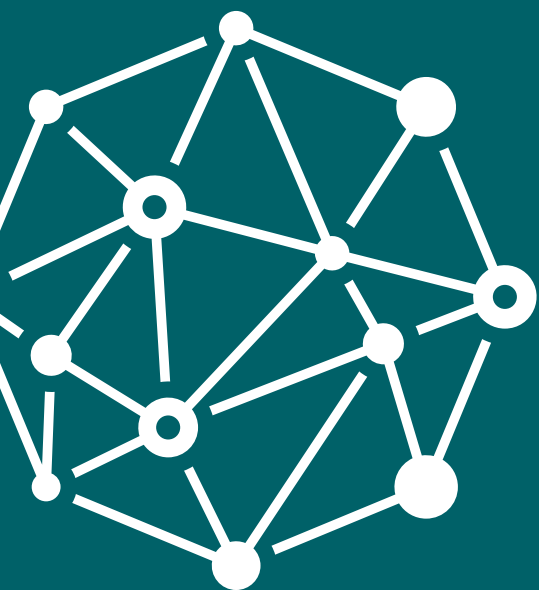
Legenda indicatori della tabella

LEGENDA INDICATORI DELLA TABELLA	
P06C	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano
P14C	Indicatore composito sugli stili di vita (fonte ISTAT)
D05C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di missione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)
D13C	Consumo di prestazioni di risonanza magnetica (RM) osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1000 abitanti
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
D23Z	Tasso di PIC (Prese in Carico) in cure domiciliari integrate I livello (CIA 1), II livello (CIA 2), III livello (CIA 3)
D33Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale/ semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)
H12C	Percentuale di ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 giorni dalla dimissione
CO03	Fragilità nell'anziano (65 anni o più)
CO04	Indice di cronicità

TABELLA 3

Indicatori NSG (2021) sui principali aspetti del contesto epidemiologico della cronicità per Regioni e PPAA.

REGIONE	P06C	P14C (PASSI)	D05C	D13C	D22Z	D23Z	D33Za	H12C	CO03 (STD)	CO04 (STD)
PIEMONTE	55,35	37,52	95,04	55,43	61,20	5,76	76,34	3,24	-	3,10
VALLE D'AOSTA	49,27	36,33	106,68	33,83	1,07	1,08	16,79	6,37	13,30	3,10
LOMBARDIA	55,97	32,84	84,14	55,13	88,35	14,28	70,57	3,48	-	3,60
PROV. AUTON. BOLZANO	36,06	30,67	132,41	47,98	0,22	0,92	46,31	3,69	10,80	3,10
PROV. AUTON. TRENTO	46,48	31,06	67,22	46,86	97,07	7,91	144,64	2,83	12,10	2,60
VENETO	51,82	33,91	72,40	60,15	100,00	14,73	68,00	3,47	-	3,40
FRIULI VENEZIA GIULIA	60,30	36,59	62,93	43,72	78,81	9,42	58,16	3,62	15,00	3,30
LIGURIA	55,79	34,76	50,70	37,72	67,89	9,75	46,30	4,06	6,70	3,30
EMILIA ROMAGNA	65,06	35,84	70,57	59,62	96,86	9,97	41,29	3,41	9,80	3,30
TOSCANA	58,38	35,97	29,51	44,65	100,00	15,31	45,76	3,82	14,60	3,70
UMBRIA	68,77	37,52	84,36	47,34	57,06	6,36	45,98	3,74	12,20	3,90
MARCHE	62,76	37,69	61,94	25,28	100,00	10,51	45,58	3,46	14,90	3,60
LAZIO	61,18	36,24	37,43	48,98	81,39	6,33	14,01	3,71	13,50	3,90
ABRUZZO	64,18	39,08	52,67	51,62	95,56	12,48	19,75	3,05	16,40	3,50
MOLISE	50,68	46,53	73,53	45,74	89,83	14,10	11,61	3,25	20,90	3,30
CAMPANIA	58,08	49,47	33,61	65,66	78,40	5,82	4,07	3,34	28,70	4,20
PUGLIA	58,23	42,34	60,96	29,77	70,46	8,25	14,88	3,76	20,30	4,00
BASILICATA	68,48	49,62	0,40	31,64	96,19	8,96	6,01	4,33	20,50	3,40
CALABRIA	62,88	43,47	29,47	45,40	-	-	16,52	4,13	27,70	4,00
SICILIA	63,68	44,63	42,67	14,82	89,57	9,79	12,04	3,08	22,80	3,70
SARDEGNA	41,24	37,871	-	40,35	-	-	-	4,84	13,20	4,00



3.

LO SCENARIO PROGRAMMATICO E NORMATIVO-DOCUMENTALE

A cura di Domenico Scibetta, Patrizia Botta, Alberto de Stefano, Stefania Mele, Paolo Michelutti



In questo particolare contesto storico l'Italia si trova a vivere una situazione eccezionale in termini di opportunità per una finalmente completa riorganizzazione dei servizi per la gestione della cronicità potendo fruire di:

- una **visione di lungo periodo** contenuta nel **Piano Nazionale Cronicità**, già approvato nel 2016;
- una **strategia** condotta da una serie di azioni strumentali al raggiungimento di tale visione, ognuna accompagnata da uno specifico finanziamento e da un serrato piano di dettaglio (**Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**);
- una **metodologia** per la corretta realizzazione delle attività che include una serie linee guida e regolamentazioni per la riorganizzazione dell'intera rete dei servizi territoriali "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*" (**DM n.77 del 23 maggio 2022**).

3.1 Obiettivi e framework del Piano Nazionale Cronicità

Come delineato nei capitoli precedenti, tenendo conto dell'incidenza delle malattie croniche e dell'elevata percentuale di invecchiamento di molte regioni italiane, il governo italiano di concerto con le Regioni ha approvato il 15 settembre 2016 il "Piano nazionale Cronicità" (PNC). Il Piano è stato adottato da quasi tutte le Regioni e PPAA e diventa un impegno per lo Stato e le Regioni ad indirizzare importanti azioni per contrastare le cause della cronicità. La Lombardia ha adottato un proprio Piano i cui contenuti sono coerenti con quelli del PNC.

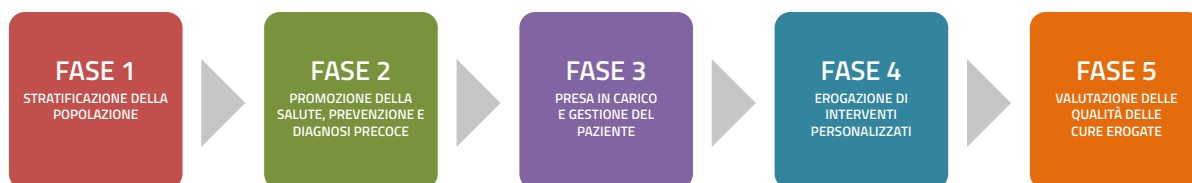
Il Piano si propone di delineare un sistema nazionale omogeneo volto a prevenire e gestire la cronicità ed armonizzare a livello nazionale tutte le attività in questo campo attraverso un documento condiviso che individua un disegno strategico comune, centrato sulla persona, orientato ad una migliore organizzazione dei servizi e ad una piena responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti. Le sue finalità sono quelle di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla famiglia e sul contesto sociale, migliorando per quanto possibile la qualità di vita e rendendo più uniformi ed efficienti i servizi sanitari per costituire, un'equità di accesso ai cittadini.

Il documento indica la strategia complessiva e gli obiettivi di Piano, attraverso cui migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). L'obiettivo finale è quello di promuovere modelli assistenziali personalizzati, cioè, centrati sui bisogni "globali" del paziente, fino ad arrivare ad un vero e proprio "Patto di cura" con il paziente ed i suoi *caregiver*.

Il processo si sviluppa attraverso **cinque principali fasi (da PNC)**:

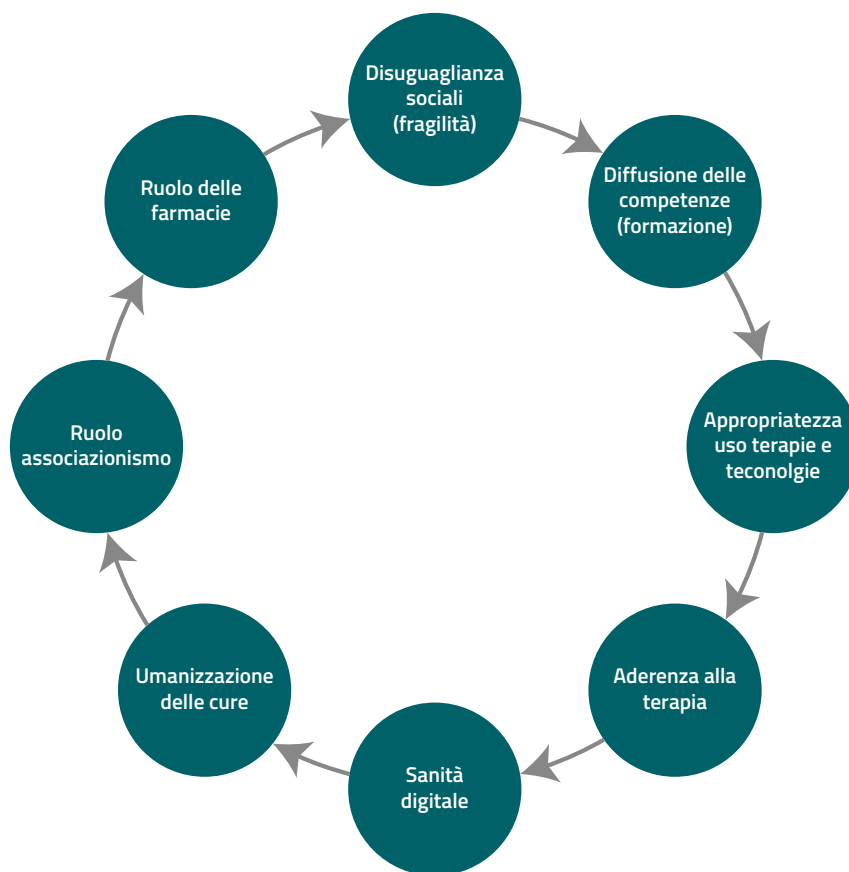
FIGURA 3

Fasi del Piano Nazionale Cronicità



Per ogni singola fase, il Piano descrive le principali macro-attività, gli obiettivi, le proposte di intervento e i risultati attesi nel percorso di gestione. Esistono anche aspetti trasversali dell'assistenza alla cronicità che sottendono al macro-processo del percorso del malato cronico.

FIGURA 4
Aspetti trasversali dell'assistenza alla cronicità



In particolare, la gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo della sanità digitale per garantire la realizzazione di una modalità operativa che integri i vari attori deputati alla presa in carico e all'erogazione delle cure.

Lo stesso PNC al paragrafo relativo a "Il monitoraggio", afferma la necessità di dotarsi di un impianto unitario di monitoraggio nazionale, improntato al pieno rispetto delle scelte attuative delle Regioni, in una logica di promozione e sviluppo di tendenze unitarie sul piano tecnico-scientifico, organizzativo e operativo, e prevede, a questo fine, l'istituzione di una **Cabina di Regia Nazionale**.

La **Cabina di Regia istituita inizialmente con Decreto Ministeriale dell'11 dicembre 2017 e rinnovata nella costituzione con Decreto Ministeriale del 22 marzo 2022** ha il compito, di coordinare a livello centrale l'implementazione del Piano Nazionale Cronicità (PNC) e monitorarne l'applicazione e l'efficacia. La ricostituzione della Cabina nasce a seguito dei due anni di emergenza sanitaria e dalla necessità che il PNC si occupi di una priorità che, proprio dopo l'esperienza COVID, risulta ancora più cruciale. L'intento della ricostituzione è di ripartire con il monitoraggio dell'attuazione e di valutare la necessità di aggiornamento del Piano a partire dall'elenco delle condizioni patologiche.

Obiettivi specifici della Cabina rimangono:

- guidare e gestire gli interventi previsti dal Piano definendo la tempistica per la realizzazione degli obiettivi prioritari;
- coordinare a livello centrale le attività per il raggiungimento dei singoli obiettivi;
- monitorare la realizzazione dei risultati;
- promuovere l'analisi, la valutazione e il confronto sulle esperienze regionali e locali di attivazione di nuovi modelli di gestione della cronicità;
- diffondere i risultati delle buone pratiche e promuovere la loro adozione sul territorio nazionale;
- raccogliere dati e informazioni sui costi connessi alla gestione della cronicità;
- valutare i sistemi innovativi di remunerazione dell'assistenza ai malati cronici e formulare proposte in merito;
- produrre una Relazione periodica sugli obiettivi realizzati e sullo stato di avanzamento dei lavori;
- proporre, quando necessario, l'aggiornamento del Piano;

- proporre la produzione e l’inserimento nella seconda parte del Piano di capitoli dedicati ad altre patologie croniche.

Partecipano alla Cabina di regia, oltre al Ministero (con rappresentanti della DGPROGS e della DGPREV), la Conferenza delle Regioni, l’Istituto Superiore di Sanità, l’Agenas, l’Istituto nazionale di Statistica, la FNOMCeO, la FISM, FNOPI, la FOPI, Consiglio nazionale dell’Ordine degli Psicologi, il CnAMC di Cittadinanzattiva, Federazione Senior Italia. In relazione ai temi all’ordine del giorno, il Coordinatore della Cabina ha la facoltà di invitare a partecipare alle riunioni, al fine di fornire il proprio contributo tecnico-scientifico, esperti nelle materie trattate, nonché rappresentanti delle Direzioni generali del Ministero della salute e di altri enti o istituzioni. I componenti della Cabina restano in carica tre anni.

Nella seduta di insediamento della **Cabina di regia del 24 gennaio 2018**, si è stabilito di effettuare una rilevazione delle principali iniziative avviate o programmate dalle Regioni su **tre tematiche che il PNC individua come strategiche**:

- 1) **strumenti di stratificazione** della popolazione per le malattie croniche;
- 2) modelli di **integrazione tra servizi** per la presa in carico della cronicità;
- 3) **PDTA regionali**, con particolare riferimento al diabete mellito dell’adulto ed alle malattie croniche oggetto della II parte del PNC.

A tal fine è stato elaborato uno specifico questionario trasmesso il 17 aprile 2018 a tutte le Regioni/PPAA al quale hanno fornito riscontro 18 Regioni/PPAA e i cui risultati sono stati esposti ai componenti della Cabina di regia nella seduta plenaria del 17 luglio 2018.

Alla luce della rilevazione, nell’ambito della stessa riunione, è stata decisa la costituzione **due sottogruppi**:

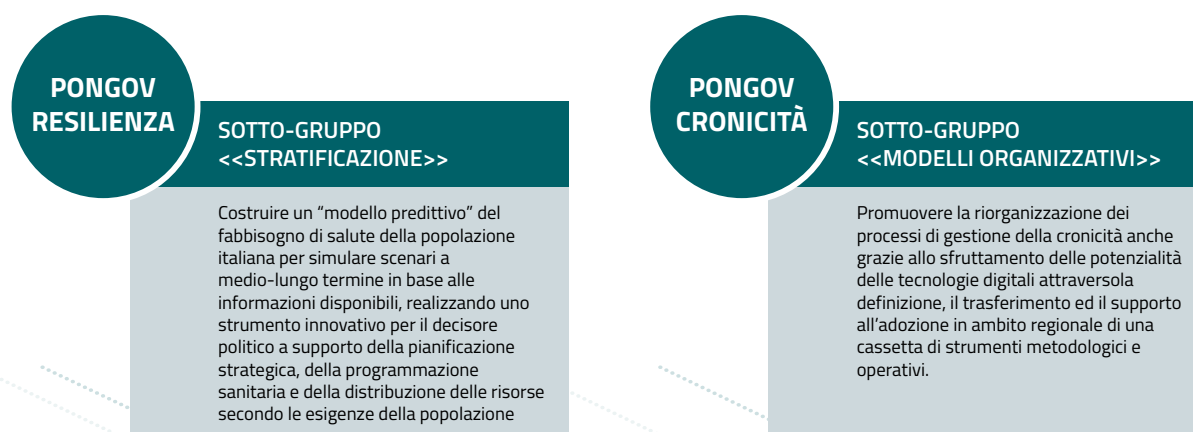
- **Sottogruppo Stratificazione**: con il compito di verificare quali siano i modelli di stratificazione della popolazione attualmente utilizzati al fine di identificare un modello univoco e condiviso che possa essere utilizzato a livello nazionale o, in subordine, aiutare le Regioni prive di un modello proprio a adottarne uno;
- **Sottogruppo Modelli organizzativi**: con il compito di analizzare i diversi percorsi e le migliori Best Practices per la presa in carico della cronicità.

Il **sottogruppo “Stratificazione”** ha svolto un’attività istruttoria volta a conoscere le caratteristiche dei sistemi di stratificazione già adottati da alcune Regioni (Veneto, Lombardia, Puglia, Emilia- Romagna, PA di Bolzano), anche attraverso l’audizione di esperti regionali. L’attività relativa alla stratificazione, vista l’attinenza e la specificità tematica, è successivamente confluita nell’ambito di un più ampio progetto del Ministero della Salute, in capo alla Direzione Generale della Programmazione sanitaria, denominato **“Programma Operativo Nazionale Governance e capacità istituzionale 2014-2020- Analisi fattori di produzione per resilienza e sviluppo del SSN”** che a ottobre 2020 ha concluso la sua prima fase di attività ed iniziato a gennaio 2021 la seconda fase degli interventi.

Relativamente al sottogruppo “modelli organizzativi”, invece, l’attività di analisi dei diversi percorsi e delle migliori best practices per la presa in carico della cronicità è confluita proprio nell’ambito del progetto PON GOV CRONICITÀ - “Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell’ICT”.

FIGURA 5

Sottogruppi “Stratificazione” e “Modelli organizzativi”: PON GOV Resilienza e PON GOV Cronicità



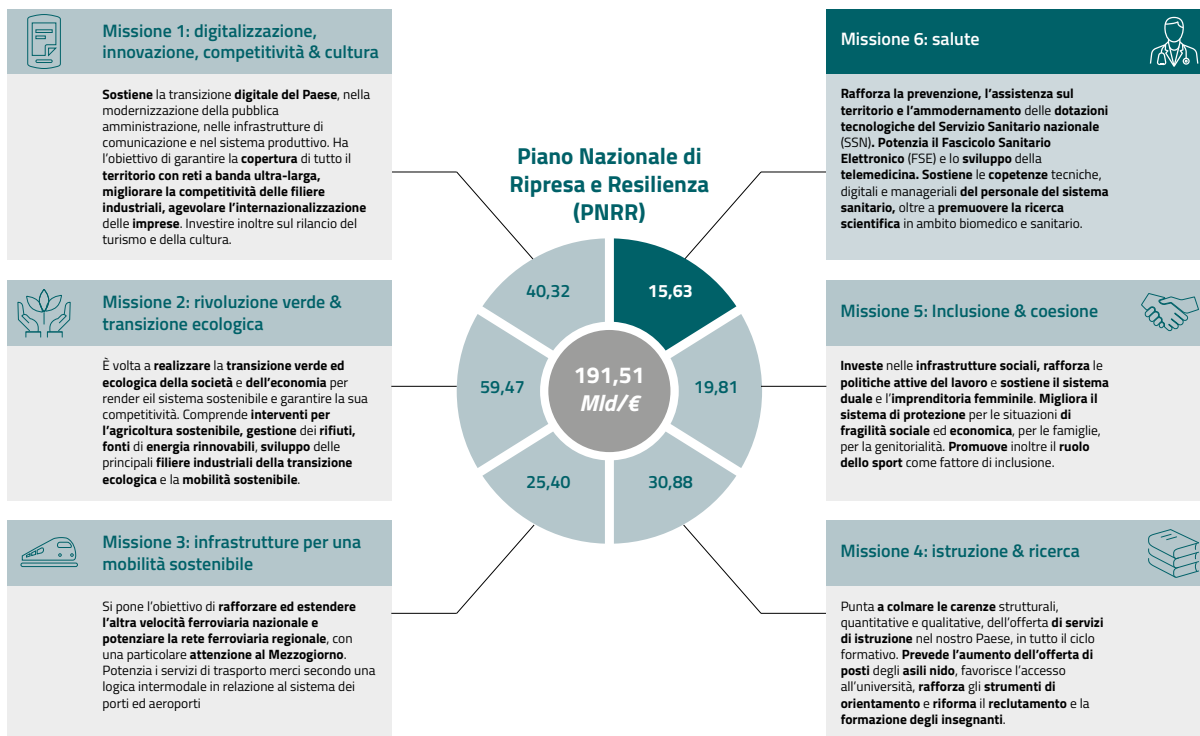
Le attività precedentemente demandate alla Cabina di regia, dunque, costituiscono attualmente oggetto di diversi gruppi di lavoro.

3.2 Indirizzi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è strettamente legato al Piano Nazionale Cronicità, in quanto rappresenta lo strumento che può portare alla realizzazione concreta del PNC essendo incentrato anche sul potenziamento della sanità territoriale.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede sei missioni, tutte strettamente correlate tra di loro, per concorrere ad una strategia complessiva di rilancio ed ammodernamento del Paese:

FIGURA 6
Missioni del PNRR. Fonte: Ministero della Salute



La disponibilità complessiva del PNRR, approvato il 22 giugno dalla Commissione Europea e il 13 luglio 2021 dal Consiglio Economia e Finanza (Ecofin), è di 191,50 miliardi di euro a cui vengono sommate le risorse del React EU, pari a 13 miliardi e quelle del Fondo Complementare pari a 30,62 miliardi, per un totale di 235,12 miliardi di euro.

La **Missione 6 "Salute"**, in particolare, a cui vengono assegnati in totale 15,63 miliardi (20,23 miliardi, inclusi i finanziamenti del Fondo Complementare e di React-Eu), si articola in **due componenti principali**:

- 1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:** gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari;
- 2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale:** le misure incluse in questa componente riguardano il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

TABELLA 4

Articolazione Missione 6 "Salute" e risorse. rielaborazione su dati estratti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021-2026

MISSIONE 6 "SALUTE"	RISORSE / MILIARDI EURO
M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	
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	2,0
Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4,0
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1,0
TOT. M6C1	7,0
M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	
<i>M6C2.1: AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE</i>	7,36
Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS	
Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
<i>M6C2.2: FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO</i>	1,26
Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74
TOT. M6C2	8,63

Si tratta di una vera e propria riforma di sistema con cui si passa dal concetto di "cura" al "prendersi cura" del benessere fisico, sociale e mentale della persona secondo un approccio one health, attraverso una riforma del quadro normativo dell'assistenza sanitaria di prossimità che definisce nuovi standard organizzativi, tecnologici e qualitativi, investimenti sulle strutture, in servizi di prossimità e di assistenza a domicilio per garantire a tutti i cittadini le stesse possibilità di assistenza e presa in carico. Tutto questo non sarebbe possibile senza gli interventi previsti per potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del Servizio sanitario nazionale (SSN), a livello centrale e regionale. L'obiettivo è quello di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e, allo stesso tempo, garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria in un'ottica Data Driven, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni³².

È in quest'ottica che la realizzazione operativa degli interventi del PNRR sarà un volano enorme anche per accelerare i processi di innovazione organizzativa e strutturale che servono per dare una risposta nuova e migliore alla cronicità.

32 Andrea Urbani, DG della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute, "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN" in Monitor 45.

3.3 Stato di attuazione degli interventi PNRR e monitoraggio DM 77/2022

Come illustrato sopra, una delle principali sfide della Missione 6 (Salute) del PNRR è quella relativa alla Componente 1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale che prevede la riforma: Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio volta a definire standard organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e le strutture ad essa deputate. Tale riforma si è concretizzata con il DM n. 77 del mese di maggio 2022 che ha approvato il regolamento recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" (22°02656) (GU Serie Generale n.102 del 03-05-2022) fornendo il contesto organizzativo e professionale entro il quale si sviluppano gli investimenti del PNRR e rappresenta un'importante tappa nella storia del SSN. Il regolamento consente lo sviluppo di un linguaggio uniforme, di tradurre concretamente nei territori il modello di Cure Intermedie articolate con la logica della "rete" ed afferenti al Distretto, che torna al centro dell'attenzione quale luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari, nel rispetto della autonomia delle singole Regioni in merito alla organizzazione dei servizi sanitari come prevista dalla Legge dell'8 novembre 2012 n. 189 (Legge "Balduzzi"), infatti, le Regioni possono mantenere ampi gradi di libertà attuativa, con obbligo di realizzare un'assistenza territoriale con nuovi servizi e strutture territoriali di cui il DM77 indica puntualmente modelli e standard. Con il DM n. 77/2022 si offrono gli strumenti per l'implementazione di una rete territoriale che, offrendo strutture e servizi diversificati, risponde al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione in modo personalizzato alle necessità della persona e della famiglia.

Il 31 dicembre 2021 è stato siglato l'Accordo ai sensi dell'art. 15 della legge 241/1990 per la realizzazione degli investimenti della Componente 1 della Missione 6 (M6C1) tra il Ministero della Salute-Unità di Missione per l'attuazione del PNRR, quale Amministrazione titolare, da Agenas e dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per la trasformazione digitale. L'Accordo individua Agenas quale soggetto attuatore, all'interno dell'Intervento 1.2 "Casa come primo luogo di cura" dei sub-investimenti 1.2.2.4 "COT – Progetto pilota di intelligenza artificiale", 1.2.2.5 "COT- Portale della Trasparenza" e 1.2.3 "Telemedicina" e assegna l'incarico di supporto tecnico operativo degli interventi 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona, 1.2 Casa come primo luogo di cura (1.2.1 Assistenza Domiciliare; 1.2.2 Centrali Operative Territoriali; 1.2.2.b Progetti di Interconnessione Aziendale; 1.2.2. Finanziamento strumenti a supporto degli operatori e dei pazienti), 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità). Inoltre, l'Accordo definisce il Dipartimento per la trasformazione digitale Altra Amministrazione interessata all'intervento di Telemedicina.

Il 1° aprile 2022 è stato firmato dal Ministro della Salute il Decreto recante la ricognizione degli interventi del PNRR che riporta all'Allegato 1 la ripartizione analitica degli interventi e sub-interventi di investimento, attribuendo specifica sub-codifica ed in conformità con le previsioni della Missione 6.

Il sub-investimento 1.2.2.4 "COT – Progetto pilota di intelligenza artificiale" ha come obiettivo la progettazione, lo sviluppo, l'implementazione, la sperimentazione, la diffusione di una piattaforma informatica per l'erogazione di servizi digitali, mirati a supportare in modo innovativo e attraverso l'utilizzo di tecniche e algoritmi di AI, i medici e i loro assistiti nel contesto dell'erogazione delle cure primarie e dell'assistenza territoriale all'interno della Casa della Comunità.

Il sub-investimento 1.2.2.5 Portale della Trasparenza ha l'obiettivo di ridurre l'asimmetria informativa tra i diversi stakeholder del sistema sanitario attraverso la progettazione, lo sviluppo e la pubblicazione di un portale accessibile ai diversi profili individuati: cittadini, professionisti sanitari e ricercatori. Promuove soluzioni tecnologiche innovative per incentivare l'accessibilità e fruibilità dell'informazione sanitaria e dei servizi di sanità digitale.

Il sub-investimento 1.2.3 "Telemedicina" ha come obiettivo lo sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale attraverso la promozione di soluzioni di telemedicina e la loro integrazione nell'ambito dei servizi sanitari regionali, assicurando che le soluzioni di telemedicina si integrino con l'ecosistema digitale sanitario e in particolare con il FSE. Il progetto è volto alla promozione e adozione su larga scala di soluzione di telemedicina, alla condivisione e scambio di esperienze e applicazioni di successo e allo sviluppo della sanità digitale favorendo innovazione.

La Missione 6 "Salute" favorisce lo sviluppo della sanità digitale fondando la strategia su due pilastri: il nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e la Piattaforma Nazionale di Telemedicina. Con il decreto-legge 27 gennaio 2022 n. 4, convertito con modificazioni dalla legge 28 marzo 2022 n. 28, è stato assegnato ad Agenas il ruolo di Agenzia nazionale per la Sanità Digitale con l'obiettivo di assicurare il potenziamento della digitalizzazione dei servizi e dei processi in sanità garantendo lo sviluppo e diffusione omogeneo su tutto il territorio nazionale. Una delle principali funzioni della ASD è la gestione della Piattaforma nazionale di Telemedicina M6C2 Intervento 1.3.2 Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute – sub intervento 1.3.2.4 Piattaforma nazionale di Telemedicina che assume la funzione di governo e validazione delle soluzioni, verifica e applicazione e manutenzione delle regole comuni di processo, degli standard terminologici, di

valutazione di outcomes di utilizzo (rendicontativi e clinici). A tal proposito, nel primo trimestre 2023 si è conclusa la procedura svolta da AGENAS - in qualità di soggetto attuatore - in merito alle proposte di Partnership Pubblico Privato per l'affidamento in concessione per la "Progettazione, realizzazione e gestione dei Servizi abilitanti della Piattaforma nazionale di Telemedicina PNRR" - Missione 6 Componente 1 subinvestimento 1.2.3 "Telemedicina".

Per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti "a regia" della Missione 6 inclusi nei piani di riparto provvedono le regioni e le PPAA, che nel maggio del 2022 hanno sottoscritto con il Ministero della Salute 21 Contratti istituzionali di sviluppo (CIS), previsti dall'art. 56 del decreto legge 77/2021 recante Governance del PNRR e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure, che specificano il contributo di ciascun ente rispetto al raggiungimento di *milestone* e *target* stabiliti nell'ambito del PNRR e del PNC. Ogni regione/PPAA ha redatto su indicazione e con il supporto del Ministero per il tramite dell'Agenas, il POR (Piano operativo regionale) documento tecnico parte integrante del CIS che è approvato dalla regione stessa.

Inoltre, le regioni e PPAA hanno provveduto all'adozione dei provvedimenti generali di programmazione dell'Assistenza territoriale per adeguare i modelli organizzativi agli standard definiti nel DM n. 77/2022 in coerenza con gli investimenti previsti nella Missione 6. Come previsto dallo stesso DM n. 77/2022 spetta al Ministero della Salute per il tramite di Agenas assicurare il monitoraggio semestrale degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

La prima fase di monitoraggio si è conclusa nel mese di dicembre 2022 e si è incentrata essenzialmente sulla dimensione giuridica e di programmazione degli interventi rispetto alla coerenza con gli standard previsti. È in fase di chiusura il secondo semestre di monitoraggio.

Nell'ambito della Componente 1 della Missione 6, gli investimenti inclusi nei CIS sono quelli relativi alla realizzazione di 1350 Case della Comunità, all'attivazione di 600 Centrali Operative Territoriali e alla costruzione di 400 Ospedali di Comunità.

Dall'analisi dei CIS presentati dalle regioni e contenuta nel Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica della Corte dei Conti Sezioni Riunite in sede di controllo è emerso che:

- relativamente all'attivazione di 1350 Case della Comunità i CUP assegnati sono 80 in più rispetto a quanto originariamente programmato;
- relativamente all'attivazione di 600 Centrali Operative Territoriali i CUP assegnati sono 11 in più rispetto a quanto originariamente programmato;
- relativamente alla costruzione di 400 Ospedali di Comunità i CUP assegnati sono 35 in più rispetto a quanto originariamente programmato.

Dall'analisi è risultato che, sia per le Case della Comunità che per gli Ospedali di Comunità, la percentuale di costruzioni *ex novo* è inferiore rispetto a quelle da ristrutturare utilizzando locali già esistenti nei territori regionali.

Si riportano di seguito le tabelle esplicative di dettaglio:

FIGURA 7

CASE DELLA COMUNITÀ M6C1 Investimento 1.1. Camera dei deputati, Servizio Studi Affari sociali (2021).
Fonte: ReGIS

REGIONI E PROVINCE AUTONOME	POPOLAZIONE RESIDENZA AL 1° GENNAIO 2022	CDC FINANZIAMENTO PNRR	CDC DICHIARATE ATTIVE NEL 2020*	TARGET REGIONALE CDC D.M. 20 GENNAIO 2022	CDC PREVISTE DAL CIS	<i>di cui da edificare ex novo</i>	STANZIAMENTI ULTERIORI (ES. BILANCIO REGIONALE)	RESIDENTI PER CDC POST PNRR
Piemonte	4.256.350	121.794.658	71	82	82	16	0	51.907
Valle d'Aosta	123.360	3.493.579	0	2	4	0	0	30.840
Lombardia	9.943.004	277.203.042	0	187	199	48	207.329.249	49.965
PA Bolzano	532.616	14.376.610	0	10	10	6	0	53.262
PA Trento	540.958	14.996.635	0	10	10	3	0	54.096
Veneto	4.847.745	135.401.850	77	91	95	24	45.810.100	51.029
Friuli-Venezia Giulia	1.194.647	34.256.093	0	23	23	9	0	51.941
Liguria	1.509.227	44.030.927	4	30	32	2	6.745.646	47.163
Emilia-Romagna	4.425.366	124.672.951	124	84	85	24	1.386.597	52.063
Toscana	3.663.191	104.214.656	76	70	77	38	42.734.609	47.574
Umbria	858.812	24.570.824	8	17	17	0	0	50.518
Marche	1.487.150	42.494.803	21	29	29	6	0	51.281
Lazio	5.714.882	158.494.375	22	107	135	0	0	42.332
Abruzzo	1.275.950	58.901.493	n.d.	40	40	7	0	31.899
Molise	292.150	13.775.508	6	9	13	1	0	22.473
Campania	5.624.420	249.721.198	0	169	172	47	17.878.079	32.700
Puglia	3.922.941	177.224.470	0	120	121	38	0	32.421
Basilicata	541.168	25.046.297	1	17	19	10	2.400.000	28.483
Calabria	1.855.454	84.677.262	13	57	61	5	11.885.518	30.417
Sicilia	4.833.329	216.998.374	55	146	156	13	8.328.909	30.983
Sardegna	1.587.413	73.655.397	15	50	50	12	0	31.748
Totale	59.030.133	2.000.001.000	493	1350	1.430	309	344.498.707	41.280

FIGURA 8

OSPEDALI DI COMUNITA M6C1 Investimento 1.3. Camera dei deputati, Servizio Studi Affari sociali (2021).

Fonte: ReGiS

REGIONI E PROVINCE AUTONOME	POPOLAZIONE RESIDENZA AL 1° GENNAIO 2022	CDC FINANZIAMENTO PNRR	CDC DICHIARATE ATTIVE NEL 2020*	TARGET REGIONALE CDC D.M. 20 GENNAIO 2022	ODC PREVISTE DAL CIS	<i>di cui da edificare ex novo</i>	STANZIAMENTI ULTERIORI (ES. BILANCIO REGIONALE)	RESIDENTI PER CDC POST PNRR
Piemonte	4.256.350	66.433.450	5	27	27	3	0	157.643
Valle d'Aosta	123.360	1.905.589	0	1	2	0	n.d.	61.680
Lombardia	9.943.004	151.201.659	20	60	66	14	207.329.249	150.652
PA Bolzano	532.616	7.841.787	0	3	3	3	0	177.539
PA Trento	540.958	8.179.983	0	3	3	1	0	180.319
Veneto	4.847.745	73.855.554	69	30	35	2	0	138.507
Friuli-Venezia Giulia	1.194.647	18.685.142	0	7	7	4	0	170.664
Liguria	1.509.227	24.016.869	1	10	11	2	0	137.202
Emilia-Romagna	4.425.366	68.002.882	26	27	27	13	0	163.902
Toscana	3.663.191	56.844.358	20	23	24	11	11.012.508	152.633
Umbria	858.812	13.402.267	0	5	5	0	0	171.762
Marche	1.487.150	23.178.983	14	9	9	3	0	165.239
Lazio	5.714.882	86.451.477	0	35	36	1	0	158.747
Abruzzo	1.275.950	26.178.441	5	10	11	2	0	115.995
Molise	292.150	6.122.448	2	2	2	0	0	146.075
Campania	5.624.420	110.987.199	1	45	48	18	15.812.669	117.175
Puglia	3.922.941	78.766.431	0	31	38	11	0	103.235
Basilicata	541.168	11.131.688	0	5	5	1	0	108.234
Calabria	1.855.454	37.634.339	0	15	20	1	15.078.065	92.773
Sicilia	4.833.329	96.443.722	0	39	43	3	10.002.363	112.403
Sardegna	1.587.413	32.735.732	0	13	13	0	0	122.109
Totale	59.030.133	1.000.000.000	163	400	435	93	259.234.854	135.701

FIGURA 9

COT – INTERCONNESSIONE AZIENDALE – DEVICE M6C1 Investimento 1.2.2. Camera dei deputati, Servizio Studi Affari sociali (2021). Fonte: ReGiS

REGIONI E PPAA	POPOLAZIONE RESIDENZA AL 1° GENNAIO 2022	COT FINANZIAMENTO PNRR	TARGET REGIONALE COT D.M. 20 GENNAIO 2022	TARGET REGIONALE CIS COT	TARGET REGIONALE CIS INTERCONNESSIONE AZIENDALE	TARGET REGIONAL E CIS DEVICE	STANZIAMENTI ULTERIORI (ES. BILANCIO REGIONALE)	RESIDEN TI PER COT (ANNO 2022)
Piemonte	4.256.350	7.442.225	43	43	1	12	0	98.985
Valle d'Aosta	123.360	173.075	1	1	1	1	0	123.360
Lombardia	9.943.004	17.480.575	101	101	1	1	0	98.446
PA Bolzano	532.616	865.375	5	5	1	1	0	106.523
PA Trento	540.958	865.375	5	5	1	1	0	108.192
Veneto	4.847.745	8.480.675	49	49	12	9	0	98.934
Friuli-Venezia Giulia	1.194.647	2.076.900	12	12	3	3	0	99.554
Liguria	1.509.227	2.596.125	15	16	5	5	0	94.327
Emilia-Romagna	4.425.366	7.788.375	45	45	8	8	0	98.341
Toscana	3.663.191	6.403.775	37	37	3	1	0	99.005
Umbria	858.812	1.557.675	9	9	2	2	0	95.424
Marche	1.487.150	2.596.125	15	15	1	1	0	99.143
Lazio	5.714.882	10.211.425	59	59	16	16	0	96.862
Abruzzo	1.275.950	2.249.975	13	13	1	1	0	98.150
Molise	292.150	519.225	3	3	1	1	0	97.383
Campania	5.624.420	10.038.350	58	65	1	7	1.794.183	86.530
Puglia	3.922.941	6.923.000	40	40	6	6	0	98.074
Basilicata	541.168	1.038.450	6	6	2	2	0	90.195
Calabria	1.855.454	3.288.425	19	21	5	5	1.187.003	88.355
Sicilia	4.833.329	8.480.675	49	50	1	1	39	96.667
Sardegna	1.587.413	2.769.200	16	16	1	1	0	99.213
Totale	59.030.133	103.845.000	600	611	73	85	2.981.225	96.612

Per ulteriori approfondimenti sull'analisi della prima fase di attuazione degli investimenti della Missione 6 nei CIS si rinvia al Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica della Corte dei conti Sezioni Riunite In Sede Di Controllo.



4.

LOGICHE E STRUMENTI PER LA STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E LA CLUSTERIZZAZIONE DEI PAZIENTI

A cura di Francesco Longo, Pasquale Falasca



4.1 Contesto epidemiologico

L'invecchiamento della popolazione definisce lo scenario complesso contemporaneo dei paesi sviluppati, determinato sia dall'esplosione delle patologie croniche, che fino a qualche decennio fa non avevano percorsi predefiniti, sia da una transizione antropologica che non ha eguali nella storia dell'umanità.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO) ha definito le malattie croniche come «problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni», che assorbono circa l'80% delle risorse sanitarie a livello mondiale³³. Le Nazioni Unite evidenziano la necessità di ottenere rapidi miglioramenti negli esiti delle malattie croniche e ridurre le disuguaglianze, ponendo un accento particolare sulle popolazioni vulnerabili³⁴.

In questo contesto si pone lo sviluppo di nuovi modelli e la loro declinazione operativa avviata dal Piano Nazionale della Cronicità³⁵, che prevede espressamente la stratificazione e il targeting della popolazione come prima fase di avvio del complesso macro-processo di presa in carico della persona con cronicità e fragile, azione preliminare alla fase di promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce, della successiva formulazione della valutazione della qualità delle cure erogate.

Il modello di stratificazione proposto dal DM 77/22³⁶ suddivide la popolazione su sei livelli di complessità assistenziale che sono:

- il primo livello riguarda *i sani* ovvero le persone in salute. In questo livello rientrano le persone sane, apparentemente sane o con un basso rischio di contrarre patologie gravi e/o invalidanti. Queste persone utilizzano i servizi sanitari in modo episodico (es. screening/visite di controllo/vaccinazioni) e gli interventi principali rientrano nell'ambito della prevenzione e dell'educazione sanitaria e possono essere svolti in collaborazione con altre istituzioni (es. scuole) e associazioni di volontariato per progetti di Comunità;
- il secondo livello riguarda *i pazienti occasionali* ovvero le persone che presentano una complessità clinico assistenziale modesta o episodica e risolvibile, quindi limitata nel tempo. In questo livello rientrano, ad esempio, le persone che necessitano di un ricovero ospedaliero per episodio acuto e circoscritto nel tempo, che, una volta risolto, lascia nuovamente le persone in una condizione di buona salute;
- nel terzo livello vi sono i cronici mono-morbidi, cioè le persone con una complessità clinico assistenziale media. In questo livello rientrano le persone che presentano una cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo e che hanno una buona tenuta dei determinanti sociali (circa il 19% della popolazione generale, che sale al 50% per le persone dopo i 55 anni);
- nel quarto livello rientrano *i cronici multi-morbidi*, ovvero le persone con una complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale. In questo livello rientrano le persone con cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari (prevalenza nazionale 14% della popolazione generale, ma con una grande prevalenza tra gli anziani);
- nel quinto livello rientrano *i non autosufficienti*, cioè le persone con una complessità clinico assistenziale elevata e con una eventuale fragilità sociale. In questo livello si collocano le persone con multi-morbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo. Di norma si tratta di persone anziane, in condizione di long term care (LTC), che richiedono sia interventi sia di natura sanitaria, sia di natura sociale (6% della popolazione: 3,8 milioni di persone);
- nel sesto livello rientrano le persone *in stato terminale*. In questo livello rientrano le persone con una patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di cura. Queste persone hanno sia rilevanti necessità sanitarie che sociali complesse, nonché richiedono anche un elevato grado di umanizzazione dell'assistenza prestata con azioni di accompagnamento alla morte. L'ambito delle cure di fine vita, inoltre, prevede anche azioni di sostegno psicologico e spirituale al paziente e alla sua famiglia (0,7 mil di persone/anno).

33 WHO Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition (2018).

34 Il 27 settembre 2018, a New York, si è svolto il Third UN High-level Meeting delle Nazioni Unite sulle malattie non trasmissibili. L'obiettivo è ridurre di un terzo la mortalità prematura da NCD entro il 2030, attraverso la prevenzione e il trattamento, potenziando i finanziamenti, promuovendo partnership multisettoriali e leadership politiche. Il meeting si è occupato di prevenzione e riduzione dei principali fattori di rischio, grazie alla cooperazione di tutti gli stakeholder coinvolti.

35 Piano Nazionale della Cronicità - Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016.

36 Il Decreto Ministeriale n.77 del 21/04/2022 ha prospettato nuovi "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN" introducendo la Sanità di Iniziativa: un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche "orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione di fragilità", che necessita di una azione preliminare di identificazione e stratificazione.



4.2 Dalla classificazione delle malattie alla stratificazione della popolazione

Il termine classificazione viene utilizzato storicamente per ordinare la popolazione in categorie, al fine di generare e gestire conoscenze sull'insieme e sui singoli individui. La classificazione delle diagnosi è finalizzata a studiare la distribuzione delle malattie e delle cause di morte della popolazione, per mezzo della statistica e dell'epidemiologia, per supportare le valutazioni e le decisioni cliniche, nonché per governare e programmare la gestione della salute e della sanità pubblica.

La Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD), un sistema nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati con la logica delle cause di morte per finalità statistiche in gruppi tra loro correlati, ha avuto origine nel 1893 a Chicago, venne adottata in Italia nel 1924 e incrementata con la rilevazione delle cause di morbosità nel 1948.

La stratificazione e il raggruppamento in cluster dei malati rappresentano un ampliamento della classificazione delle malattie, con l'inclusione dei "determinanti di salute", cioè di quelle variabili che influenzano lo stato di salute (stili di vita individuali, capacità e convinzioni personali, reti sociali e di comunità, condizioni socioeconomiche, culturali e ambientali generali)³⁷. A partire dagli anni '90 la gestione integrata della malattia (Disease Management - DM) si concentrava sulla assistenza alle persone con malattia, in particolare in ospedale (DRG)³⁸. Dopo la proposta nel nuovo millennio del Chronic Care Model^{39 40}, nel 2008 il modello DM è stato ridefinito Population Health Management (PHM), in modo da includere più condizioni e malattie croniche, utilizzando "un unico punto di contatto e coordinamento" e "modelli predittivi tra più condizioni cliniche" compresa "la gestione della terapia e la gestione delle condizioni di salute personali"⁴¹. L'evoluzione della cultura e degli strumenti di classificazione ci permette oggi di disporre di logiche e approcci capaci sia di stratificare la popolazione per gruppi di rischio per definire le priorità e le tipologie di azione (educazione sanitaria, prevenzione, screening, chiamata attiva), sia di clusterizzare (cioè, raggruppare in grappoli) i pazienti, per differenziare i servizi di cura tra i distinti gruppi.

4.3 Perché studiare la stratificazione della popolazione

Il processo di stratificazione nel modello concettuale del "Population Health Management - PHM" assegna uno stato di rischio, a priori, ai singoli assistiti di un gruppo di popolazione, per consentire sia ai loro curanti e caregiver, sia alle articolazioni organizzative dei servizi sanitari e sociali, di orientare e modulare le cure alla singola persona, di implementare modelli di servizio e strategie di cura in ragione del rischio, tenendo conto della sostenibilità, equità, appropriatezza ed efficacia degli interventi. Il processo di stratificazione rappresenta la premessa logica e la base informativa della sanità di iniziativa, ovvero l'attivazione proattiva di servizi al paziente da parte del SSN, grazie alla conoscenza dei suoi fattori di rischio, senza aspettare l'aggravamento delle sue condizioni o percezioni e la conseguente domanda spontanea del paziente.

Per sviluppare il modello PHM per la cura delle malattie croniche devono essere disponibili sistemi di stratificazione e raggruppamento della popolazione in grado di passare dall'analisi retrospettiva a una prospettiva, finalizzata a *predire il rischio* di progressione sfavorevole verso stadi peggiori di malattia o verso la non autosufficienza, cioè la probabilità di perdere una o più capacità indispensabili alla propria autosufficienza⁴². Questo rischio, che chiamiamo "fragilità", può essere misurato e usato come criterio per definire i cluster di raggruppamento della popolazione, classi a cui corrispondono differenti azioni per ridurre il rischio e contrastare la fragilità. A partire dal rischio di fragilità e dalla conseguente stratificazione, le correlate risposte in termini di servizi e di priorità allocative sono necessariamente definite localmente (Regione, ASL e Distretti), in quanto a ciascuno strato deve corrispondere alle risorse professionali, tecnico-organizzative e comunitarie disponibili nell'area di riferimento. La stratificazione permette pertanto di programmare e valutare le attività svolte in ciascuna fase dell'assistenza per ogni singolo paziente (presa in carico, transitional care, telemedicina, rete dei servizi intermedi), attraverso la disponibilità di dati dettagliati e confrontabili sui bisogni reali delle persone fragili, l'attivazione di programmi di prevenzione e di orientamento della presa in carico personalizzata, la condivisione e il miglioramento della qualità

37 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, Ottawa 21 novembre 1986.

38 Il raggruppamento omogeneo di diagnosi (Diagnosis-Related Group - DRG), introdotto in Italia nel 1994, fa riferimento a un sistema di classificazione dei pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate. Tale aspetto permette di quantificare economicamente l'assorbimento di risorse e quindi la remunerazione di ciascun episodio di ricovero. La finalità è quindi di controllare e contenere la spesa sanitaria.

39 Wagner HC. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000; 320:569-72.

40 Bodenheimer T, Wagner EH, et al. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288:1775-9.

41 [Dal 2008 molti articoli sono pubblicati sulla rivista Population Health Management.](#)

42 Nascetti S, Falasca P, Mengolini B. Health profile of a population as a predictor of health resources utilization: results of the implementation of an epidemiologic model for needs analysis *Epidemiol Prev.* 2003.

di vita dei sottogruppi di popolazione più fragili⁴³. In buona sostanza, intercettare in anticipo i bisogni di salute con un modello epidemiologico predittivo, permette di predisporre, attraverso la stratificazione della popolazione, uno strumento utile a migliorare l'intero processo di presa in carico preventiva della popolazione fragile.

4.4 Differenza tra stratificazione della popolazione e Risk Adjustment

Il Risk Adjustment viene usato per diminuire l'effetto di variabili confondenti o modificatori di effetto, per paragonare le strutture di erogazione e permettere di determinare quale parte delle differenze osservate negli esiti sia attribuibile a caratteristiche dei pazienti - non controllate dagli erogatori - e quale alla qualità dell'assistenza (controllata dagli erogatori). Il Risk Adjustment tiene conto quindi delle differenze tra pazienti in modo da comparare correttamente i volumi e le intensità dei bisogni e i relativi score di valutazione tra strutture erogatrici diverse.

La stratificazione e la clusterizzazione invece⁴⁴ prevedono il raggruppamento dei soggetti di una popolazione in gruppi omogenei di persone che presentino diversi livelli di rischio, al fine di poterle confrontare separatamente e offrire alle persone del singolo gruppo i suggerimenti di prevenzione e le cure più appropriate, corrispondenti alla tipologia e al livello di rischio che corrono. La stratificazione deve servire a correlare le differenze di trattamento dei sottogruppi di popolazione identificati (strati) esclusivamente a fattori non attribuibili alle condizioni di salute a lungo termine delle persone.

I metodi statistici di aggiustamento classici, che possono essere usati anche per la stratificazione, sono standardizzazione, modelli di regressione lineare o logistica e sistemi di classificazione più complessi. Questi ultimi possono rientrare nei criteri di stratificazione e clusterizzazione delle patologie croniche:

- [Charlson Comorbidity Index](#)
- [APR-DRG](#)
- [Adjusted Clinical Groups](#)

4.5 Modelli di stratificazione della cronicità studiati e pubblicati in Italia

Il modello predittivo epidemiologico, che permette di stratificare la popolazione e calcolare il rischio di eventi avversi, è la chiave per la prevenzione, la sanità di iniziativa e il governo delle condizioni a lungo termine⁴⁵. Per poter essere utilizzato come strumento per orientare la cura e rispondere ai bisogni di salute, gli indicatori predittivi devono essere interpretati correttamente, con la conoscenza dei vantaggi e dei limiti, della capacità informativa dell'algoritmo usato (validità, riproducibilità e limiti di confidenza), discussi e condivisi da istituzioni committenti, gestori e dagli stakeholder, in modo da sviluppare una capacità consapevole di applicazione degli indici, finalizzata ad orientare, per quanto possibile, un migliore uso delle tecniche di stratificazione e classificazione e l'adozione di buone pratiche⁴⁶.

Negli ultimi anni sono stati messi a punto a livello internazionale numerosi modelli per predire nella popolazione il rischio di accessi inappropriati al Pronto soccorso o ricoveri in ospedale, utilizzando tre principali categorie di fonti informative:

- dati personali riferiti dal paziente sulla base di questionari o interviste; in questo caso vengono rilevate anche informazioni non sanitarie, quali lo stato funzionale e i supporti sociali;
- dati amministrativi correnti o registri di popolazione;
- dati sanitari rilevati dalle cartelle cliniche o altri documenti compilati da professionisti.

43 Berardo A, Di Tommaso F, Falasca P, Longo F. Un sistema informativo socio-sanitario basato su un indice sintetico di fragilità: l'esperienza dell'Ausl di Ravenna. *Mecosan*, 77: 17-31, 2010.

44 Mentre le procedure statistiche per calcolare la probabilità che accada un evento (es. diventare o aggravare la propria fragilità nell'anno successivo) sono le stesse per la stratificazione e per il risk adjustment, per la prima la probabilità diventa livello di rischio in una sottopopolazione con le stesse caratteristiche, per la seconda la probabilità diventa una caratteristica fra le altre per confrontare correttamente gruppi differenti di malati.

45 DM n.77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN".

46 Per approfondire le azioni istituzionali avviate dal Ministero della Salute in tal senso, si rimanda alla sezione sottogruppo "Stratificazione" nel par. 3.1. Obiettivi e framework del PNC e alla "[Linea di intervento 2: sviluppo e test di un modello predittivo basato su big data a supporto alla programmazione sanitaria](#)" del PON GOV Resilienza.



Una revisione sistematica della letteratura internazionale⁴⁷ ha selezionato 27 modelli di predizione per identificare le persone a maggior rischio di ricoveri in emergenza, che facilitano interventi mirati delle cure primarie per prevenire questi eventi.

Di questi studi, 11 sono stati prodotti negli Stati Uniti, 11 in Gran Bretagna, 3 in Italia, 1 in Spagna e 1 in Canada (il primo, del 1988). Le conclusioni della revisione sistematica dei modelli di previsione del rischio suggerisce che i modelli di rischio sviluppati che utilizzano dati amministrativi o cartelle cliniche tendono a funzionare meglio rispetto a quelli che usano dati riferiti dal paziente. Inoltre, nell'applicare un modello di previsione del rischio a una nuova popolazione, è necessario prestare attenzione allo scopo del suo utilizzo e ai fattori locali: la consapevolezza della finalità locale dello strumento deve indirizzarne l'utilizzo appropriato ed efficace.

I modelli di stratificazione sperimentati in Italia sono stati (per anno di pubblicazione):

- 1) Progetto Assistenza Socio-Sanitaria in Italia a Firenze (2007)⁴⁸
- 2) Chronic Care Model Asl di Arezzo (2011)⁴⁹
- 3) Progetto MoSaiCo (Modello Statistico Combinato) Asl di Ravenna (2011)⁵⁰
- 4) [Progetto ACG® \(AdjustedClinicalGroups\) della Regione Veneto \(2012\)](#)
- 5) Modello predittivo rischio di ospedalizzazione Regione Emilia-Romagna (2014)⁵¹
- 6) Progetto DDCI (DrugDerivedComplexity Index) in Regione Puglia (2016)⁵²
- 7) Progetto CReG (ChronicRelatedGroups) della Regione Lombardia (2017)⁵³
- 8) [Esperienza CRG \(Clinical Risk Group\) 3M in alcuni ospedali della Regione Lombardia, Usl 2 Regione Umbria e Asp Catanzaro \(2017\)](#)
- 9) Esperienza MCS (Multisource Comorbidity Score) in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Sicilia⁵⁴
- 10) Predizione della fragilità con database sociosanitari Bologna (2018)⁵⁵
- 11) Progetto RiskER per la stratificazione in Regione Emilia-Romagna (2018)⁵⁶
- 12) Progetto PHM (Population Health Management) in Regione Molise (2020)⁵⁷
- 13) Modello predittivo di fragilità e intelligenza artificiale Regione Piemonte (2020)⁵⁸

Vi è quindi un'ampia disponibilità di strumenti già sviluppati e utilizzati nel SSN, tra cui è solo necessario scegliere localmente, sfruttando l'opportunità di apprendere e confrontarsi con le istituzioni che hanno già sperimentato e utilizzato tali strumenti. Rientra nella responsabilità della singola istituzione locale (Regione o ASL) scegliere o attivare lo strumento di stratificazione della popolazione e clusterizzazione dei pazienti, consapevoli che ogni modello ha specifiche caratteristiche, che devono essere riconosciute e valorizzate per ottenere il massimo beneficio informativo e di governo possibile.

-
- 47 Wallace E. et al. Risk Prediction Models to Predict Emergency Hospital Admission in Community-dwelling Adults A Systematic Review August 2014 Medical Care 52(8):751-65.
 - 48 [Mazzaglia G. et al. Screening of older community-dwelling people at risk for death and hospitalization: the Assistenza Socio-Sanitaria in Italia project. J Am Geriatr Soc. 2007;55: 1955-1960.](#)
 - 49 [Sanità d'iniziativa - Approvazione indirizzi per l'implementazione del nuovo modello. Allegato A.](#)
 - 50 [Falasca P. et al. Development and validation of predictive MoSaiCo \(Modello Statistico Combinato\) on emergency admissions: can it also identify patients at high risk of frailty? Ann Ist Super Sanità, 47 \(2\): 220-228, 2011.](#)
 - 51 [Louis D.Z. Predicting risk of hospitalisation or death: a retrospective population-based analysis BMJ Open 2014.](#)
 - 52 [Robusto F. et al. The Drug Derived Complexity Index \(DDCI\) Predicts Mortality, Unplanned Hospitalization and Hospital Readmissions at the Population Level PLOS ONE February, 2016.](#)
 - 53 [Delibera 7655/2017 Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile.](#)
 - 54 [Corrao G. et al. Developing and validating a novel multisource comorbidity score from administrative data: a large population-based cohort study from Italy BMJ Open Nov. 2017.](#)
 - 55 [Bertini F. et al. Predicting Frailty Condition in Elderly Using Multidimensional Socioclinical Databases Proceedings of the IEEE, February 2018.](#)
 - 56 [Guida alla stratificazione del rischio della popolazione residente in Emilia-Romagna: l'algoritmo riskER.](#)
 - 57 [Sosto G. Una popolazione a strati Edizioni Rubbettino 2020 - Direttore dell'ASL Napoli 3 Sud, già Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria regionale del Molise - ASReM.](#)
 - 58 [Tarekgn A et al. Predictive Modeling for Frailty Conditions in Elderly People: Machine Learning Approaches JMIR Med Inform. 2020 Jun.](#)

4.6 La ricognizione del PON GOV Cronicità e la mappa delle pratiche di stratificazione della popolazione e clusterizzazione dei pazienti nel SSN

Di seguito si riportano le esperienze mappate nell'ambito del progetto PON GOV Cronicità relative al tema della stratificazione della popolazione e clusterizzazione dei pazienti nel SSN. Per un maggiore approfondimento delle singole esperienze si rimanda alle schede allegato al presente Manuale Operativo.

ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI / ABRUZZO	Presenza in carico domiciliare del diabete in età pediatrica on la telemedicina
ASL CASERTA / CAMPANIA	Chronic Care Center
AOU FEDERICO II, NAPOLI	Napoli, PERSONALISED ICT Supported Services for Independent Living and Active Ageing (PERSSILAA)
ASP CROTONE / CALABRIA	Implementazione di un modello omogeneo e condiviso per il monitoraggio e la presa in carico dei pazienti con multicronicità su tutto il territorio regionale
REGIONE EMILIA - ROMAGNA	Approccio alla Population Health Management e la presa in carico della cronicità/fragilità
ASL ROMA 1 / LAZIO	Viva gli Anziani
ASL ROMA 2 / LAZIO	Piattaforma Informatica applicata alla gestione dei PDTA Diabete e BPCO
ASL ROMA 4 / LAZIO	Cohousing supportato per persone con disagio psichico e sociale
ASL ROMA 6 / LAZIO	L'infermiere di famiglia e comunità come modello innovativo di integrazione ospedale-territorio nella gestione della cronicità
ASL VITERBO / LAZIO	Gestione integrata della cronicità (Diabete, BPCO e scompenso cardiaco) nella ASL di Viterbo - Centrali Operative della Cronicità
ASL LATINA / LAZIO	Più Vita
REGIONE LIGURIA	Progetto BDA Banca Dati Assistito
REGIONE LOMBARDIA	Modello gestionale di presa in carico dei pazienti
PA BOLZANO	Masterplan Chronic Care - Piano per il potenziamento e l'armonizzazione dell'assistenza alle persone affette da patologie croniche nella Provincia Autonoma di Bolzano 2018-2020
REGIONE PIEMONTE	Infrastruttura ICT abilitante federata
ASP RAGUSA / SICILIA	IL MODELLO ASP DI RAGUSA CONNECTED CARE È GESTIONE DELLA CRONICITÀ
REGIONE SICILIA	Stratificazione della popolazione di cronici attraverso il ricorso alla Banca Dati Assistito (BDA)
AUSL TOSCANA NORD OVEST / TOSCANA	Valutazione multidimensionale, teleconsulto multiplo per la condivisione periodica multiprofessionale e multidisciplinare dei piani assistenziali individuali e follow up proattivo di pazienti con multimorbidità complesse (JADECARE)
AUSL UMBRIA N. 2 / UMBRIA	Gestione PDTA diabete mellito tipo 2- Progetto sperimentale di medicina di iniziativa USL Umbria
AUSL VALLE D'AOSTA	Proximity

4.7 Strategie di stratificazione a confronto: la fragilità come sintesi

Gli algoritmi predittivi del rischio sono stati utilizzati inizialmente dal Framingham Heart Study, un importante studio epidemiologico di coorte, avviato nel 1948 in Massachusetts e tutt'ora in corso, con l'obiettivo di stimare il rischio delle patologie cardiovascolari *life time*. Dopo mezzo secolo, la metodologia è stata applicata anche in Italia con il "Progetto Cuore", a cura dell'ISS, con una intensa attività di formazione per l'adozione delle carte di rischio da parte dei MMG.

Questa prima e lunga esperienza di calcolo del rischio individuale ha permesso di abbandonare l'idea di identificare il rischio individuale sulla base dei fattori considerati singolarmente, in favore della loro valutazione globale (multi-fattorialità). Per questo il "rischio globale assoluto" viene stimato per ogni individuo a partire dai principali fattori di rischio presenti, utilizzando funzioni matematiche che elaborano dati derivanti da studi longitudinali, condotti su gruppi di popolazione seguiti nel tempo. Questo concetto offre l'opportunità di affrontare il rischio per mezzo della modificazione di ciascuno dei singoli fattori, che possono influenzare in maniera chiaramente prevedibile il rischio globale individuale, facilitando il rispetto delle preferenze individuali per definire delle raccomandazioni preventive.

Le funzioni di rischio includono tre elementi:

- valori medi nella popolazione generale dei fattori di rischio (ad esempio, la media dei valori di colesterolemia o di pressione arteriosa nella popolazione);
- coefficienti di rischio (fattori moltiplicativi) che attribuiscono un peso eziologico a ciascun singolo fattore;
- probabilità di sopravvivere senza la malattia da parte della popolazione stessa.

Tutte queste componenti cambiano comparando le diverse popolazioni, in particolare se si confrontano popolazioni che vivono culture molto diverse fra loro, ma anche nel confronto di coorti generazionali diverse. Ha rilevanza la numerosità delle coorti utilizzate per studiare i fattori di rischio e gli esiti: più ampi sono i campioni, maggiore è il numero di eventi verificatisi e più stabili e affidabili sono le stime⁵⁹.

Alcune organizzazioni internazionali^{60 61 62}, hanno perfezionato metodologie di stratificazione del rischio per identificare gli individui ad alto rischio con algoritmi predittivi basati su complessità clinica molto elevata. Come risultato di questi progressi sono stati integrati piani sanitari con servizi di gestione specializzati e focalizzati sui segmenti di popolazione a più alto rischio, che hanno comportato un miglioramento dello stato di salute e una sensibile riduzione dei costi evitabili che va dal 25% al 30% dei costi mensili per paziente. Questo approccio si è rivelato particolarmente vantaggioso per pazienti altamente complessi, dal punto di vista sia clinico che psicosociale. La coesistenza di più condizioni cliniche, a tutte le età ma in particolare gli anziani, espongono al rischio di deterioramento dello stato di salute⁶³.

Lo spostamento dall'attuale formulazione statica di salute verso una definizione dinamica, basata sulla resilienza o sulla capacità di fronteggiare, mantenere e ripristinare la propria integrità ed equilibrio, orienta i criteri di stratificazione verso una definizione che prenda in considerazione "la capacità di adattarsi e autogestirsi"^{64 65}. Le variabili che concorrono a creare il modello di regressione per la stratificazione, associate significativamente con la fragilità sono:^{66 67 68}

- età avanzata (gli over 84 sono 2 volte più a rischio di fragilità rispetto agli anziani con età inferiore a 74 anni);
- difficoltà economiche (i soggetti con maggiori difficoltà economiche sono quasi 5 volte più a rischio di fragilità rispetto agli anziani benestanti);
- aumento degli errori al test sulle funzioni cognitive (che comporta il 23% in più di rischio di essere fragile);
- bassa interazione sociale (gli anziani che non partecipano a interazioni sociali sono quasi 3 volte più a rischio di essere fragili rispetto a coloro che si mantengono socialmente attivi);
- assunzione di farmaci psicoattivi e problemi mentali (le persone che frequentano i centri di salute mentale e che assumono farmaci psicoattivi sono 8 volte più fragili dei controlli).

Da questo punto di vista un modello di stratificazione coerente a tali variabili è quello elaborato dal King's Fund di Londra nel 2006, che integra i dati sociali raccolti dagli MMG con i flussi ospedalieri e di emergenza, considerando non solo la presenza di patologie croniche, ma la numerosità delle richieste di prestazioni sanitarie, in ordine al tempo di richiesta e concentrazione degli episodi di cura. A questo modello si è ispirata l'esperienza di Ravenna, ripresa in Abruzzo, nel Piano Strategico Salute delle Aree Interne 2018-2020, per supportare la stratificazione della popolazione fragile e offrire una molteplice varietà di attività preventive, sociali e sanitarie.

59 [Keenoy E.M. et al. Activation of Stratification Strategies and Results of the interventions on frail patients of Healthcare Services \(ASSEHS\) Project - European Geriatric Medicine Volume 5,5, October 2014.](#)

60 [NHS CAG Approval CAG 7-04\(a\)/2013 extended to the end of September 2022.](#)

61 [European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing.](#)

62 [Ibrahim S.A. High-Risk Patients and Utilization of Primary Care in the US Veterans Affairs Health System JAMA Netw Open.2020.](#)

63 [Falasca P. et al. Dalla teoria alla pratica: verso una definizione condivisa di fragilità. Strategie per la programmazione, l'assistenza proattiva e la valutazione dei servizi, Rapporto conclusivo Marzo 2012, 15-23.](#)

64 [Da Col P. et al. La salute come capacità di adattamento. Salute Internazionale 25/01/2012.](#)

65 [Marielle Jambroes et al. Implications of health as "the ability to adapt and self-manage" for public health policy: a qualitative study European Journal of Public Health, Volume 26, Issue 3, June 2016, Pages 412-416.](#)

66 [Dent E. et al. Frailty measurement in research and clinical practice: a review - European journal of internal medicine, 2016.](#)

67 [De Vries NM et al. Outcome instrument to measure frailty: a systematic review. Ageing Research Reviewers 2011.](#)

68 [Rockwood K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people - Cmaj, 2005.](#)

Un particolare interesse riveste anche l'esperienza della Regione Emilia-Romagna⁶⁹ che ha pubblicato una "Guida alla stratificazione del rischio della popolazione" che rappresenta un riferimento metodologico per l'adozione delle tecniche della stratificazione nei diversi contesti istituzionali e di popolazione, basato sul modello statistico utilizzato: riskER.

4.8 La governance aziendale della stratificazione della popolazione e dei pazienti

"L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme che vuole garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico"⁷⁰. Ma, per interpretare correttamente la progettazione della governance del sistema di stratificazione in una azienda sanitaria occorre distinguere il momento di raccolta, sistematizzazione e analisi dei big data, di programmazione dei mix di attività e degli esiti attesi per ogni gruppo di popolazione, il controllo dei risultati di consumo sanitario e di esito intermedi. La governance va distinta tra i processi di studio e decisione relativi ad aggregati di popolazione e quelle relative a singoli pazienti. A questo dobbiamo aggiungere la fisiologica necessità di selezionare, impiantare e adattare un sistema di stratificazione per poi passare al suo successivo utilizzo.

Durante la gestione del sistema di stratificazione l'analisi e la rappresentazione dei dati possono avvenire utilmente a livello centrale dell'Azienda Sanitaria, con un nucleo di competenze capace di applicare gli strumenti di analisi dei big data epidemiologici e di consumo sanitari - sia amministrativi che sanitari - correlandoli con fattori di rischio individuali e di coorte. Esso deve lavorare a supporto delle altre funzioni e ripartizioni decentrate dell'azienda, come i distretti, il dipartimento di cure primarie, le UO ospedaliere, ecc.

La programmazione deve correlare le prevalenze statistiche dei diversi strati di popolazione con le risorse professionali ed economiche disponibili, definendo priorità e intensità assistenziale per ogni singolo cluster enucleato. La programmazione, per essere efficace, può appoggiarsi a logiche concertative tra centro dell'azienda (direzione strategica) e distretti/dipartimenti, con ruoli complementari in positiva dialettica tra di loro. I singoli distretti (o Case della Comunità) giocano un ruolo complementare di calcolo dell'intensità assistenziale che è possibile garantire con le risorse date (per paziente nel singolo cluster), sostenendo frequentemente l'insufficienza delle risorse. Essa impone, nell'impossibilità di aumentarle, un trade off fisiologico tra servire molti cronici con intensità di servizi modeste o selezionare attraverso criteri di priorità, i pazienti da seguire intensamente, tra le coorti di pazienti individuate. L'azione di monitoraggio deve essere implementata sia a livello aziendale che distrettuale, cui soggetti chiave sono il distretto e la Casa della Comunità, nonché la divisione ospedaliera rispetto ai singoli professionisti, operando infine verifiche sull'appropriatezza rispetto all'intensità delle cure e dell'aderenza al target dei pazienti stratificati.

Rispetto ai dati aggregati per la popolazione, l'analisi dei big data è una funzione prevalentemente centrale, la programmazione è una azione concertata tra direzione aziendale e distretti e il monitoraggio è una funzione prevalentemente locale nei confronti dei professionisti, mentre il lavoro sui singoli pazienti deve essere svolto e portato avanti dai singoli professionisti (MMG, specialisti convenzionati, medici ospedalieri, infermieri di famiglia e comunità, professioni sanitarie, ecc.).

La stratificazione aggregata e la correlata programmazione hanno funzioni prevalentemente allocative, alla luce dei bisogni, delle risorse e delle conoscenze mediche disponibili. L'uso del dato di stratificazione sul singolo paziente è l'obiettivo clinico del processo e serve ad aiutare i medici e i case manager ad orientarsi nella geografia dei pazienti assegnati, a conoscere ex ante le loro caratteristiche di fondo attraverso una loro prima stratificazione disponibile, ad avere un orizzonte terapeutico ed assistenziale di riferimento, da applicare e verificare nel tempo.

Il funzionamento a regime del sistema differisce dal suo impianto e sviluppo iniziale, in cui si necessita di selezionare uno strumento aziendale tra i molti disponibili, di diffondere nuove competenze tra gli analisti centrali, il top e middle management, ma anche in tutto il corpo professionale, ma soprattutto di sperimentare per la prima volta nuovi processi di programmazione e monitoraggio, sia a livello aggregato, sia sul singolo paziente. La fase di introduzione richiede una attenta adozione di logiche di *change management* per accompagnare l'innovazione con la sua accettazione diffusa in azienda, con lo sviluppo di nuove competenze per l'utilizzo dei nuovi strumenti, con la valorizzazione delle nuove logiche e strumenti rendendo visibili frequentemente il valore aggiunto generato dal cambiamento per i pazienti, la comunità e i professionisti stessi.

69 Antonio Brambilla L'esperienza dell'Emilia-Romagna: metodologia statistica predittiva (Risk-ER) in Monitor 45, Agenas.

70 DM n.77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN".

4.9 Aspetti chiave per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti

Nei programmi di prevenzione e assistenza sanitaria, la definizione di salute è fondamentale per determinare le misure di esito intermedio: un aumento della capacità di affrontare e gestire la propria salute (coping) può essere più rilevante e realistico rispetto all'ideale e irrealizzabile recupero completo a fronte della presenza di malattie croniche. L'obiettivo di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle patologie croniche deve dunque tenere conto del contesto di condizioni attive a lungo termine⁷¹ e prevede lo sviluppo di strategie multiple rivolte alla Comunità, volte a favorire l'integrazione delle politiche di prevenzione e sanitarie con quelle sociali (sportive, turistiche, culturali, economiche, ambientali, ecc.).

In buona sintesi le tecniche e i criteri di stratificazione devono tenere conto del contesto locale, delle caratteristiche della popolazione, essere orientate a perlustrare quanti più fattori che influenzano le condizioni di fragilità del singolo individuo e considerare l'integrazione della cura sociale e sanitaria⁷². La stratificazione e la clusterizzazione dei pazienti servono a un doppio livello di utilizzo: a livello aggregato (azienda e distretto) per programmare i servizi e i target di pazienti; a livello clinico per definire efficacemente le cure per il singolo paziente. La stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti permettono a livello aggregato di conoscere l'insieme dei bisogni con l'insieme delle risorse definendo correlazioni e priorità; a livello clinico permette di conoscere le caratteristiche fondamentali di coorti di pazienti, omogenizzare le cure correlandole con le evidenze scientifiche disponibili per ogni gruppo di pazienti, programmare ex ante i consumi necessari e gli stili di vita, sostenendo proattivamente l'aderenza.

La prevenzione e l'assistenza sociosanitaria assumono, da questo punto di vista, una luce completamente diversa: con il concetto di fragilità esse sono maggiormente orientate alla osservazione delle capacità conservate e al sostegno per il loro potenziamento, cercando il più possibile di rispettare l'autonomia e la libertà di scelta della persona: ciò porta ad un livello di resilienza individuale, sostenibile nel tempo e di promozione della salute. La stratificazione della popolazione è un lavoro svolto al centro delle aziende o delle regioni, in modalità integrata con gli altri "sistemi informativi del Distretto", che devono essere utilizzate localmente e in modo decentrato, nei processi di governo clinico dei professionisti, nei distretti e nelle singole divisioni ospedaliere, supportati da una robusta azione di "formazione continua e interprofessionale del personale"⁷³.

71 [Hafezparast N. et al. Adapting the definition of multimorbidity – development of a locality-based consensus for selecting included Long Term Conditions - Research Open Access 23 June 2021.](#)

72 [ASSEHS - Activation of Stratification Strategies and Results of the interventions on frail patients of Healthcare Services.](#)

73 DM n.77 del 21/04/2022 - Sistemi informativi e Qualità



PARTE III: LE INNOVAZIONI DEI SERVIZI

5.

MODELLI DI PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E PDTA VALORIZZANDO GLI STRUMENTI DIGITALI

A cura di Francesco Longo, Pasquale Falasca



5.1 Analisi di contesto

La presa in carico (PIC)

La PIC è una proposta-risposta strutturata ai bisogni di salute, che garantisce la continuità assistenziale longitudinalmente nel tempo e nelle transizioni fra luoghi (domicilio/ospedale) e livelli di cura (cure primarie/specialistiche) articolando le azioni appropriate nelle diverse fasi della malattia seguendo il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) proposto dalle migliori evidenze scientifiche disponibili, declinato in base alla specifica patologia e ai suoi stadi e alla sintesi con altre patologie e relative cure.

La PIC, proattiva e precoce, rappresenta un'assunzione di responsabilità nei confronti della persona a rischio di malattia, che fornisce, attraverso il coordinamento e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, un'offerta di cure strutturate, articolate e personalizzate, declinate nel Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI).

La PIC del paziente cronico ha come obiettivi fondamentali la:

- valorizzazione delle informazioni derivanti dalla stratificazione della popolazione e clusterizzazione dei pazienti al fine di definire la condizione clinica e di fragilità;
- promozione della prevenzione primaria e secondaria, nonché l'identificazione precoce della progressione di malattia;
- ricomposizione integrata delle prescrizioni terapeutiche e diagnostiche per il paziente multi-morbido;
- l'adozione omogenea di pratiche cliniche evidence based, riducendo la variabilità dei consumi sanitari per profili di pazienti omogenei;
- disposizione in tempo reale di informazioni sull'aderenza alle terapie e ai corretti stili di vita e ai correlati esiti intermedi di salute.

Nei confronti della persona malata, la PIC mira a:

- reclutare proattivamente i soggetti a rischio o i pazienti non ancora presi in carico in modo strutturato;
- migliorare l'accessibilità ai servizi e l'aderenza al percorso di cura;
- rendere chiaro ex ante il piano terapeutico complessivo di medio periodo;
- sostenere e incentivare l'aderenza alle terapie e ai corretti stili di vita.

In buona sintesi, la PIC proattiva e precoce è uno degli "strumenti della Sanità di Iniziativa: per l'individuazione delle persone a rischio di malattia, l'educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie, la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo dell'osservanza da parte dei pazienti dei programmi diagnostico-terapeutici, il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza (es. familiari) (cd. caregiver), lo snellimento delle attività burocratico-autorizzative"⁷⁴.

Progettare la presa in carico della cronicità comporta, quindi, il ridisegno dei processi di front e back office e delle caratteristiche dei servizi, in modo trasversale ai diversi setting di cura (cure primarie, specialistica ambulatoriale, diagnostica, ricovero, ecc.).

Una stima quantitativa permette di ipotizzare, a partire dai 24 milioni di italiani affetti da patologie croniche, una popolazione target per la PIC pari per, ogni distretto da 100.000 abitanti, a 40.000 persone, di cui 6500 in condizioni di non autosufficienza.

Come descritto analiticamente nel capitolo 4 del presente Manuale Operativo, i pazienti cronici possono essere raggruppati in categorie distinte, con fabbisogni assistenziali specifici e criticità organizzative distinte: persone sane, pazienti occasionali, cronici mono-patologici, cronici poli-patologici, pazienti in condizioni di long-term care, pazienti in condizioni di fine vita.

Fra i pazienti cronici poli-patologici prevale una difformità di accesso e variabilità dei consumi, connesse alla variabile capacità del paziente e del suo nucleo di riferimento di ricomporre i silos delle specialità mediche, correlati allo spettro individuale di patologie. Cresce in questo cluster significativamente la differenza di consumi sanitari tra pazienti omogenei per mix e stadio di patologie, così come sono relativamente bassi i livelli di aderenza alla terapia, soprattutto al crescere dell'età, del numero di comorbidità, della condizione di solitudine e della scarsa alfabetizzazione sanitaria. Nella multi-morbilità, infatti, il tradizionale approccio orientato alla malattia determina un alto grado di frammentazione delle cure, che conduce ad interventi incompleti, inefficienti ed inefficaci ed un elevato rischio di politerapia, interazioni farmacologiche, ed eventi



avversi⁷⁵. È quindi cruciale riconoscere e organizzare un ruolo di regia clinica, per compiere una sintesi dei diversi specialismi per patologie, contestualizzando il percorso di cura alle preferenze e alle scelte dei pazienti. Per gli stadi di patologia bassi e medi il ruolo ricompositivo delle terapie spetta vocationalmente ai medici di cure primarie^{76 77}. Ad alti stadi delle patologie co-presenti (es. pazienti oncologici, dializzati, con gravi patologie neuro-degenerative, ecc.), la sintesi clinica può essere assegnata a medici specialisti, territoriali o ospedalieri. Per i casi più complessi il professionista responsabile della sintesi clinica dovrà interagire direttamente con la rete dei medici e sanitari che conoscono il paziente per le sue diverse comorbidità, non essendo probabilmente sufficiente la sola documentazione clinica disponibile.

Le persone in condizioni di fragilità e non autosufficienza si trovano nella complessa situazione di dover integrare servizi sanitari professionali, strutturati e offerti gratuitamente dal SSN con una componente assistenziale largamente informale, con scarse competenze e a pagamento da parte delle famiglie. Si tratta di due modelli assistenziali che hanno culture, linguaggi, semantiche e business model così distanti e mutuamente non riconosciuti come ricomponibili nel proprio paradigma, che ad oggi non sono stati mai coordinati, se non a carico del care giver familiare, dipendendo dalla sua competenza a sostenere questo processo di brokeraggio tra erogatori professionali (SSN) e informali (badanti o congiunti), gratuito e a pagamento, contestualizzato e adattato alla persona. La diversità delle criticità da superare correla con le caratteristiche intrinseca della cronicità, che fisiologicamente comporta la necessità di differenziare i pazienti, le loro criticità, gli obiettivi da perseguire e quindi, in parte, le soluzioni da adottare.

5.2 Le componenti di servizio fondamentali per la presa in carico del paziente cronico

Sanità di iniziativa

La sanità di iniziativa recluta proattivamente il cittadino sano e il paziente cronico prima che le patologie insorgano o si aggravino: è stata concettualizzata per rendere più efficaci e penetranti i programmi di prevenzione e per rispondere efficacemente alla tendenza all'invecchiamento della popolazione. Essa mira alla prevenzione primaria ed al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio e riguarda dunque tutti i livelli del sistema sanitario. All'opposto della medicina di attesa, che lavora on demand sul singolo cittadino, la medicina di iniziativa studia ex ante i dati aggregati della popolazione, per individuare i target di cittadini da chiamare e ingaggiare proattivamente.

Le evidenze scientifiche dimostrano l'importanza di riorientare le politiche e l'assistenza sanitaria verso una presa in carico della cronicità che veda un ruolo centrale dei sistemi di cure primarie, non solo reattivi a richieste puntuali di assistenza, ma in grado cioè di anticipare, stratificando la condizione individuale nel solco delle storia naturale della malattia, i bisogni specifici del soggetto, pianificare percorsi assistenziali, e indirizzare il paziente cronico in maniera individualizzata, costruendo così un sistema di cure centrato sulla persona. Questi principi sono ribaditi nel Piano Nazionale Cronicità che, raccordandosi al Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), prevede, per il contrasto alle MCNT, un approccio combinato e integrato tra strategie di comunità (orientate alla promozione della salute, intersettoriali e per setting), e strategie rivolte all'individuo (prevenzione e diagnosi precoce).

La sanità di iniziativa richiede in ogni ambito del SSN l'inserimento di cinque funzioni/processi aggiuntivi:

- lo studio aggregato dei big data per gruppi di pazienti (determinanti, consumi, aderenze, esiti, ecc.) per selezionare i target da reclutare;
- il reclutamento proattivo e quindi la comunicazione diretta a cittadini che hanno un rischio o un bisogno almeno potenziale, ma non hanno ancora necessariamente espresso una domanda;
- la definizione e sottoscrizione del PAI che sancisce l'accettazione del progetto di presa in carico definendo diagnosi, terapie, stili di vita ed esiti clinici intermedi attesi;
- il case management dei pazienti per accompagnare i loro processi di fruizione nel tempo, sostenere la loro aderenza, prenotando ad esempio da remoto e in back office le prestazioni prescritte e verificandone l'effettivo accesso (visite ed accertamenti diagnostici) o consumo (farmaci);

75 Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012; 380:37–43. doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2.

76 WHO Multimorbidity. Technical Series on Safer Primary Care. World Health Organization 2016.

77 Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition--multimorbidity. *JAMA*. 2012; 307:2493-4. doi: 10.1001/jama.2012.5265.

- monitorare e verificare gli esiti clinici intermedi rilevanti per la/le patologie croniche in corso per allertare eventualmente il nodo della rete dei servizi appropriato in caso di necessità (format o setting di servizi che scoraggia l'aderenza del paziente o esiti intermedi divergenti rispetto a quelli attesi nonostante l'aderenza del paziente al PAI).

Queste cinque competenze e funzioni (analisi di big data locali, reclutamento, definizione del PAI, case management e controllo esiti intermedi) devono diventare patrimonio culturale di tutti i servizi e tutte le componenti professionali. Esse devono idealmente basarsi su strumenti digitali e automatizzati, in grado di generare un pronto contatto diretto con il cittadino, se l'analisi dei dati identifica elementi sentinella o il superamento di soglie considerate di rischio, per rafforzare la sua compliance o invitarlo presso un servizio. Un'infrastruttura informativa è quindi la chiave di volta per consentire l'accesso a profili di stratificazione dei pazienti con MCNT, individuare e reclutare proattivamente i soggetti a maggior rischio, definire i PAI, verificare l'aderenza e il rispetto degli esiti intermedi programmati.

L'operatività di alcuni di questi processi può essere in parte centralizzata e delegata ad alcuni specifici setting o ruoli aziendali (es. stratificazione o prenotazione in back office delle prestazioni programmate nel PAI), ma la logica di sanità di iniziativa deve operare a livello diffuso. A titolo d'esempio la Centrale Operativa Territoriale (COT), descritta nel capitolo 6, può monitorare digitalmente l'aderenza alle terapie, così come può segnalare automaticamente bassi livelli o anomalie di parametri clinici, direttamente al cittadino, al suo caregiver e ai curanti. L'eventuale successivo intervento diretto di dialogo e confronto con il paziente può così svolgersi a livello decentrato e capillare da parte del servizio che ha in carico il paziente (es. MMG, infermiera di comunità, specialista convenzionato, infermiera o medico di reparto ospedaliero).

Le Case della Comunità e i diversi setting delle cure intermedie rappresentano il setting privilegiato per l'erogazione locale di alcune funzioni della sanità di iniziativa, sia nell'ambito della prevenzione primaria (es. prevenzione primaria del rischio cardiovascolare su popolazione sana) che della gestione dei percorsi assistenziali dei pazienti cronici o fragili, soprattutto se clinicamente non troppo complessi. L'utilizzo di informazioni fornite dai modelli predittivi, così come la diffusione dell'utilizzo delle informazioni contenute nel FSE e nella cartella clinica del suo MMG sarebbero molto efficaci per favorire la progettazione di strategie d'intervento basate sulla base delle reali esigenze dell'utente e della sua famiglia/caregiver. Per i pazienti clinicamente molto complessi la stessa logica andrebbe attuata a livello specialistico ospedaliero, con l'opportunità di riferire il paziente alla Casa della Comunità più prossima al suo domicilio come luogo decentrato di erogazione di tutte le prestazioni ivi garantite.

PAI e PDTA

I PDTA sono strumenti di governo clinico volti a definire, sulla base delle migliori evidenze scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione nel contesto applicativo locale, l'insieme ottimale degli interventi riferiti ad una patologia o un problema clinico. Ciascun PDTA viene costruito attraverso mappe che definiscono la storia del paziente, partendo dalla diagnosi, la stratificazione del rischio, il programma di follow-up, il trattamento. Nei PDTA vengono specificati gli obiettivi, i ruoli e i tempi e gli ambiti di intervento di ogni attore del processo di assistenza, in modo da consentire a ciascun attore la consapevolezza del percorso complessivo, facilitare l'interazione sistematica, stimolare la riproducibilità delle azioni e l'uniformità delle prestazioni erogate.

L'elevata variabilità delle caratteristiche individuali e familiari, così come il sempre più frequente sovrapporsi di più patologie e fragilità in uno stesso soggetto, rende impossibile interpretare i PDTA come procedure rigide. È infatti indispensabile preservare la possibilità per i professionisti di adattare i percorsi in funzione delle contingenze specifiche che si trovano ad affrontare.

Il Progetto Assistenziale Individuale (PAI) è uno strumento di programmazione, gestione e monitoraggio delle risorse impiegate nell'erogazione delle prestazioni in funzione del bisogno sanitario e/o sociosanitario dell'utente.

Nello specifico, il PAI:

- rappresenta lo strumento di sottoscrizione di impegni reciproci tra SSN e cittadino in una logica di co-progettazione ed empowerment dell'utente (compliance, stile di vita, co-gestione del PAI da parte del paziente, pareggiato dall'impegno del SSN di garantire e rispettare i programmi e le tempistiche previste del PAI stesso);
- contiene la definizione di esiti clinici attesi intermedi, su cui valutare l'efficacia del PAI;
- costituisce lo strumento di integrazione professionale e di sintesi clinica della filiera professionale ingaggiata sul paziente, individuando il responsabile della stesura e coordinamento del PAI, ma anche il case manager;

- mira a individualizzare gli approcci di cura, considerando il contesto clinico, sociale, economico e di competenze disponibili, e quindi a massimizzare la personalizzazione e differenziazione, anche per stadi di patologia simili, degli stessi.

Ogni paziente fragile o cronico ha diritto a un PAI e alla chiara identificazione di un responsabile clinico unico di riferimento, lungo la filiera professionale, che di norma è il suo MMG. Il responsabile clinico unico è identificato in un medico SAI o ospedaliero, in caso di stadi o complessità elevate, in funzione del tipo e della fase della patologia. Il responsabile unico di riferimento ha il compito della sintesi rispetto ai diversi orientamenti clinici che emergono lungo la filiera professionale e nel dibattito nell'equipe multidisciplinare. Il responsabile clinico del PAI avvia la presa in carica del paziente, identificando il case manager di riferimento, che di norma sarà un infermiere del setting assistenziale coerente allo stadio di patologia. Opportuno, ricordare che, ad oggi, tale processo è supportato anche dai servizi di telemedicina e ICT che permettono la formulazione di un PAI digitale da parte di virtual team di professionisti che ne discutono a distanza.

Le informazioni articolate disponibili sul paziente vengono valutate dal responsabile clinico unico o all'interno dell'équipe o rete della Casa della Comunità con i MMG, gli infermieri e, a seconda del bisogno emergente, l'assistente sociale e lo specialista, per definire e sottoscrivere con il paziente il PAI. L'équipe della CdC procede, poi, alla definizione e realizzazione degli interventi programmati dal PAI come, ad esempio, prenotare le prestazioni previste nel PAI, educare la persona per migliorare la sua adesione alle cure, attivare l'assistenza domiciliare, rivalutare la terapia farmacologica. Saranno gli infermieri di comunità, in stretta collaborazione con i MMG a chiamare attivamente i pazienti ed avviare il percorso concordato, sfruttando dove possibile gli strumenti di comunicazione digitale e invii massivi automatici personalizzati da algoritmi. Lo stesso processo dovrebbe avvenire nel setting specialistico ospedaliero per pazienti clinicamente complessi.

Il coordinamento della filiera professionale MMG, specialisti convenzionati, medici ospedalieri

Grazie ai progressi terapeutici e alle mutazioni demografiche, le storie naturali delle MCNT si articolano ormai nel corso di molti anni. Lungo i percorsi dei pazienti con MCNT, l'Organizzazione Mondiale della Sanità individua le Cure Primarie integrate con la specialistica ambulatoriale, quindi i MMG e i professionisti a supporto, unitamente ad un sistema forte di cure specialistiche ambulatoriali o domiciliari, in mutua integrazione e continuità, come il "best buy", ovvero il modo più inclusivo, efficace ed efficiente per ridurre la mortalità prematura legata alla cronicità. L'assistenza longitudinale al paziente e al suo nucleo familiare da parte di una figura identificata di responsabile clinico unico/clinical manager (MMG/specialista convenzionato o ospedaliero) è garanzia anche della sintesi in un lungo arco temporale di più percorsi di patologia e di transizioni di cura fra fasi di peggioramento e stabilizzazione della malattia, del rinforzo motivazionale alla cura.

In un processo dinamico lungo il percorso di cura del paziente, la complessità clinica, la fase avanzata/instabile di malattia e la vulnerabilità sociale determinano chi sarà il clinico di riferimento.

I pazienti cronici con un iter diagnostico definito e con una patologia in fase di stabilità, potranno essere seguiti e gestiti nell'ambito di PDTA dal MMG, il quale opera un'azione di riconciliazione e integrazione tra le prescrizioni di patologia, impostato dallo specialista, e tutti gli altri bisogni specifici del paziente, mantenendo dunque un ruolo di interlocutore centrale durante il percorso di cura stabilito, mentre il soggetto responsabile del rapporto di cura può essere identificato tra specialisti (convenzionati, ospedale spoke, ospedale hub) per casi instabili, a stadi alti o particolarmente complessi.

Il PDTA, contestualizzato nel PAI, dovrà definire e articolare criteri, tempi e priorità per cui i pazienti cronici, all'insorgere di problematiche di patologia, dovranno essere nuovamente indirizzati verso la figura del responsabile clinico unico/clinical manager, in una logica complessiva di continuità delle cure.

Risulta decisiva la micro-organizzazione della filiera professionale "MMG-specialisti ambulatoriali-specialisti ospedalieri" necessaria per la suddivisione dei ruoli e del lavoro nella rete dei setting e delle competenze cliniche: concordare chi sia il clinical manager, chi propone consulti, chi svolge il ruolo di case manager, in funzione delle diverse patologie, co-morbilità, stadi di patologia. Non si tratta di un processo micro-organizzativo di natura professionale statico, ma molto dinamico nel tempo, perché man mano che si accrescono le competenze dei professionisti, si evolve l'assetto micro-organizzativo della filiera. Ad esempio, alla maturazione dei processi organizzativi e alla crescita delle competenze degli MMG può corrispondere, nel tempo, uno spostamento dei confini a favore della PIC delle cure primarie e delle CdC. Un secondo esempio è come una progressivamente più efficace integrazione fra territorio e ospedale favorirà l'allocazione efficiente delle risorse specialistiche sui casi e fasi della patologia dove queste sono realmente necessarie.

Il punto critico è il lavoro di individuazione del regista di questo processo di micro-organizzazione interprofessionale (MMG – specialisti convenzionati – specialisti ospedalieri). A questo proposito servono tre componenti fondamentali:

- un board di concertazione per discipline omogenee che rappresenti l'intera filiera professionale;
- un leader carismatico o valoriale del singolo territorio che è riconosciuto nella filiera professionale come broker capace di concertare il disegno micro-organizzativo fra colleghi;

- un esperto di dati epidemiologici e di dimensionamento dei servizi per proporre soluzioni realistiche di suddivisione degli stadi di patologia tra i diversi professionisti per valutare la fattibilità operativa delle ipotesi emergenti.

Il processo di micro-organizzazione della filiera professionale deve essere svolto e replicato in tutta la ASL a livello di Casa della Comunità o di distretto a seconda delle dimensioni dei territori e delle culture organizzative stratificate. Le soluzioni micro-organizzative di distribuzione di compiti e funzioni lungo la filiera professionale nei singoli distretti di una stessa ASL potrebbero differire, in funzione della storia delle relazioni interprofessionali, della capacità di riorganizzarle, delle stratificazioni di competenze cliniche, delle disponibilità degli attori al cambiamento e all'innovazione. In ogni caso, il direttore di distretto e responsabili della Casa della Comunità devono farsi garanti che questo processo sia attivato e concluso, innestando anche successivamente i necessari strumenti operativi digitali di controllo, abili a sostenere e verificare che la suddivisione del lavoro pattuita sia effettivamente rispettata. Possono pertanto giocare il ruolo di facilitatori del processo, lasciando la leadership formale e la visibilità a un MMG o uno specialista proprio per massimizzare impegno e consenso, oppure possono essere protagonisti in prima persona.

I confini del PAI

“Il Progetto di Salute rappresenta uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche”⁷⁸.

Questa necessità comporta significativi fabbisogni di interoperabilità nei processi di prenotazione, refertazione, consulenza tra professionisti, che può anche essere risolta solo con una logica di sviluppo progressivo nel tempo, fino ad arrivare a generare a partire dalle prescrizioni contenute nel PAI, un processo automatizzato di prenotazione in back office, senza che il paziente debba più passare dal CUP.

La progettazione e la gestione del PAI possono imporre tre altre scelte strategiche:

1. Includere nel PAI anche le prestazioni sanitarie pagate privatamente dal paziente (out of pocket o intermedie) che rappresentano in media nazionale il 43% delle prestazioni ambulatoriali, e sono decisive per la gestione della cronicità?
2. Includere nel PAI i servizi e le prestazioni sociali e socioassistenziali erogate da enti locali e loro fornitori prevedendo la costruzione di un PAI “integrato” tra sanità e sociale?
3. Includere nel PAI la “social prescription” ovvero l'invito da parte del MMG o altro medico a partecipare ad attività sociali, di natura ludica, culturale, sportiva, filantropica o altro al fine di un pieno inserimento nella comunità della persona, con tutti i conseguenti riflessi positivi su salute e benessere emotivo e psichico.

Infermiere di Famiglia o Comunità

Il DL n. 34/2020, art. 1 c. 5, convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77, e le “Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità” della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, con l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria agendo la funzione di case management, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, dispongono l'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC). L'IFoC è un professionista che opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario, favorendo per il singolo paziente di cui è responsabile l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi, interagendo con tutte le risorse presenti nelle comunità formali e informali. L'IFoC non è solo un professionista dedicato all'assistenza sanitaria, ma anche un potenziale attivatore di processi di community building perché lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie, associazioni, volontariato e collabora in team con MMG, PLS, MCA, assistenti sociali e altri professionisti sanitari. L'IFoC, è coinvolto in attività di prevenzione e promozione di corretti stili di vita (counseling motivazionale), è protagonista dei processi di reclutamento, ovvero si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione, garantisce una forte presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento, favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai fini di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita.



Case della Comunità

La Casa della Comunità è il luogo di riferimento per la comunità che rende concreta l'assistenza di prossimità garantendo la presa in carico della popolazione di riferimento, in particolare di pazienti cronici, fragili, non autosufficienti. In questa sede non riassumiamo gli indirizzi del PNRR e del DM77/22 presentati nel capitolo 3, ma affrontiamo le questioni operative per la sua realizzazione e gestione locale.

La Casa della Comunità svolge contemporaneamente funzioni distinte:

- costituisce il primo luogo fisico di riferimento per la comunità su cui insiste per accedere ed entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria al fine di trovare risposta ad un proprio bisogno di salute, svolgendo anche una importante funzione simbolica di flagship;
- costituisce il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intersettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito;
- promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare. L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Psichiatri, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento;
- valorizza e sviluppa le reti sociali formali e informali della comunità, cercando di ricomporre bisogni ed offerte di socializzazione, in logiche di community building.

Ai fini di garantire una capillare distribuzione sul territorio delle Case della Comunità, è previsto un modello organizzativo su due livelli (*hub and spoke*) che si dovrà integrare con i MMG e le loro forme organizzative, le farmacie dei servizi, i servizi sociosanitario e ogni altro setting erogativo localmente disponibile.

In particolare, la *CdC hub⁸⁰* garantirà la presenza di professionisti quali équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Convenzionati e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie), nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione di servizi, anche mediante modalità di telemedicina e teleassistenza e relative competenze professionali, quali:

- presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali; - Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali.

La *CdC spoke* garantiranno, la presenza degli stessi professionisti e l'erogazione di servizi, anche mediante modalità di telemedicina, quali:

- presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);

- servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

Alcune variabili, inoltre, rendono la CdC un terreno di lavoro interessante e sfidante per le direzioni aziendali e di distretto che devono definire al proposito un esplicito percorso di analisi e progettazione, sperimentazione, valutazione degli impatti, riprogettazione in un percorso di apprendimento e di crescita delle competenze.

In particolare, sarà sfidante per i soggetti attuatori la definizione del mix tra servizi fisici e digitali, in presenza e in remoto, distinguendone anche l'uso, in una logica multicanale, tra differenti cluster di utenti e l'ingaggio della comunità che potrà riguardare quattro aspetti differenti e complementari tra di loro: la co-progettazione e co-valutazione dei servizi; la co-produzione individuale o di gruppo dei servizi (es. un gruppo di sostegno alle terapie o un gruppo di mutuo-aiuto nella gestione di una patologia); la valorizzazione del volontariato nella filiera dei servizi, a complemento di quelli professionali; il sostegno alla nascita di nuove e aggiuntive forme di socialità e di reti di relazione nella comunità.

5.3 La ricognizione PON GOV Cronicità e la mappa delle buone pratiche inerenti la presa in carico della cronicità e i PDTA

Di seguito si riportano le esperienze mappate nell'ambito del progetto PON GOV Cronicità relative al tema della presa in carico della cronicità e i PDTA. Per un maggiore approfondimento delle singole esperienze si rimanda alle schede allegato al presente Manuale Operativo.

ASL PESCARA / ABRUZZO	Desi-Digital Environment and monitoring System for patients Inclusion - UCCP di Scafa
ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI / ABRUZZO	Presenza in carico domiciliare del diabete in età pediatrica on la telemedicina
ASP CROTONE / CALABRIA	Implementazione di un modello omogeneo e condiviso per il monitoraggio e la presa in carico dei pazienti con multicronicità su tutto il territorio regionale
ASL CASERTA / CAMPANIA	Chronic Care Center
REGIONE EMILIA – ROMAGNA	Approccio alla Population Health Management e la presa in carico della cronicità/fragilità
AUSL FERRARA / EMILIA-ROMAGNA	Sanità digitale in Carcere
ASL LATINA/ LAZIO	Più Vita
ASL VITERBO / LAZIO	Gestione integrata della cronicità (Diabete, BPCO e scompenso cardiaco) nella ASL di Viterbo - Centrali Operative della Cronicità
AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA / LAZIO	Televisite
AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA / LAZIO	Telemonitoraggio - teleconsulto specialistico - telerefertazione/telecardiologia
ASL ROMA 2 / LAZIO	Curare@casa_ Ospedale Virtuale
ASL ROMA 2 / LAZIO	Piattaforma Informatica applicata alla gestione dei PDTA Diabete e BPCO
ASL ROMA 6 / LAZIO	L'infermiere di famiglia e comunità come modello innovativo di integrazione ospedale-territorio nella gestione della cronicità
ASL RIETI / LAZIO	Implementazione di attività cliniche in TELESALUTE nella insufficienza respiratoria
REGIONE LIGURIA	Progetto PAI (Piani di Assistenza Individuali) per assistiti con cronicità, componente del Progetto di Salute tramite la piattaforma IT-CURA (Integrazione Territoriale Coordinamento Unico Regionale dell'Assistenza)
REGIONE LOMBARDIA	Modello gestionale di presa in carico dei pazienti
ASST LODI - OSPEDALE MAGGIORE DI LODI - DISTRETTI E PRESIDII OSPEDALIERI / LOMBARDIA	Centrale di sorveglianza delle fragilità e cronicità - ASST LODI
REGIONE MARCHE	RETE DIABETOLOGICA MARCHIGIANA



ASL TO3 / PIEMONTE	PDTA BPCO
REGIONE PIEMONTE	Definizione e implementazione di modello sperimentale di Centrali Operative Territoriali
REGIONE PUGLIA	COReHealth - Centrale Operativa Regionale delle Cronicità e delle Reti Cliniche
PA TRENTO	Piattaforma TreC – Ecosistema di sanità digitale
ASP RAGUSA / SICILIA	IL MODELLO ASP DI RAGUSA CONNECTED CARE È GESTIONE DELLA CRONICITÀ
USL TOSCANA NORD OVEST / TOSCANA	Valutazione multidimensionale, teleconsulto multiplo per la condivisione periodica multiprofessionale e multidisciplinare dei piani assistenziali individuali e follow up proattivo di pazienti con multimorbidità complesse (JADECARE)
AUSL UMBRIA N. 2 / UMBRIA	Gestione PDTA diabete mellito tipo 2- Progetto sperimentale di medicina di iniziativa USL Umbria
REGIONE UMBRIA	AVVIO SCREENING PER IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE
AUSL VALLE D'AOSTA / VALLE D'AOSTA	Progetto "Un territorio a tutta salute - Medicina d'iniziativa, I.F.e.C. e Empowerment di comunità (Aree Interne)"
AUSL VALLE D'AOSTA / VALLE D'AOSTA	Proximity

5.4 I fattori critici di successo per il change management

Lo sviluppo progressivo delle logiche di presa in carico si basa sui seguenti possibili fattori critici di successo che possono e debbono essere attivati in ogni singola ASL e nelle sue articolazioni distrettuali.

Creazione e alimentazione di un set strutturato di indicatori di presa in carico

Il portafoglio degli indicatori di presa in carico deve essere navigabile a livello di ASL, di distretto, di CdC, di medicina di gruppo, di UO ospedaliera, di singolo professionista, sulla totalità della popolazione o per cluster sociali o di patologia identificati.

Gli indicatori principali che dovrebbero essere programmati e monitorati sono i seguenti:

- % di popolazione cronica mappata nominativamente e clusterizzata;
- % di popolazione reclutata e poi effettivamente arruolata ovvero a cui è stato prescritto un PAI;
- % di appropriatezza dei PAI rispetto agli standard definiti;
- % di pazienti aderenti totalmente e parzialmente al PAI;
- % di esiti intermedi coerenti con gli esiti programmati nei PAI.

Attivazione di logiche multicanale per il reclutamento proattivo dei pazienti

La presa in carico della cronicità si basa su una logica di sanità di iniziativa che richiede un reclutamento multicanale alternativamente digitale, telefonico, de visu, a sua volta differenziabile per tipologia di figura professionale coinvolta (amministrativa, professioni sanitarie, MMG, specialista, ecc.). Il messaggio può essere di natura normativa, di illustrazione scientifica, di vicinanza umana o puramente evocativo, potendo ottenere reazioni differenti per cluster culturali e per literacy dei pazienti o dei loro caregiver. Questo significa testare nel tempo quale cluster di utenti è più reattivo a quale tipologia di medium e di messaggio. Il vantaggio della digitalizzazione dei processi di relazione con gli utenti è la disponibilità nativa di dati sul livello di ingaggio raggiunto sul paziente (traffico su piattaforma, livelli e tempo di navigazione, quantità e qualità di servizi richiesti, compliance ed esiti, ecc.).

Disponibilità di una piattaforma di integrazione clinica, di sostegno al paziente e di dialogo bidirezionale

La filiera professionale può funzionare come una rete organica e coordinata solo grazie a una piattaforma digitale, che è condizione necessaria, ma non sufficiente, per organizzare e suddividere il lavoro e accompagnare il paziente tra tappe coerenti, appropriate e non ridondanti. La criticità non risiede nell'acquistare o installare la piattaforma, ma nel popolarla di contenuti sui percorsi (PDTA) clinici, che individuano chiaramente le distinte responsabilità professionali, i meccanismi di arbitrato e di transizione dei pazienti. La stessa piattaforma deve poter poi dialogare in modo bidirezionale con pazienti e caregiver sul PAI, su compliance, stile di vita ed esiti, da cui far partire richiami, incoraggiamenti o conferme.

Governance e processi di coordinamento e peer audit della filiera professionale

Ogni filiera professionale per patologia o per target multi-patologico deve disporre di una chiara governance decisionale, di gestione e di mediazione dei conflitti per concordare PDTA/PAI di riferimento, per suddividere compiti e funzioni lungo la filiera professionale, per circolare informazioni sui pazienti. Deve esistere un responsabile, un board di co-decisione, un amministratore di sistema, che ovviamente può operare anche per più reti.

Pianificazione di obiettivi di coorti di reclutamento realistici e progressivamente incrementali

Il reclutamento del 40% della popolazione cronica italiana può avvenire solo per tappe successive e progressive, anche per alimentare la motivazione dei dipendenti del SSN, che percepiscono il crescente raggiungimento di obiettivi che vengono definiti step per step. L'identificazione di target parziali e progressivi, incrementabili nel tempo, costituisce un processo decisionale istituzionalmente delicato, perché esprime le priorità nella definizione di ciò che è considerato interesse pubblico.

L'attivazione di queste potenziali leve di successo attuativo rappresenta una straordinaria occasione di autonomia e generatività locale, di apprendimento e di soddisfazione istituzionale e professionale.



6.

TRANSITIONAL CARE DELLA FRAGILITÀ CON STRUMENTI DIGITALI

A cura di Francesco Longo, Francesco Enrichens, Emilio Chiarolla, Gabriele Nube, Pasquale Falasca



6.1 Aspetti definitori: fragilità, transitional care, strumenti digitali

I **pazienti fragili**, così come definito nel capitolo 2, sono coloro che sono portatori contemporaneamente di bisogni sanitari, sociosanitari o socioassistenziali. Le determinanti possono essere di natura clinica (gravità o complessità di una patologia), di natura funzionale fisica o cognitiva (impossibilità a svolgere autonomamente funzioni essenziali), di natura psicologica o di tipo sociale (assenza o indisponibilità di una famiglia o di un caregiver in grado di assistere).

Il **Transitional Care Model**⁷⁹ è la funzione delle aziende sanitarie che programma e accompagna il paziente nell'attraversamento dei setting assistenziali con una particolare enfasi sulla rete delle cure intermedie e sociosanitarie. Il processo può essere di tipo *step up*, in cui si cerca di prevenire ospedalizzazioni o consumi di servizi specialistici inappropriati o di tipo *step down*, in cui si cerca di accompagnare le dimissioni dei potenziali pazienti *bed blockers* verso nodi delle cure intermedie più appropriati. Il transitional care opera a favore degli interessi del paziente, dei suoi familiari, dei professionisti e dei servizi del SSN. Al paziente viene proposto il setting di cura più appropriato e viene accompagnato nei processi di transizione da un ambito all'altro, senza che debba cercare di procurarsi l'erogatore adeguato. I caregiver vengono sostenuti nel processo di elaborazione della criticità della situazione, sgravati della cura per un periodo congruo alla fragilità presente e supportati nella eventuale scelta del modello assistenziale di prossimità finale da integrarsi all'ADI (caregiver familiare, caregiver professionale, centro diurno o struttura). I professionisti del SSN, operanti nei diversi setting, vengono sgravati dai compiti di attrazione dei pazienti e di ricerca dei luoghi possibili di dimissione dei pazienti fragili, compiti che vengono esercitati dalla COT, potendosi i professionisti concentrare sulle attività assistenziali e cliniche core. I setting del SSN vengono protetti dal rischio di pazienti inappropriati e da permanenze eccessive, oltre gli standard programmati, perché la COT svolge il compito di selezionare i setting appropriati per i pazienti fragili e garantisce la loro transizione da un nodo assistenziale all'altro, una volta completati i cicli di cura. I diversi setting assistenziali ottengono, grazie alla funzione di gestione della transizione maggiori garanzie, anche maggiori di garanzie di saturazione della loro capacità produttiva, con ridotte variabilità della domanda. In sintesi, pazienti, professionisti, setting di cura (pubblici e privati), il SSN nel suo complesso, traggono rilevanti benefici da un sistema di gestione della transizione efficace. Telemedicina e ICT fungono tra le altre cose da collante tra ospedale e territorio nelle fasi delicate di gestione della transizione tra setting ospedaliero, delle cure intermedie e territoriale.

L'utilizzo dell'ICT si riferisce all'uso di tecnologie informatiche come strumento di supporto fondamentale alla governance delle fasi di follow up durante il trasferimento del paziente da un setting di cure ad un altro. Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro; sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina; Infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale; software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate; sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

L'utilizzo dell'ICT può essere, inoltre, un concreto supporto che consentirà ai medici di identificare e trattare più facilmente le cronicità, riducendo il numero di ricoveri e la distanza fisica tra paziente e struttura assistenziale aumentando, di conseguenza, l'efficienza dei servizi sanitari e i "percorsi di cura integrati" che sono progettati per aiutare i pazienti a ottenere una cura di transizione efficace e di qualità.

Rispetto al tema il legislatore ha inoltre affidato ad Agenas il ruolo di Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale al fine di garantire l'omogeneità a livello nazionale, l'interoperabilità e integrazione dei vari progetti regionali e l'efficienza nell'attuazione delle politiche di prevenzione e nell'erogazione dei servizi sanitari, ivi inclusi quelli di telemedicina, assicurando così il potenziamento della digitalizzazione dei servizi e dei processi in sanità, con particolare riguardo al ridisegno dei servizi territoriali ed all'implementazione dell'ADI.

La funzione di transitional care fa perno sull'utilizzo sistematico di **logiche e strumenti digitali** in tre dimensioni tra di loro complementari:

- l'accompagnamento dei pazienti e dei loro caregiver lungo il processo di fruizione dei servizi dei nodi delle cure intermedie e ospedaliere del SSN, segnalando e prenotando proattivamente tappe, procedure, tempi e modi, ma anche raccogliendo feed back sia sulla storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, sia sulla qualità dei servizi percepita, che dei fenomeni della solitudine sociale e della deprivazione relazionale, sulle necessità della persona, del suo contesto familiare e sulla effettiva presa in carico del paziente:

79 Il modello Transitional Care (ideato in Pennsylvania) è progettato per prevenire complicazioni sanitarie e ri-ospedalizzazione di pazienti anziani affetti da malattie croniche, fornendo loro una dimissione programmata e un follow-up domiciliare, coordinato da un Infermiere formato nella cura di persone con patologie croniche. Nel contesto USA, questo modello ha documentato di ridurre in maniera rilevante i ricoveri ripetuti, il numero medio di ricoveri e di giorni di ricovero per paziente in maniera costo-efficace senza impatto negativo su moralità, qualità di vita e soddisfazione per le cure ricevute.



- il coordinamento tra i nodi delle cure intermedie, per programmare i volumi e le transizioni dei pazienti in una logica di raccordo dei dimensionamenti, con l'obiettivo di saturare in modo appropriato la capacità produttiva della rete e dei suoi singoli nodi erogativi;
- il supporto dei professionisti dei singoli setting, che ricevono e alimentano il materiale informativo sui singoli pazienti.

Da non sottovalutare l'accompagnamento relazionale dei pazienti e dei caregiver che affianca quello digitale, per garantire la loro soddisfazione percepita sulla continuità e integrazione della filiera assistenziale, il tasso di saturazione dei setting con pazienti appropriati con tempi di permanenza congrui, la ricchezza e completezza delle informazioni sulla storia assistenziale e situazione clinica del paziente, in quanto costituiscono gli obiettivi chiave (KPI) del processo di transizione.

6.2 Gli elementi fondamentali: Centrali Operative Territoriali (COT), Unità di Valutazione multidimensionale (UVM), Numero Unico Europeo 116117, PUA

La combinazione tra centrali operative, le UVM e il numero telefonico unico per la EU 116117 e il PUA, strumenti di primo contatto con i servizi sanitari territoriali, rappresenta il meccanismo di accesso, selezione e transitional care del SSN, a partire dai servizi domiciliari, delle cure intermedie e delle cure primarie, per cui vanno concettualizzati, progettati e gestiti unitariamente, organizzando e valorizzando le loro sistematiche interdipendenze. Di norma, essi afferiscono gerarchicamente al distretto o al dipartimento aziendale responsabile dei servizi territoriali (solitamente Dipartimento di Cure Primarie), proprio per il ruolo strategico di garanzia, committenza, coordinamento della produzione dei servizi territoriali, transitional care e allocazione delle risorse assistenziali ai pazienti⁸⁰.

Il DM 77 con riferimento alle Centrali Operative Territoriali regola che:

“La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza...L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.”

Le **Centrali Operative Territoriali** assolvono funzioni distinte e specifiche dei distretti, seppur tra loro interdipendenti^{81 82}:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare), allocando e prioritizzando le risorse per i pazienti più fragili essendo dotate di specifici sistemi operativi che permettono di programmare l'uso di tutte le dotazioni dei servizi del territorio;
- funzione di case manager per i pazienti più fragili accompagnandoli e facilitandone il passaggio da un setting assistenziale all'altro (tracciamento e monitoraggio), sia in fase di downgrading, sia in fase di upgrading dell'intensità assistenziale, fino al momento in cui possono tornare autonomamente a domicilio o essere assegnati alla presa in carico della cronicità da parte della Casa della Comunità o dei loro servizi spoke;
- si coordinano e si integrano con la piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della cronicità (PIC) gestita operativamente dalle Case della Comunità, in modo da garantire i necessari raccordi up e down stream, con le cure e i servizi medici dedicati specificatamente alle patologie croniche, che complementano i setting di natura più sociosanitaria e di recupero funzionale (ADI, OdC o RSA), riabilitativi, lungodegenza e ospedalieri;

80 Essendo COT, UVM e 116117 strumenti operativi del singolo distretto, quindi con una media nazionale ogni 100.000 abitanti, sono state programmate e finanziate dal PNRR 600 COT per la quota di investimenti in conto capitale pari a circa 0,5 mil per COT, proprio per garantire a ogni territorio la pronta attivazione di questi strumenti fondamentali. Laddove la densità abitativa è molto alta e quindi la mobilità dei pazienti tra i servizi dei diversi distretti è sostenuta, come è tipico nelle aree metropolitane, è ragionevole attivare una COT per geografie più ampie, oppure definire un assetto a due livelli: aziendale per le interdipendenze tra distretti e distrettuale per il transitional care locale.

81 Quaderno di Monitor, Le Centrali Operative: standard di servizio, modelli organizzativi, tipologia di attività ed esperienze regionali. Agenas 2022.

82 Quaderno di Monitor, Le COT: dalla realizzazione all'attivazione. Agenas 2022.

- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno e di controllare l'esito dei processi assistenziale delle cure intermedie e socio-sanitarie alla luce degli obiettivi definiti nei PAI dei pazienti.

Operativamente ogni COT che serve idealmente 100.000 abitanti, è costituita da 5 esperti delle professioni sanitarie e da un coordinatore. Essi possono essere collocati ovunque, perché lavorano esclusivamente in logica BtoB (da professionisti a professionisti), ovvero connettendo setting erogativi, UVM, 116117 e PUA, cioè componenti organizzative e professionali.

La **COT** non costituisce pertanto un servizio di front office per gli utenti, non dovendo essere collocata in un luogo fisicamente identificato e visibile. La COT esercita una funzione che possiamo immaginare in "cloud", virtuale e da remoto. Maggiori informazioni è possibile trovarle nel Quaderno di Monitor, Agenas, "La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione"⁸³ pubblicato allo scopo di favorire uno sviluppo armonico affrontando il tema delle funzioni, del personale, delle strutture e delle tecnologie necessarie per il loro funzionamento, con esempi molto pratici, veri e propri casi d'uso ed esempi di transizioni di cure specificando: bisogni, azioni, attori, relazioni, strumenti.

Il servizio "flagship" di accesso, visibile e riconoscibile dagli utenti, collocato in precisi luoghi fisici e piattaforme virtuali, è costituito dalla rete dei PUA del distretto e dagli *Sportelli Sociali dei Comuni*, e dal *numero telefonico unico europeo 116117*, permettendo agli utenti di scegliere tra un canale digitale (116117) e un canale fisico (PUA). La COT raccoglie le segnalazioni sia dai canali di accesso on demand da parte dei cittadini (116117 e PUA), sia dai setting erogativi (es. dimissioni ospedaliere di pazienti fragili), dagli *MMG* e degli assistenti sociali comunali. La COT, pertanto, svolge la funzione di pooling di tutte le segnalazioni/domande, le confronta con la capacità produttiva installata e libera o in via di disponibilità, per definire, attraverso processi di assessment delle priorità, la distribuzione dei pazienti. La distanza tra il totale delle domande e la capacità produttiva disponibile dipende dalla ricchezza dei servizi di cure intermedie, territoriali e domiciliari locali e dalla percentuale di bisogni che vengono intercettati dal sistema locale e convogliati nelle COT. Ci attendiamo sistematicamente significative distanze tra domande e capacità erogativa disponibile, esaltando il ruolo della COT come dispositivo organizzativo fondamentale responsabile della scelta dei pazienti ritenuti prioritari nell'utilizzazione degli slot erogativi disponibili. Paradossalmente, all'aumento della capacità del sistema organizzativo locale di convogliare domande appropriate alla COT, cresce la necessità di esercitare il difficile compito di selezionare i pazienti ritenuti prioritari, perché aumenta la domanda conosciuta da gestire e distribuire lungo la filiera.

Essendo il lavoro delle COT di definizione delle priorità dei pazienti da collocare e da escludere dalle cure intermedie molto rilevante e critico, esse devono operare in un ambiente protetto dalla dialettica diretta con gli utenti. Esse devono essere esposte, invece, a rilevanti meccanismi di accountability organizzati verso gli stakeholder, dentro ordinati riti istituzionali, proprio per il loro contributo decisivo a definire gli interessi generali per la comunità di riferimento.

Le **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**, invece, valutano e certificano il bisogno del paziente, considerando tutte le dimensioni rilevanti: fisiche, cognitive, psichiche, funzionali, relazionali, sociali ed economiche. Nel SSN, la certificazione di un bisogno non garantisce purtroppo sempre l'accesso a un servizio o a un servizio coerente, visto l'aging della popolazione italiana e la distanza esistente tra bisogni crescenti e risorse modeste del SSN. La certificazione del bisogno da parte delle UVM costituisce quindi un processo logico che precede la selezione delle priorità da parte delle COT, che viene svolto dopo la raccolta di tutti i bisogni certificati. Questa evidenza sottolinea la rilevanza istituzionale del lavoro di UVM e COT, perché le prime costruiscono le basi informative, mentre le seconde esercitano il ruolo di confrontare l'aggregato delle domande con l'offerta disponibile, dovendo scegliere gli utenti prioritari. L'auspicio di tutti è che il progressivo strutturarsi del sistema di gestione della transizione, attraverso lo sviluppo dell'attività di UVM e COT, renda sempre più visibile la distanza tra bisogni rilevati e certificati e capacità produttiva, determinando riflessioni allocative dentro e fuori il SSN per espandere le risorse a favore di questi servizi.

Le UVM lavorano almeno a due livelli alternativi di complessità:

- in modo semplificato attraverso uno o due professionisti (infermiere, medico, assistente sociale) in situazioni semplici da decodificare, standard o di *frequent user* senza rilevanti scostamenti da situazione stabilizzate e compensate;

83 Quaderno di Monitor, Le COT: dalla realizzazione all'attivazione. Agenas 2022. <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2184-la-centrale-operativa-territoriale-dalla-realizzazione-all%E2%80%99attivazione>



- attraverso un pool multidisciplinari per situazioni complesse, pluri-patologiche o di rilevante interdipendenza tra problemi sociali e sanitari o in caso di rilevanti scostamenti da situazioni preesistenti e precedentemente stabili.

In sintesi, *le UVM valutano il singolo paziente nel quadro olistico dei suoi bisogni, mentre le COT coordinano le risposte assistenziali valutando l'aggregato dei pazienti del distretto e il volume di offerta dei servizi disponibile.*

Il sistema operativo che garantisce il reale empowerment delle COT è il loro pieno controllo della capacità produttiva disponibile della filiera assistenziale delle cure intermedie e sociosanitaria (posti letto di OdC, slot di ADI, riabilitazione estensiva, RSA, ecc. - riferimento al Capitolo 8), ovvero il potere esclusivo ad occupare gli slot assistenziali e i posti letto disponibili. Assegnare in esclusiva alle COT queste prerogative gestionali garantisce da un lato il rispetto dei volumi e dei mix programmati per i singoli erogatori e quindi la saturazione della capacità produttiva contrattualizzata, e dall'altro l'invio dei pazienti appropriati nei singoli setting e la loro transizione ai setting successivi nei tempi standard previsti, una volta raggiunti gli obiettivi sanitari attesi dalla singola piattaforma erogativa. La qualità ed efficacia degli esiti è garantita solo se la COT assegna ad ogni paziente degli indici di funzionalità e/o degli outcome di salute intermedi che ci si attende vengano raggiunti dal singolo setting erogativo, *concertati e sottoscritti in accordo con gli operatori del setting stesso.* Essi diventano il fil rouge dei risultati attesi del processo di transitional care e di passaggio da un setting all'altro e la base del sistema di monitoraggio e controllo⁸⁴.

Proponiamo un elenco di soluzioni alternative, che possono essere combinate tra di loro, per l'empowerment delle COT per il pieno controllo della filiera erogativa, che nelle cure intermedie è spesso esternalizzata a gestori privati accreditati:

- a) *Potere di gatekeeping.* L'accesso dei pazienti SSN della filiera cure intermedie e sociosanitarie pubbliche e contrattualizzate è possibile solo se vi è una indicazione attiva da parte della COT, altrimenti esso è precluso.
- b) *Ruolo di coordinamento.* La governance del sistema della rete delle cure intermedie e sociosanitarie, sia per gli erogatori pubblici, sia per gli erogatori privati contrattualizzati, poggia su un accordo tra le parti che assegna alla COT il ruolo di unica agenzia inviante, che tutti rispettano, avendo compreso la convenienza reciproca e l'interesse per i pazienti e i loro caregiver.
- c) *Potere economico.* Il distretto detiene il budget delle strutture erogative pubbliche e private delle cure intermedie e sociosanitarie e nei processi di committenza negozia volumi e mix di attività indicando la COT come strumento unico di invio che garantisce il rispetto dei target dei pazienti e dei budget concordati.

La COT raccoglie le segnalazioni e le domande attraverso i PUA e attraverso la Centrale Operativa 116117, sede del **Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale, per le cure mediche non urgenti 116117**, con riferimento, in particolare, alla fruizione di un sistema informativo condiviso.

Il Numero Unico Europeo 116117, in linea con quanto previsto dalla normativa vigente⁸⁵, rappresenta per i cittadini un unico riferimento telefonico verso un servizio di primo accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie non urgenti e concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità o priorità garantendo le seguenti funzioni:

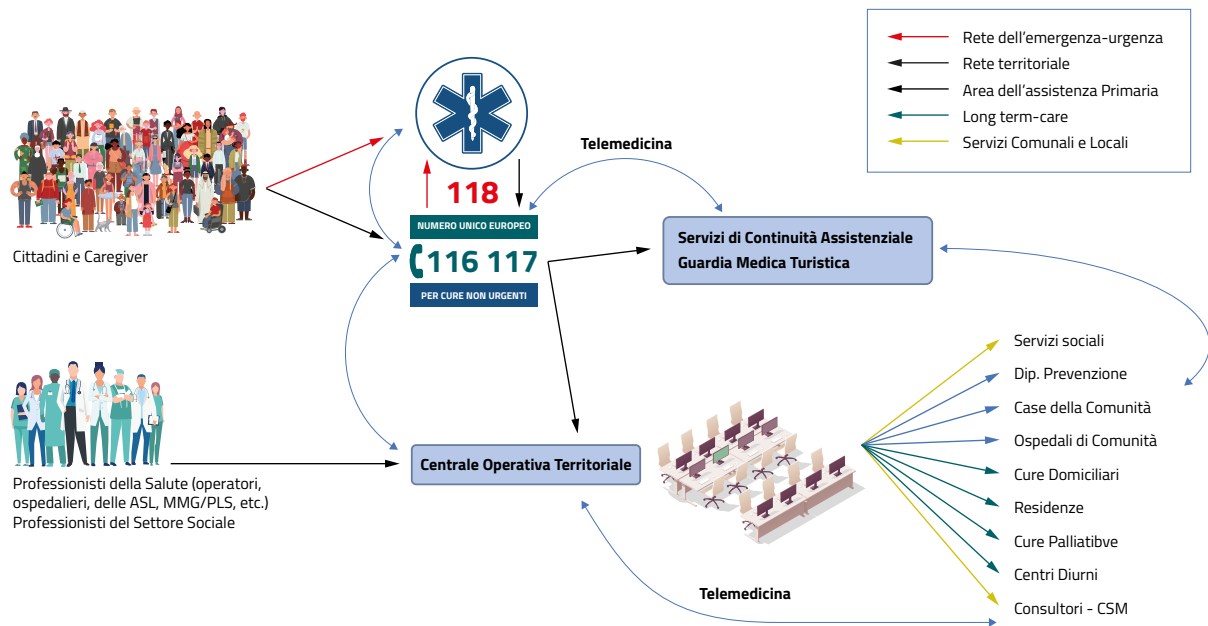
- centralizzazione, almeno su base provinciale, delle chiamate al servizio di Continuità Assistenziale, con relativo smistamento alle postazioni competenti sul territorio;
- piattaforma informativa per i cittadini sui servizi sanitari localmente disponibili e i loro meccanismi di accesso;
- meccanismo di primo triage che segnala ai cittadini il servizio più appropriato rispetto ai bisogni che evidenziano;
- sistema di prenotazione ai servizi ritenuti per loro appropriati (es. valutazione in UVM, servizi della Casa della Comunità, reclutamento nei percorsi per i cronici, ecc.);
- attivazione procedura di emergenza in caso di necessità percepita dagli operatori, come da protocolli condivisi;
- rilascio di informazioni o eventuale trasferimento della chiamata al servizio in grado di erogare la stessa per quesiti sanitari di carattere non urgente.

⁸⁴ Informazioni sui risultati raggiunti dai singoli pazienti possono essere raccolti digitalmente e automaticamente dalle COT sfruttando i flussi sanitari e di esito prodotti dai produttori dei distinti setting, i personal devices dei pazienti o i risultati offerti da meccanismi di telemedicina o telesorveglianza gestiti dai singoli setting di erogazione.

⁸⁵ Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 - *Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale*; Patto per la Salute 2014 - 2016; Accordo Stato Regioni del 24 novembre 2016, (Rep. Atti 221/CSR 24 novembre) "*Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117*".

Il 116117 lavora in stretto raccordo con i PUA distrettuali, rappresentandone il canale telefonico e digitale, laddove i PUA costituiscono l'interfaccia fisica per gli utenti o i loro caregiver.

FIGURA 10
Centrale Operativa Territoriale – UVM – 116117



In un quadro d'insieme, il PUA e il NUE 116117 costituiscono un dispositivo di informazione e di primo accesso e triage in logica omni-channel (canali di accesso diversi a scelta degli utenti, ma da cui si ricevono le identiche informazioni e opportunità di servizio), l'UVM rappresenta il meccanismo di valutazione e certificazione dei bisogni e la COT assolve la funzione di coordinamento e raccordo tra i servizi nei diversi setting assistenziali (sia in downgrading, sia in upgrading di intensità assistenziale) e di identificazione dei pazienti prioritari da inviare nella filiera dei servizi disponibile.

Il sistema di valutazione multidimensionale

Ogni Regione o Azienda Sanitaria ha sviluppato una propria metrica, propri Sistemi Informativi, una propria cultura e strumento di riferimento (SVAMA, SOSIA, BINA, Vaor-interRAI, ecc.) per la valutazione multidimensionale del bisogno, applicati dalle UVM. In alcuni contesti si tratta di sistemi di classificazione robusti, omogenei e completi, in altri vi sono eterogeneità, differenze interpretative e semantiche e parzialità operative.

In molti casi, purtroppo, i modelli e i processi di valutazione si applicano a un singolo silos erogativo (es. RSA), ma gli esiti della valutazione non sono fungibili per altri setting (es. ADI), per cui risulta difficile fare una valutazione olistica sul paziente per scegliere tra l'insieme dei servizi disponibili. Questo comporta, l'attivazione di successivi processi di valutazione, a seconda dei servizi richiesti dal paziente, tra di loro non correlati o integrati, dovendo ogni volta ricominciare da capo, sia per il paziente, sia per i servizi e i loro processi di valutazione. Questo è il più tangibile segno di frammentazione dei servizi con fatiche ripetute per gli utenti e la perdita di qualsiasi sinergia tra i silos erogativi, che rafforzano i loro gradi di separazione.

In realtà più mature del SSN il sistema di valutazione è integrato e modulare e quanto raccolto per valutare l'eleggibilità per un setting assistenziale viene riutilizzato per le successive valutazioni, che costituiscono solo un allargamento al margine di quanto già istruito e valutato.

Nelle situazioni più felici del SSN il processo di valutazione è concepito unitariamente per tutti i setting disponibili, sia sul lato della domanda dei pazienti, sia sul lato di raccolta informazioni sul paziente e valutazione: a prescindere di quale sia il bisogno, esiste un unico processo e strumento di valutazione, che viene popolato con una percentuale di approfondimento in funzione della complessità e intensità del bisogno. Quando il paziente si aggrava, lo stesso strumento già popolato, viene solo arricchito e aggiornato al margine.

In questo quadro molto diversificato, ma anche fluido e in evoluzione, è importante che le ASL definiscano dei principi per la selezione locale dei modelli di valutazione e la definizione dei relativi processi di funzionamento.

a) Per ogni paziente occorre raccogliere un assessment iniziale, definire degli esiti attesi da ogni setting di invio e confrontarli con gli esiti raggiunti, sia per programmare la continuazione del percorso, sia per valutare l'efficacia dei diversi erogatori interni ed esterni contrattualizzati.

- b) Il sistema di assessment delle condizioni dei pazienti da utilizzare nei processi di valutazione multidimensionali deve avere almeno le seguenti caratteristiche:
- essere riconosciuto e accreditato scientificamente a livello internazionale;
 - essere un sistema multidimensionale, che considera tutte le dimensioni rilevanti (cliniche, funzionali, cognitive, sociali, economiche, ecc.);
 - essere un sistema unitario e modulare per i diversi stadi di patologia e fragilità e per i diversi setting, ovvero essere in grado di certificare i bisogni per l'entry level, per le cure domiciliari, per gli OdC., per le RSA, per le cure palliative, ecc., potendo valorizzare a ogni cambio di stadio le informazioni precedentemente già processate sul paziente.
- c) Il sistema di valutazione alimenta anche le scelte gestionali dell'ASL e del distretto, pertanto deve:
- essere un meccanismo potenzialmente correlato ad una metrica tariffaria, in modo da definire delle tariffe regionali di riferimento in base all'intensità degli standard assistenziali indicati;
 - essere in grado di generare processi di bench-marking e bench-learning interaziendali e fra erogatori di diversa natura, producendo dati aggregati di sintesi che permettono la comparabilità.

È fisiologico che le potenzialità epidemiologiche, cliniche, allocative, gestionali del processo di valutazione e certificazione dei bisogni non siano tutte valorizzate immediatamente in ogni ASL, ma che si attivi un processo di sviluppo e apprendimento progressivo e quindi di dispiegamento nel tempo delle funzionalità attivabili. Rileva avere consapevolezza del portafoglio delle funzionalità disponibili e il grado di maturazione a cui si è arrivati in ogni contesto locale.

Quali target prioritari per la COT: come evitare il pericolo "strettoia dell'imbuto"?

Le COT delle diverse ASL e dei diversi distretti fisiologicamente avranno target differenti di utenti e setting intermediati, in funzione delle eterogenee epidemiologie e geografie dei servizi disponibili nel SSN nel confronto tra territori. Ad esempio, una COT può avere una vocazione più sanitaria e socioassistenziale, mentre un'altra includere maggiormente target e servizi socioassistenziali. Una COT può essere più orientata alla fragilità anziana, oppure alla disabilità adulta, oppure a particolari patologie ad alto carico assistenziale come la SLA e le malattie neurodegenerative. Teoricamente si potrebbero considerare anche i pazienti psichiatrici o delle dipendenze.

Occorre evitare la tentazione di far passare tutti i pazienti in processi di transizione dalla COT, perché questo la intaserebbe, superando la sua capacity potenziale, trasformandola nella "strozzatura dell'imbuto", che rallenta i processi di transizione, invece di accelerarli, che cercherà di difendersi con regole di protezione burocratiche, invece di focalizzarsi sull'efficacia della funzione.

Questo impone di definire esplicitamente il target prioritario della COT, scegliendo i target più rilevanti, critici e strategici per il beneficio sociale prodotto e per la protezione dei servizi da consumi inappropriati. Si tratta di una scelta locale, probabilmente diversa tra distretti della stessa ASL. A questo proposito è importante darsi dei principi generali per definire questi target:

- a) escludere dalla COT processi di transizione che sono già consolidati da tempo, efficaci e fluidi, lasciandoli nella loro configurazione storicamente stratificata (es. transizione tra chirurgia e riabilitazione ospedaliera, tra oncologia hub e cure palliative, ecc.);
- b) gestire i casi sociali bed blocker, le cui esigenze sono così intense o articolate da non trovare nessuna corrispondenza diretta con alcun setting erogativo disponibile;
- c) focalizzarsi sui servizi in cui vi è grande distanza tra bisogno e capacity per gestire in modo equo e strutturato la scelta dei pazienti considerati prioritari;
- d) definire a monte se ci si focalizza maggiormente sui processi step up (prevenire accessi al PS e ricoveri ospedalieri ripetuti) o step down (dimissioni).

6.3 La ricognizione del PON GOV Cronicità e la mappa delle buone pratiche di transitional care della cronicità

Di seguito si riportano le esperienze mappate nell'ambito del progetto PON GOV Cronicità relative al tema della transitional care della cronicità. Per un maggiore approfondimento delle singole esperienze si rimanda alle schede allegato al presente Manuale Operativo.

AUSL FERRARA / EMILIA-ROMAGNA	Sanità digitale in Carcere
AUSL DELLA ROMAGNA / Emilia-Romagna	Creazione del Centro di Assistenza e Urgenza della Casa della Comunità di Cervia
ASL Roma 1 / Lazio	Viva gli Anziani!
ASL Roma 4 / Lazio	Cohousing supportato per persone con disagio psichico e sociale
ASL Roma 1 / Lazio	La salute a casa: il lavoro di comunità e la rete di prossimità per un benessere consapevole e sostenibile
ASST di Lodi / Lombardia	IMPLEMENTAZIONE DELLA CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA INTEGRATA NELL'ASST DI LODI
Regione Piemonte	ASL To3 - ASL No - ASL Cn2 - ASL Città di Torino, Definizione e implementazione di modello sperimentale di Centrali Operative Territoriali
PA Bolzano	Masterplan Chronic Care - Piano per il potenziamento e l'armonizzazione dell'assistenza alle persone affette da patologie croniche nella Provincia Autonoma di Bolzano 2018-2020
Regione Sardegna	Dimissione protetta integrata
ASP Ragusa / Sicilia	IL MODELLO ASP DI RAGUSA CONNECTED CARE È GESTIONE DELLA CRONICITÀ
USL Toscana Nord Ovest / Toscana	Valutazione multidimensionale, teleconsulto multiplo per la condivisione periodica multiprofessionale e multidisciplinare dei piani assistenziali individuali e follow up proattivo di pazienti con multimorbidità complesse (JADECARE)
AUSL UMBRIA N. 1 / Umbria	Costituzione delle COT per dimissioni protette

6.4 I fattori critici di successo: change management

Per una efficace attivazione e gestione degli strumenti di accesso, selezione e transizione riteniamo fondamentale cinque fattori: a) definire gli step attuativi e i processi gestionali; b) disporre di una metrica per la misurazione degli outcome; c) contrattualizzare la filiera delle cure intermedie e sociosanitarie; d) attivare il sistema di certificazione del bisogno unitario per tutti i setting; e) disporre di una dashboard direzionale.

a) Step attuativi e gestionali

La COT necessita di progressivi *step attuativi* di start up e di sviluppo che possono essere così schematizzati:

- selezione dei nodi della rete delle cure intermedie e sociosanitarie e correlati target di pazienti da coinvolgere progressivamente nel tempo;
- attivazione dei meccanismi di controllo della capacity della rete (PL, slot di ADI, ecc.), attraverso potere regolatorio, governance o forza economica e di committenza;
- attivazione strumento digitale di raccolta dati di domanda e di valutazione dell'intensità del bisogno da parte dei setting inviati o dell'UVM in procedura semplice o complessa;
- costruzione algoritmo di definizione delle priorità di ingresso e allocative dei pazienti;
- costruzione meccanismo di raccolta dati su esiti pazienti (es. livello di funzionalità recuperata) e scadenza periodo nei setting;
- definizione meccanismi e procedure di dialogo con i pazienti e i caregiver;
- attivazione piattaforma di scambio informazioni cliniche tra i setting.

Molti di questi processi della COT possono poggiare su strumenti aziendali o regionali già attivi o allargandone le funzionalità o lo scopo di utilizzo. Si tratta di un processo di costruzione dinamico e progressivo, che deve valorizzare quanto già storicamente presente.

Una volta attivata, il funzionamento ordinario della COT necessita:

- Aggiornamento costante e puntuale di domanda e offerta per i pazienti fragili (pazienti segnalati dai vari inviati – MMG, ospedale, 116117, ecc. – e tassi di saturazione capacità produttiva della rete);
- Processi di valutazione della gravità relativa dei singoli casi rispetto all'aggregato della domanda e alla capacità produttiva disponibile per definire priorità e setting di invio dei singoli pazienti;
- Valutazione esiti individuali e aggregati dei pazienti rispetto ai target programmati in fase di invio per verificare efficacia piano assistenziale e competenze del setting erogativo;
- Gestione della funzione di committenza e monitoraggio nei confronti dei produttori pubblici e privati;

- Gestione delle relazioni con pazienti e caregiver;
- Negoziazione e accountability istituzionale con i relativi stakeholder.

b) Indicatori per valutare la funzione di transitional care

- % di pazienti fragili mappati nominativamente;
- % di pazienti fragili presi in carico dalla COT;
- n. richieste al PUA/sportelli sociali transitate alla COT;
- % richieste 116117 transitate alla COT;
- Degenza media nei reparti ospedalieri di medicina di pazienti fragili;
- % ricoveri ospedalieri annui per struttura della rete delle cure intermedie;
- Tempo di attesa medio nel passaggio da un setting assistenziale all'altro;
- % di spesa pubblica e spesa privata out of pocket o intermediata nei servizi per i fragili;
- % Ricoveri ripetuti (e A&E) per episodio di malattia;
- % Risposte ottenute dopo richiesta al MMG/Distretto;
- % distribuzione degli accessi nelle diverse strutture intermedie (compreso ADI);
- n. programmi co-progettati delle attività sociosanitarie.

c) Contrattualizzare i posti letto delle cure intermedie e gli slot di ADI

Il lavoro di raccordo con tutti i nodi delle cure intermedie e sociosanitarie, inclusa l'ADI, per garantire il coordinamento e il controllo della capacity dell'intera filiera è critico e decisivo per il corretto funzionamento delle COT. La relazione deve avvenire sia individualmente sia collettivamente con tutti gli erogatori. Se esistono diversi strumenti formali di relazione con gli erogatori (ad es. accordi contrattuali), un processo partecipato è ottenibile unicamente attraverso l'esplicitazione dei reciproci benefici ottenibili. La costruzione e la condivisione di questo obiettivo passa attraverso un mutamento anche culturale degli operatori coinvolti per il tramite, tra l'altro, di programmi formativi interdisciplinari.

d) Sistema di valutazione unitario e modulare

Come già discusso precedentemente occorre adottare un modello di certificazione del bisogno (UVM) unitario per accedere a tutti i setting assistenziali a cui invia la COT. Esso deve essere modulare, da valutazione semplice a complessa (un solo professionista o equipe) in funzione della complessità del caso, aggiornabile rapidamente nel tempo in caso di cambio di stadio di malattia o di bisogni sociali, valorizzando le informazioni e le valutazioni già precedentemente effettuate. Esso va sviluppato nel tempo, rendendolo progressivamente più ricco e completo, superando l'attuale situazione in molte ASL, di norma, a silos e statico, ovvero che considera ogni ri-valutazione per un nuovo o diverso servizio, come una nuova valutazione.

e) La piattaforma e la dashboard direzionale di controllo della filiera delle reti di cure intermedie

Dashboard digitalizzata e dinamica in tempo reale che immediatamente mostri lo stock e i flussi della domanda e della capacità produttiva. Lo strumento può essere disegnato e sviluppato a livello aziendale o regionale, ma si popola e si utilizza localmente. Esso genera informazioni e report distinte per la COT, per il direttore di distretto, per gli erogatori, sia per funzioni gestionali, sia per la programmazione e il bench-learning. A questo proposito processi di bench-learning tra le COT aziendali e regionali possono offrire un'importante palestra di confronto e apprendimento reciproco.

Trattandosi di un cantiere nuovo e complesso è utile attivare processi infra-aziendali di bench-learning, di progettazione e sperimentazione congiunta tra COT dei diversi distretti e interaziendali, tra le COT di diverse ASL, anche di regioni distinte.

Lo sviluppo e il funzionamento delle COT possono beneficiare di un presidio centrale nell'ASL della funzione, che faccia da consulente, coordinatore, da stimolatore le diverse COT locali. Se le decisioni sui singoli pazienti non possono che essere locali e decentrate, la predisposizione delle logiche e degli strumenti di lavoro può essere frutto di un utile coordinamento tra una funzione centrale aziendale sul tema transitional care (collocata ad es. nel dipartimento delle cure primarie o nello staff del direttore sociosanitario) e le COT distrettuali.



7.

MODELLI INNOVATIVI DI CURA ED ASSISTENZA BASATI SU SISTEMI ICT E TELEMEDICINA

*A cura di Emilio Chiarolla, Mariangela Contenti, Renata De Maria, Maurizio Di Pierri, Michela Santurri,
Marco Simonetti*



7.1 Rilevanza e necessità della telemedicina nella sanità moderna

Con la pandemia di COVID-19 l'impiego delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, quali strumenti abilitanti modelli innovativi per la presa in carico e la cura, si è rapidamente diffuso su larga scala, consentendone di valutarne maggiormente fattibilità ed efficacia.

La telemedicina, in particolare, ha ricoperto un ruolo di primo piano nell'erogazione di prestazioni sanitarie nel rispetto del distanziamento o dell'isolamento fisico.

Parallelamente la rapida crescita della quantità di dati e informazioni digitali nativamente prodotte e raccolte ha portato all'affermarsi di un modello di sanità così detto data driven, in cui big data e intelligenza artificiale rappresentano gli strumenti per nuove forme di analisi e correlazione di dati, con applicazioni in vari ambiti applicativi, dalla programmazione sanitaria, alla prevenzione, alla medicina personalizzata.

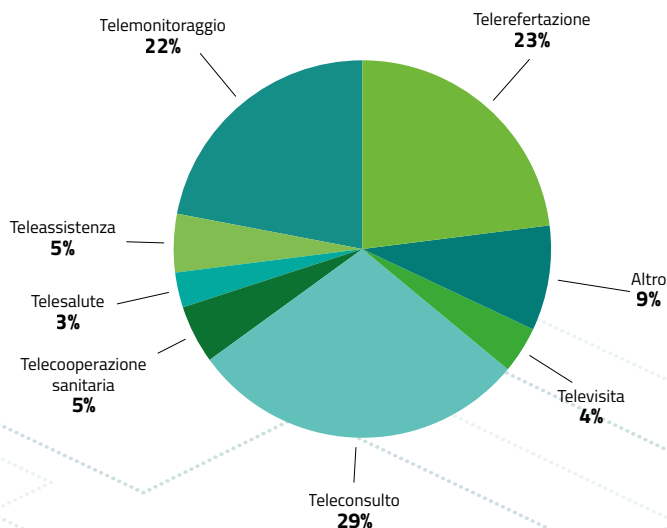
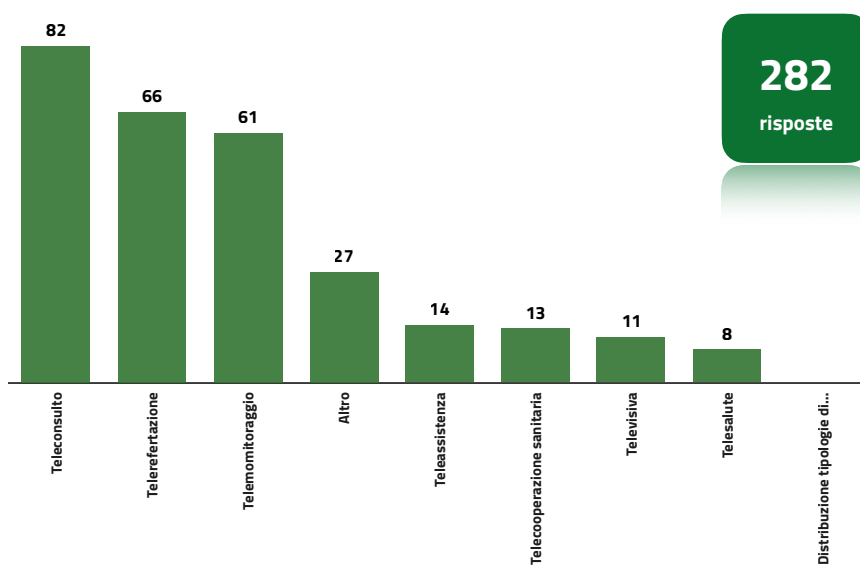
La scelta degli strumenti digitali più appropriati alle caratteristiche individuali del paziente, alla fase della malattia e alle condizioni socio-sanitarie di contesto, necessaria a consentirne e a sostenerne l'applicazione rappresenta il processo organizzativo fondamentale e preliminare perché lo sviluppo della telemedicina e della sanità digitale sia armonico al progresso di cura e assistenza.

A testimonianza di come la pandemia da Covid-19 abbia accelerato il processo di diffusione della telemedicina, il confronto delle rilevazioni condotte dal Ministero della Salute nel 2018 e nel 2021 (Fig. 13) evidenziano un netto incremento del numero di esperienze attivate a livello regionale o di azienda sanitaria. I servizi di televisita e telemonitoraggio sono quelli più utilizzati, ma risulta particolarmente apprezzato anche il teleconsulto per l'interazione tra clinici.

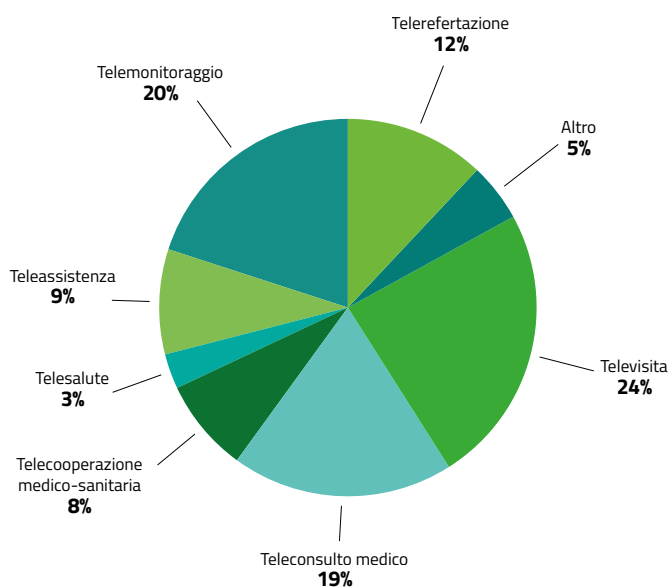
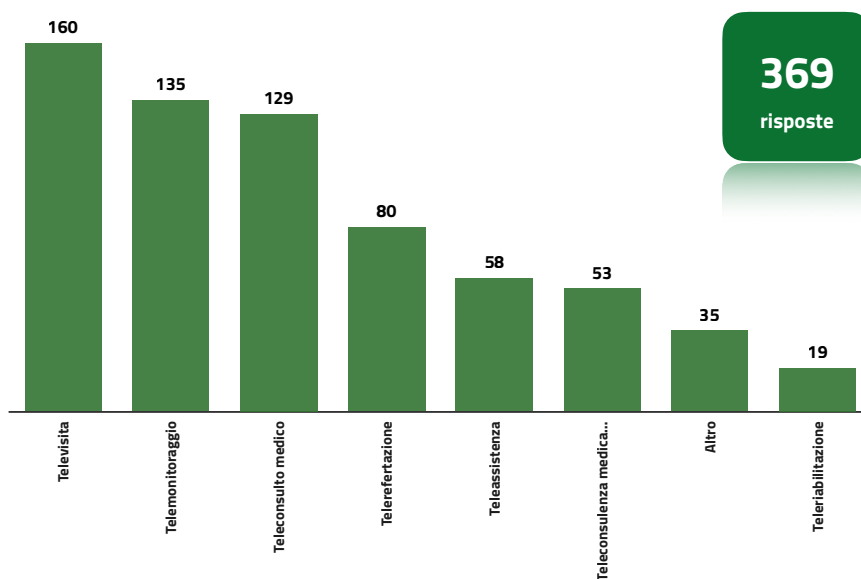
FIGURA 11

Confronto tra i dati rilevati nel 2018 e quelli dell'ultima ricognizione ottobre 2021 (fonte MdS 2021)

DISTRIBUZIONE DELLE ESPERIENZE RILEVATE SULLE DIVERSE TIPOLOGIE DI SERVIZI NEL 2018



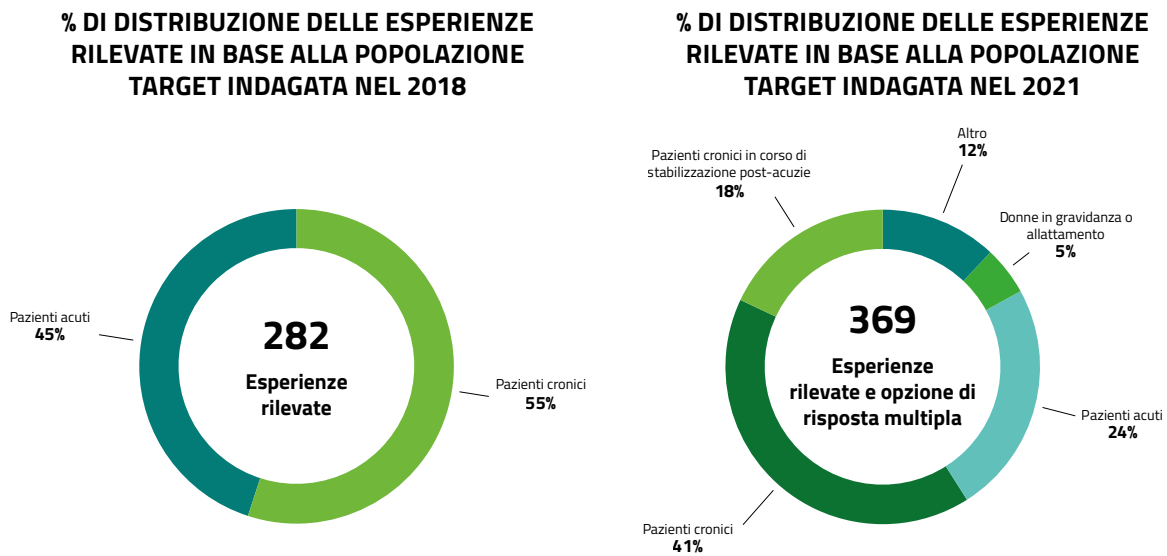
DISTRIBUZIONE DELLE ESPERIENZE RILEVATE SULLE DIVERSE TIPOLOGIE DI SERVIZI NEL 2021



Dalla stessa rilevazione è possibile ricavare un quadro più puntuale sulla tipologia di pazienti destinatari dei servizi di telemedicina. Si scopre così che negli ultimi anni, anche a causa della pandemia da Covid 19, la telemedicina ha trovato un maggiore impiego a favore di pazienti cronici in fase post-acuta (Fig. 14). La stessa rilevazione ha però evidenziato come la maggior parte dei servizi di telemedicina siano stati implementati privi di un'integrazione con i sistemi di sanità digitale di base. Ad esempio, sul totale dei 629 servizi di telemedicina censiti, soltanto 92 servizi sono collegati al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e solo 94 integrati con i sistemi informatizzati dei Centri Unici di Prenotazione (CUP).

FIGURA 12

Confronto tra i dati rilevati nel 2018 e quelli dell'ultima ricognizione di Ottobre 2021, riferiti alla tipologia di pazienti



Già nel Piano Nazionale delle Cronicità (PNC), pubblicato in era pre-Covid, la sanità digitale e la telemedicina erano stati identificati come strumenti abilitanti modelli assistenziali innovativi per l'organizzazione dei servizi di prevenzione, presa in carico e gestione sul territorio di malattie croniche non trasmissibili (MCNT). L'elevato carico assistenziale generato dalle MCNT impone infatti una forte integrazione tra cure primarie territoriali e cure specialistiche ospedaliere. Oggi molte prestazioni sanitarie possono essere eseguite a distanza, singolarmente o in pacchetti di prestazioni. Le piattaforme per la sanità digitale e la telemedicina garantiscono la realizzazione di una modalità operativa a rete, facilitando l'integrazione tra le varie figure deputate all'assistenza e all'erogazione dei servizi. In particolare, nella integrazione ospedale/territorio e nelle nuove forme di aggregazione delle cure primarie, la Telemedicina rappresenta un esempio di come le tecnologie possano migliorare l'operatività, nel luogo dove il paziente vive, favorendo così la gestione domiciliare della persona e riducendo gli spostamenti spesso non indispensabili e i relativi costi sociali. Inoltre, il cittadino/paziente usufruisce con facilità degli strumenti tecnologici che lo aiutano e lo accompagnano nella gestione della propria salute nella vita di tutti i giorni, attraverso diversi dispositivi e ovunque esso si trovi.

L'Accordo Conferenza Stato Regioni "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in "telemedicina" del 17 dicembre 2020, ha introdotto una tassonomia delle prestazioni di telemedicina (Appendice "Glossario Telemedicina"), e fornito le prime regole per la gestione amministrativa e la sicurezza delle prestazioni di telemedicina specialistica.

7.2 Prestazioni di telemedicina: aspetti chiave nella progettazione e nella realizzazione dei servizi

Un sistema a misura del bisogno clinico-assistenziale

Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Infatti, la telemedicina, nel supportare la fruibilità di cure, servizi di diagnosi, e consulenza medica a distanza, può contribuire

- a migliorare l'accessibilità e la qualità dell'assistenza sanitaria, in particolare in aree rurali e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;
- ad implementare programmi efficaci di prevenzione secondaria, educazione, formazione e coaching dei pazienti riducendo, anche attraverso l'opportuno monitoraggio di indicatori di salute, il rischio d'insorgenza di complicazioni;
- a ridurre le distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;
- a fungere da collante tra ospedale e territorio nelle delicate fasi di gestione del post-acuzie e nella transizione fra *setting* ospedaliero, cure intermedie e territorio (*transitional care*);

- rappresentare la componente chiave in un “ecosistema” dove il cittadino-paziente si avvale di una molteplicità di servizi digitali (prenotazione, refertazione, educazione sanitaria, monitoraggio, database clinical record, ecc.) e in cui la telemedicina è il canale di collegamento diretto tra lui ed il suo riferimento medico-assistenziale.

Nei modelli organizzativi di presa in carico la, telemedicina, attraverso piattaforme e dispositivi medici opportunamente connessi, per meglio strutturare processi di cura incentrati sul paziente, può migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'erogazione dei servizi e l'operatività di team multidisciplinari, soprattutto in quei contesti in cui la complessità del bisogno assistenziale o l'intensità di cura richiedano la collaborazione ed il coordinamento di diversi professionisti sanitari e l'integrazione socio-sanitaria, facilitando l'integrazione e la continuità delle cure. Per l'assistenza domiciliare integrata, ad esempio, grazie alle piattaforme per la sanità digitale, l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), che ha il compito di definire e seguire l'evoluzione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) o del Piano Riabilitativo Individuale (PRI), può diventare un team virtuale (*Virtual Team*) favorendo la sinergia tra i professionisti.

Con la telemedicina, poi, le diverse prestazioni erogate a distanza possono essere modulate in funzione della tipologia di pazienti assistiti e dalle loro esigenze. MCNT, come diabete, scompenso cardiaco e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), in condizioni di stabilità clinica, ben si prestano ad essere seguite anche a distanza. Con il telemonitoraggio e la teleassistenza, parametri fisiologici e bioumorali possono essere raccolti, valutati ed interpretati frequentemente a distanza, abilitando la possibilità di individuare precocemente possibili acutizzazioni e prevenire peggioramenti clinici. I servizi di telemonitoraggio e teleassistenza sono attivati e coordinati da una Centrale Operativa Territoriale (COT) che si preoccupa di attivare il servizio, sia nel caso di pazienti già in carico alle cure domiciliari, sia nel caso di pazienti che transitano fra setting di cura diversi ed ovunque sia necessario il coordinamento di professionisti e competenze differenti, sanitarie, sociali e sociosanitarie (DM 77/22 DM 29 aprile 2022, linee guida organizzative contenenti il “*Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare*”).

Inoltre, al variare delle peculiarità della singola patologia o dell'intensità del fabbisogno assistenziale, le prestazioni di telemedicina (principalmente telemonitoraggio e teleassistenza) necessarie e attivate dalle COT potranno essere gestite da servizi di cure primarie o da strutture specialistiche, come ad esempio nella esperienza eVisus della Regione Piemonte (ASL CN2 Alba-Bra) per l'assistenza remota a pazienti in dialisi peritoneale domiciliare o nella Provincia Autonoma di Trento con l'esperienza TreC per il telemonitoraggio di pazienti cardiopatici portatori di stimolatori impiantabili, dove la Centrale Operativa Territoriale svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra personale infermieristico e personale medico specialistico di strutture ospedaliere.

Le strutture pubbliche sanitarie intenzionate ad utilizzare gli strumenti della telemedicina dovrebbero adottare una strategia multicanale per creare relazioni, dialogare con il cittadino/utente e offrire tutti i servizi a distanza consentiti dalle nuove tecnologie. Questo tipo di approccio consente di affrontare in modo efficace l'esigenza crescente di comunicare da ogni luogo, in ogni momento e con qualsiasi mezzo, e soprattutto di soddisfare le diverse categorie di destinatari, costruendo sistemi di informazione nel rispetto di quanto stabilito dalle norme sulla protezione dei dati personali e relativi alla salute.

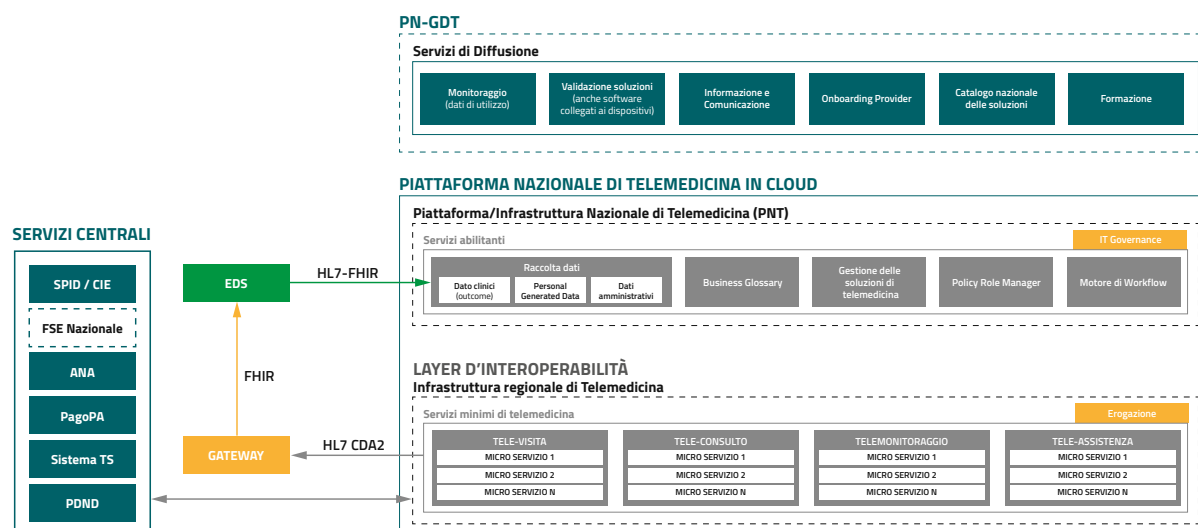
I contenuti tecnici

La configurazione e la complessità di una piattaforma di telemedicina dipendono fortemente dai servizi che si intende erogare. Le soluzioni applicative devono essere in grado di gestire contemporaneamente sia i segnali clinici trasmessi dal paziente che informazioni di tipo amministrativo e gestionale.

La nuova Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT) permetterà, in linea con gli obiettivi indicati dal PNRR in ambito Sanità Digitale, l'integrazione/interoperabilità tra i servizi sanitari regionali, migliorando la qualità e l'accesso alle cure per le persone su tutto il territorio nazionale. L'ecosistema è composto da due Piattaforme, la prima denominata Portale Nazionale di telemedicina (afferente alla Mission 6 Component 2 del PNRR), l'altra denominata Piattaforma di Telemedicina Nazionale, preposta al governo dell'erogazione dei servizi di telemedicina (afferente alla Mission 6 Component 1 del PNRR). La creazione in seno ad Agenas dell'Agenzia per la sanità Digitale che vede tra le sue funzioni proprio la gestione della Piattaforma di Telemedicina Nazionale, garantisce omogeneità a livello nazionale permettendo il governo e il monitoraggio di percorsi di telemedicina messi in atto a livelli regionale assicurando efficienza nell'attuazione delle politiche di prevenzione e nell'erogazione dei servizi sanitari. La prima accompagnerà i processi di diffusione e corretto uso della telemedicina, oltre ad ospitare una vetrina delle soluzioni di telemedicina.

La Piattaforma di Telemedicina Nazionale è caratterizzata, come mostra la figura sotto riportata, dai “servizi abilitanti” e dai “servizi minimi di telemedicina”. In particolare, i “servizi abilitanti” (Televisita, Telemonitoraggio, Teleconsulto e Teleassistenza) necessitano di essere implementati a livello nazionale, mentre i “servizi minimi di telemedicina” necessitano di essere implementati a livello regionale, dovendo raccordarsi in modo armonico con gli ecosistemi digitali specifici di ogni Regione.

FIGURA 13
Piattaforma di Telemedicina Nazionale - Modello logico-funzionale



La tendenza, come ad esempio nel caso della piattaforma TreC della provincia autonoma di Trento, è quella di adottare un'unica soluzione tecnologica su scala regionale, centralizzandone la gestione e l'integrazione con le diverse piattaforme digitali nazionali (ANA, SPID, CIE-CNS, PAGOPA, NSIS, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) e promuovendone l'interoperabilità con i sistemi informativi aziendali locali.

Nelle prestazioni di telemedicina tecnologicamente ed organizzativamente più complesse, come il telemonitoraggio e la teleriabilitazione, sono impiegati vari dispositivi elettronici in dotazione dei pazienti, che possono essere portatili, indossabili, ed a volte ambientali. Spesso lo scambio di dati tra questi dispositivi e le piattaforme centrali, aziendali o regionali, si basa su protocolli e formati standard (es. HL7, FHIR DICOM); altre volte invece i dispositivi utilizzano formati proprietari, che rendono le integrazioni con le piattaforme centrali tecnicamente più difficili ed economicamente più onerose. Le esperienze più mature di telemedicina mettono in evidenza la necessità di prediligere l'adozione di soluzioni tecnologiche e dispositivi elettronici basati su standard aperti. Solo in questo modo si rende possibile il riuso e lo scambio di informazioni tra piattaforme e dispositivi di fabbricanti diversi al fine di fornire servizi a distanza adeguati alle esigenze dei pazienti. Si rimanda, per gli opportuni approfondimenti, al documento "Linee guida per i servizi di telemedicina" e nello specifico alla relativa sezione: "Overview architetturale" del Decreto del 21 settembre 2022 pubblicato in GU Serie Generale n° 256 del 2 novembre 2022.

Nello stesso decreto, dal punto di vista tecnico-organizzativo, è prevista l'organizzazione di un Centro Servizi di raccordo con la Centrale Operativa per la corretta erogazione delle prestazioni di telemedicina più complesse. "Per ogni infrastruttura regionale di telemedicina deve essere prevista la presenza di uno o più "Centri Servizi", con compiti prettamente tecnici. Il Centro servizi, gestito prevalentemente da personale tecnico, si fa carico di tutti gli aspetti tecnologici, quali la manutenzione della piattaforma, la gestione degli account, l'help desk per tutti gli utenti presi in carico dall'infrastruttura regionale di telemedicina, il monitoraggio del corretto funzionamento dei dispositivi medici (compresa la gestione dei messaggi di alert di tipo tecnico), la formazione sull'uso dei dispositivi medici ai pazienti/caregiver, ecc. Al Centro servizi può, altresì, essere affidato il compito di distribuzione dei dispositivi medici al domicilio del paziente, la loro installazione, la manutenzione oltre che il ritiro e la sanificazione al termine del servizio".

Il ruolo del Centro Servizi, fondamentale in qualsiasi servizio di telemedicina, lo è ancora di più nel telemonitoraggio e nella teleriabilitazione, prestazioni che richiedono l'utilizzo di kit di dispositivi per la rilevazione dei parametri clinici e per l'esecuzione controllata di attività riabilitative, nonché dei sistemi per il trasferimento dei parametri alla Centrale Operativa. In funzione delle attività svolte dal Centro Servizi dovranno essere coinvolte professionalità tecniche quali ingegneri clinici, informatici, tecnici specialisti per le manutenzioni, addetti ai servizi di movimentazione delle attrezzature e di sanificazione.

Il fattore abilitante: i dispositivi medici

I dispositivi medici, intesi sia come *dispositivi elettronici* che, come *applicazioni software*, rappresentano ormai un binomio tra processi di cura e tecnologie sanitarie. La loro maggiore o minore facilità di utilizzo è in grado di condizionare profondamente i processi organizzativi, nella misura in cui possono essere progettati per l'utilizzo in autonomia da parte del paziente o con il supporto di un caregiver, permettendo quindi lo sviluppo di modalità concrete di *empowerment* e co-produzione e co-gestione del servizio reso.

La progettazione e l'utilizzo di dispositivi medici e di altre applicazioni software che trattano dati personali e relativi alla salute, del resto devono rispettare un insieme ampio di vincoli giuridici e di standard tecnici (destinazione d'uso, cybersecurity, privacy, ecc.). In particolare, i dispositivi medici devono rispondere ai requisiti previsti dal nuovo Regolamento europeo sui dispositivi medici MDR 745/2017 e, per i dispositivi medici per la diagnostica in vitro, il Regolamento IVDR 746/2017.

Le principali novità del Regolamento 745/2017 riguardano le applicazioni software (incluse le APP). Prima dell'entrata in vigore del MDR, infatti, buona parte delle applicazioni software utilizzate in ambito sanitario rientravano nella classe di rischio I (apposizione della marcatura CE senza intervento dell'organismo notificato), mentre oggi è necessario che i produttori si uniformino alle nuove regole di classificazione contenute nell'Allegato VIII "Regole di classificazione".

In sintesi, le applicazioni software destinate a far funzionare un dispositivo medico o a influenzarne l'uso rientrano nella stessa classe del dispositivo. Se l'applicazione software non è connessa con nessun altro dispositivo, è classificata separatamente. Per gli opportuni approfondimenti si rimanda all'ALLEGATO VIII - REGOLE DI CLASSIFICAZIONE - CAPO II e III del regolamento europeo 745/2017.

Il nuovo regolamento europeo spinge inoltre verso la messa in commercio di dispositivi medici sempre più sicuri, ponendo l'accento sull'usabilità, intesa come fattore umano ed ergonomia, e l'efficacia clinica (MedDev 2.7.1 rev. 4). Fatte queste premesse l'utilizzo sicuro e appropriato dei dispositivi medici deve tener conto anche dei seguenti fattori:

- destinazione d'uso dei dispositivi,
- setting di utilizzo,
- utilizzo in autonomia da parte del paziente o, se richiesto, il supporto di un caregiver,
- formazione del personale, paziente e/o caregiver,
- piani di manutenzione preventiva e correttiva.

Le norme di riferimento, riportate per completezza dell'analisi di contesto, non verranno approfondite in questa trattazione ma si rimanda ad esse per gli opportuni approfondimenti:

- MDR (Medical Devices Regulation) 745/2017: Nuovo Regolamento Europeo sui dispositivi medici (pienamente applicabile dal 26/05/2021);
- IVDR (In Vitro Diagnostic Medical Device Regulation) 746/2017: Nuovo Regolamento Europeo sui dispositivi medici per la diagnostica in vitro (in vigore dal 27 maggio 2022);
- Norma CEI EN 62304:2006 software per dispositivi medici - Processi del ciclo di vita del software;
- Norma EN ISO 14971:2012 Dispositivi medici - Applicazione della gestione dei rischi ai dispositivi medici;
- IEC 82304-1:2016: sicurezza e protezione dei prodotti software sanitari progettati per funzionare su piattaforme informatiche generali e destinati ad essere immessi sul mercato senza hardware dedicato (principalmente focalizzata sui requisiti per i produttori). Copre l'intero ciclo di vita, compresa la progettazione, lo sviluppo, la convalida, l'installazione, la manutenzione e lo smaltimento dei prodotti software sanitari;
- Norma IEC 60601-1 3° Edizione 2020 (Italiana Norma CEI 62-5): sicurezza di base e prescrizioni generali per la definizione di un processo di gestione del rischio dei dispositivi elettromedicali;
- Linea guida CEI 62-237 – Gestione del software e delle reti IT-medicali nel contesto sanitario;
- Linea Guida MEDDEV 2.1/6: classificazione dei software medicali stand alone;
- Norma CEI EN 80001-1 – Applicazione della gestione del rischio per reti-IT che incorporano dispositivi medici;
- MDCG (Medical Device Coordination Group) 2019-11 – Guidance on Qualification and Classification of Software in Regulation (EU) 2017/745 – MDR and Regulation (EU) 2017/746 – IVDR;
- MDCG 2019-16 Linee guida sulla sicurezza informatica per i dispositivi medici
- ISO 80001: Riconoscendo che i dispositivi medici sono incorporati nelle reti IT per ottenere benefici desiderabili (ad esempio, l'interoperabilità), definisce i ruoli, le responsabilità e le attività necessarie per la gestione del rischio delle reti IT che incorporano dispositivi medici per affrontare la sicurezza, efficacia e sicurezza dei dati e del sistema. Si applica a tutto il ciclo di vita delle reti IT che incorporano dispositivi medici;
- ISO 81001: Fornisce i principi, i concetti, i termini e le definizioni per il software sanitario e i sistemi IT sanitari, le proprietà chiave di sicurezza, efficacia e protezione, durante l'intero ciclo di vita, dal concetto alla disattivazione. Identifica i punti del ciclo di vita in cui si verificano i trasferimenti di responsabilità e i tipi di comunicazione multilaterale. Stabilisce concetti, terminologia e affronta aspetti specifici della sicurezza (compresa la privacy) del software sanitario e dei sistemi IT medicali;

- IEC 62366-1:2015: Usability - analizzare, specificare, sviluppare e valutare l'utilità di un dispositivo medico in relazione alla sicurezza. Può essere utilizzato per identificare ma non valutare o mitigare i rischi associati all'uso anomalo (Human Factor Engineering).

Modelli assistenziali data driven

Oltre che per la telemedicina le tecnologie ICT sono un fattore abilitante anche per il modello di sanità così detto data driven. In tali modelli, grazie all'impiego di tecnologie innovative quali i big data e l'intelligenza artificiale, i dati generati nel corso degli episodi di cura del singolo paziente sono raccolti in modo sistematizzato in cartelle cliniche elettroniche, dossier sanitari, e prossimamente nel Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, (Decreti del Ministero della Salute del 18 maggio 2022 e del 20 maggio 2022 pubblicati in GU Serie Generale n° 160 del 11 luglio 2022), per essere poi rielaborati e presentati in modo efficace ai team di cura al fine di supportare la presa di decisioni diagnostico-terapeutiche "più informate".

Nell'ambito della gestione delle cronicità, un esempio potrebbe essere quello dei cruscotti impiegati dal personale medico-infermieristico nel telemonitoraggio domiciliare, utilizzati per monitorare appunto l'andamento di una o più patologie ed intervenire ove necessario, sulla base dei dati, raccolti da dispositivi IoT e/o direttamente dal paziente, opportunamente elaborati e graficamente rappresentati.

I dati generati nel corso degli episodi di cura dei singoli pazienti possono anche essere aggregati ed utilizzati per analisi a livello di popolazione e per la modellazione di profili di rischio più o meno elevato di sviluppare e, nel caso delle cronicità, di veder progredire, una o più patologie. Tali profili possono poi essere utilizzati per attivare programmi mirati di prevenzione, nell'ambito della cosiddetta medicina di iniziativa

Altri ambiti più avanzati e specialistici possono essere ricondotti al modello della medicina delle 4 P - dove le 4 P stanno per preventiva, partecipativa, personalizzata, e predittiva - in cui, sempre sulla base di un approccio data driven, vanno ad assumere particolare rilevanza anche i dati genomici e dei biomarcatori molecolari.

È bene evidenziare che i sistemi di supporto alle decisioni nella cura del singolo devono essere concepiti ed utilizzati appunto come strumenti di supporto per gli operatori sanitari, cui è demandata la competenza dell'atto medico e la cui conoscenza, esperienza clinica, e capacità di ragionamento critico non può essere sostituita. È perciò bene che nel ciclo di sviluppo e di adozione di tali applicazioni sia sempre garantito il pieno coinvolgimento di tali operatori, come pure che siano sempre chiaramente esplicitati gli algoritmi più o meno sofisticati alla base delle elaborazioni e della costruzione dei cruscotti.

Nel contesto della sanità pubblica, d'altra parte, la produzione di modelli di stratificazione del rischio ed il loro utilizzo in interventi di medicina di iniziativa comportano un'inevitabile profilazione degli assistiti che, come anche più volte richiamato dal Garante per la protezione dei dati personali, richiedono l'adozione di particolari misure tecniche ed organizzative al fine di garantire la liceità dei trattamenti, ai sensi del Regolamento Generale sulla protezione dei dati (GDPR n 679/2016).

7.3 Aspetti correlati alla protezione dei dati e alla cybersicurezza

Il trattamento di dati personali e relativi alla salute, specie se effettuato con strumenti elettronici è soggetto a vincoli normativi a valenza europea, come il GDPR (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati n. 679/2016), e a valenza nazionale, il Codice per la protezione dei dati personali d.lgs. 196/2003 e s.m.i.

Le norme stabiliscono il principio che, in generale, è vietato trattare dati personali che rivelino informazioni relative alla salute⁸⁶. Tale divieto non si applica:

- quando il trattamento è necessario per finalità di medicina preventiva o di medicina del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale, ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri, o conformemente al contratto con un professionista della sanità, fatte salve le condizioni e le garanzie di cui all'art. 9, paragrafo 3, ossia che tali dati sono trattati da, o sotto la responsabilità di, un professionista soggetto al segreto professionale, conformemente al diritto dell'Unione o degli Stati membri, o alle norme stabilite dagli organismi nazionali competenti, o da altra persona anch'essa soggetta all'obbligo di segretezza conformemente al diritto dell'Unione o degli Stati membri o alle norme stabilite dagli organismi nazionali competenti (art. 9, secondo paragrafo, lettera g);

86 Art. 9, primo paragrafo, Regolamento Europeo 679/2016 "È vietato trattare dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona".

- quando l'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento dei suoi dati personali per una o più finalità specifiche (art. 9, secondo paragrafo, lett. a).

Inquadrate la base giuridica per la liceità dei trattamenti, va anche ricordato che tutte le strutture sanitarie autorizzate ad erogare servizi assistenziali devono offrire all'interessato informazioni ancora più dettagliate sui rischi specifici del trattamento operato quando gestiscono i seguenti dati:

- per fini di ricerca scientifica anche nell'ambito di sperimentazioni cliniche, in conformità alle leggi e ai regolamenti, ponendo in particolare evidenza che il consenso, ove richiesto, è manifestato liberamente;
- nell'ambito della teleassistenza o telemedicina;
- per fornire altri beni o servizi all'interessato attraverso una rete di comunicazione elettronica;
- ai fini dell'implementazione del fascicolo sanitario elettronico;
- ai fini dei sistemi di sorveglianza e dei registri di cui alla legge 17 dicembre 2021 n. 221.

Le strutture sanitarie quando progettano servizi di telemedicina o teleassistenza e trattano "a distanza" i dati personali dei cittadini attraverso dispositivi digitali, internet e altri sistemi tecnologici devono quindi:

- informare in modo chiaro e comprensibile i cittadini di tutti i rischi connessi all'utilizzo specifico (artt. 13 e 14 del GDPR, e artt. 77-78-79 del GDPR)
- adottare le misure di garanzia previste dall'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali (art. 2 septies e art. 32 del GDPR).

In questo quadro, in cui la circolazione delle informazioni è indispensabile per assicurare la continuità assistenziale e la presa in carico del paziente, nonché per l'operatività stessa dei servizi di telemedicina, garantire la sicurezza delle comunicazioni e dei dati trattati, è un aspetto essenziale.

Rafforzando i livelli di protezione dei dati personali si può rafforzare la fiducia dei cittadini nell'accedere ai servizi di sanità digitale e telemedicina.

Vista la centralità e sensibilità del dato sanitario occorre evidenziare l'importanza rivestita anche dai dati aggregati a livello aziendale, regionale e nazionale. Dal dato sanitario in forma aggregata è possibile derivare una conoscenza che può riguardare patologie di gruppi di individui o della collettività e che può essere sfruttata per interessi commerciali o geopolitici, utilizzando analisi predittive. Quindi la protezione del dato va letta come protezione dei gruppi e della collettività.

Come richiamato nell'art.51 del CAD, la cybersicurezza è un pilastro utile a garantire l'integrità dei dati, la riservatezza, la disponibilità e la continuità operativa dei sistemi. Peraltro, il settore sanitario e la gestione di servizi ICT sono oggetti alla Direttiva NIS 2 per la sicurezza delle infrastrutture critiche, recentemente entrata in vigore, quale aggiornamento della precedente Direttiva NIS, contestualmente abrogata.

Gli attacchi informatici subiti dalle aziende sanitarie negli ultimi anni sono ormai fatti di cronaca a testimonianza di una pregressa vulnerabilità strutturale del settore. Inoltre, la maggiore interconnessione tra sistemi informativi sanitari, la crescente disponibilità di servizi di sanità digitale e di telemedicina, come pure di *app* mediche e dispositivi medici connessi, hanno comportato una significativa estensione della superficie di attacco e minacce crescenti per la confidenzialità, integrità e disponibilità di dati personali e della continuità operativa dei sistemi. D'altra parte, per quel che riguarda le misure di contrasto e prevenzione agli attacchi cibernetici, va evidenziato l'importante lavoro che l'Autorità nazionale per la cybersicurezza (ACN) sta svolgendo non solo nell'affiancamento delle aziende sanitarie nella gestione degli incidenti e delle crisi, ma anche per gli interventi programmatici che sta attuando, in coordinamento con il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio e AGID. Tra questi è bene ricordare l'intervento a sostegno delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (AO) per la migrazione di dati e servizi applicativi verso il cosiddetto "cloud di stato" finanziato con i fondi del PNRR. Ricordiamo che, secondo le ultime indicazioni strategiche, la migrazione potrà avvenire verso l'infrastruttura del Polo strategico nazionale, verso altre infrastrutture adeguate della PA e/o verso altre soluzioni cloud qualificate.

Da evidenziare infine, sempre con riferimento alle attività di ACN ma in una prospettiva di medio termine, le attività di certificazione e vigilanza svolte dal Centro di Valutazione e Certificazione Nazionale su beni, sistemi e servizi ICT destinati ad essere impiegati su infrastrutture ICT ricomprese all'interno del Perimetro di Sicurezza Nazionale Cibernetica (PSNC). Ciò sia in una prospettiva strategica nazionale, che in relazione alla possibile evoluzione del Cyber Resilience Act, la proposta di legge europea che introduce nuovi requisiti per la produzione di device connessi e responsabilizza i produttori al fine di avere sul mercato esclusivamente prodotti tecnologici progettati seguendo elevati standard di sicurezza.

7.4 La ricognizione PON GOV Cronicità e la mappa delle buone pratiche sull'utilizzo di ICT e Telemedicina

Di seguito si riportano le esperienze mappate nell'ambito del progetto PON GOV Cronicità relative all'utilizzo di ICT e Telemedicina. Per un maggiore approfondimento delle singole esperienze si rimanda alle schede allegato al presente Manuale Operativo.

ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI / ABRUZZO	Presenza in carico domiciliare del diabete in età pediatrica on la telemedicina
ASL Pescara / Abruzzo	Desi-Digital Environment and monitoring System for patients Inclusion - UCCP di Scafa
Regione Calabria	Progetto Oberon. Modello per l'ospedalizzazione domiciliare di persone con disordini di coscienza
Regione Campania	Angelo Custode
ASL Caserta / Campania	Chronic Care Center
AOU Federico II	PERSONALISED ICT SUPPORTED SERVICES FOR INDEPENDENT LIVING AND ACTIVE AGEING (PERSILAA)
AUSL FERRARA / Emilia-Romagna	Sanità digitale in Carcere
AUSL DELLA ROMAGNA / Emilia-Romagna	Creazione del Centro di Assistenza e Urgenza della Casa della Comunità di Cervia
ASU Giuliano Isontina / Friuli Venezia-Giulia	Smartcare
ASL Latina / Lazio	Più Vita
AO San Giovanni Addolorata / Lazio	Telemonitoraggio - teleconsulto specialistico - telerefertazione/telecardiologia
AO San Giovanni Addolorata / Lazio	Televisite
ASL Roma 2 / Lazio	Curare@Casa Ospedale Virtuale
ASL Roma 4 / Lazio	Cohousing supportato per persone con disagio psichico e sociale
ASL Rieti / Lazio	Implementazione di attività cliniche in TELESALUTE nell'insufficienza respiratoria
ASST LODI - Ospedale Maggiore di Lodi - Distretti e Presidi Ospedalieri / Lombardia	Centrale di sorveglianza delle fragilità e cronicità - ASST LODI
ASUR - Distretto Area Vasta 1 / Marche	AREE INTERNE - 4.2a Gestione delle cronicità nelle aree interne. Infermiere di famiglia e di comunità - ICT - formazione
Regione Marche	SIRTE - Sistema informativo per la Rete del Territorio
ASL Cuneo 2 / Piemonte	Teledialisi
Regione Piemonte	Infrastruttura ICT abilitante federata
ASL TO3 / Piemonte	PDTA BPCO
Regione Piemonte	Infrastruttura ICT abilitante federata
Regione Puglia	COReHealth - Centrale Operativa Regionale delle Cronicità e delle Reti Cliniche
PA Trento	Piattaforma TreC - Ecosistema di sanità digitale
ASP Ragusa / Sicilia	IL MODELLO ASP DI RAGUSA CONNECTED CARE È GESTIONE DELLA CRONICITÀ
AUSL Toscana Centro / Toscana	Rete Clinica Programmata per le piccole isole
USL Toscana Nord Ovest / Toscana	Valutazione multidimensionale, teleconsulto multiplo per la condivisione periodica multiprofessionale e multidisciplinare dei piani assistenziali individuali e follow up proattivo di pazienti con multimorbosità complesse (JADECARE)
AUSL Valle D'Aosta / Valle D'Aosta	Proximity
Regione Veneto	Sperimentazione dell'APP Sanità km Zero (ricetta farmaceutica dematerializzata)

7.5 I fattori critici di successo

Dai casi esemplari presentati nel precedente paragrafo si possono desumere dei fattori critici di successo che possono essere di ispirazione per la replicabilità e scalabilità delle esperienze di telemedicina oggi emergenti in Italia.

In particolare, i fattori critici di successo della pratica eVISUS sembrano essere l'origine bottom-up dall'esperienza clinica ed assistenziale degli operatori, che ha consentito di sviluppare e adottare procedure aderenti alle dinamiche dei flussi di lavoro, la facilità di utilizzo della strumentazione da parte di pazienti senza alcuna conoscenza tecnologica, l'adozione di strumenti oggettivi di verifica dell'autonomia del paziente e la flessibilità del sistema che ne consente l'uso in luoghi e contesti clinici diversi.

I fattori critici di successo della pratica TreC comprendono invece la progettualità sistemica e l'aggancio ad un processo culturale di spinta all'innovazione digitale, favorita dell'adozione di una piattaforma open source, scalabile e modulare, che ben si adatta alla personalizzazione di programmi per la cura delle MCNT. Altro fattore di successo da non sottovalutare è legato alla previsione di un punto di riferimento fisico per la comunità in grado di rispondere alle esigenze della fascia meno digitalizzata della popolazione facilitandone la progressiva "familiarizzazione" con le nuove tecnologie e modalità di servizio.



8.

LA RETE DEI SERVIZI DELLE CURE INTERMEDIE

A cura di Domenico Scibetta, Pasquale Falasca, Renata De Maria, Stefania Mele



8.1 Aspetti definitori

Parlare di “rete delle cure intermedie” pone innanzitutto un problema semantico, stante la definizione non univoca che ne è stata data nel corso del tempo. A ricomporre le varie interpretazioni, interviene il **concetto di “rete”** in coerenza con la definizione ad essa data da Agenas⁸⁷, di “*modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell’appropriatezza clinica e organizzativa*”.

In tale definizione si ritrovano tutti i requisiti per la definizione della rete delle Cure Intermedie, non ultima la necessità di ricomprendere nel suo perimetro la necessaria integrazione sociosanitaria.

Un sistema, quindi, strutturato, integrato e orientato alla gestione dei processi assistenziali e che punta anche alla formazione del self-care e del family learning.

I primi nodi strutturali della rete vengono posti nel Piano Sanitario nazionale 2006-2008 che indica nell’Ospedale di comunità lo strumento di sviluppo delle **Cure Intermedie intese come punto di raccordo tra cure primarie e cure ospedaliere**. Il successivo PSN 2011-2013 sottolinea che “il potenziamento della rete assistenziale territoriale si dovrà avvalere della realizzazione di strutture territoriali di riferimento per l’erogazione dell’assistenza primaria (Case della Salute) e di strumenti di continuità delle cure e di integrazione ospedale-territorio, come l’attivazione di posti letto sanitari territoriali (Ospedali di comunità)”. Attorno a questi elementi verrà intrapreso in Italia il **percorso di creazione delle reti territoriali**, con successivi provvedimenti sia nazionali (per esempio il Piano Nazionale Cronicità) che di riorganizzazione nell’ambito dell’autonomia organizzativa delle Regioni.

Sono molte le definizioni di “cure intermedie” ma pur nella varietà delle diverse esperienze regionali, tutte le strutture che rientrano in tale definizione si connotano, a rigor di logica, per una **mission di natura “sanitaria”, cioè per dare assistenza a malati che hanno superato la fase acuta ospedaliera ma che non sono sufficientemente stabilizzati per rientrare a domicilio**. Ci si riferisce quindi a strutture sanitarie residenziali di degenza extra-ospedaliera ad alta intensità assistenziale, ma per garantire continuità assistenziale e reale presa in carico del cittadino, è importante che nella “rete” vengano **inclusi servizi quali per esempio l’Assistenza Domiciliare Integrata e le Cure Palliative**.

Ma, volendo prendere in carico la cronicità nei suoi percorsi extraospedalieri, dove i bisogni sfumano dal sanitario al sociale senza soluzione di continuità, diventa strategicamente importante sviluppare e consolidare una forte integrazione sociosanitaria le cui esperienze si sviluppino su diverse **dimensioni**, tutte contemporaneamente indispensabili:

- **Istituzionale**, attraverso forme strutturate di coinvolgimento e co-decisione di livelli istituzionali (nazionali, regionali, aziendali, comunali);
- **Programmatoria e Direzionale**, per l’adozione di strumenti unitari di programmazione previa definizione delle funzioni direzionali;
- **Organizzativa e Gestionale**, che trovi nella definizione di standard strutturali, tecnologici e organizzativi chiari riferimenti unitari, così come già avvenuto per le reti clinico-assistenziali ospedaliere;
- **Multiprofessionale** che implichi un lavoro di squadra multidisciplinare;
- **Comunitaria** che, con modalità partecipative, conduca alla attivazione di reti comunitarie e di prossimità.

Le cinque dimensioni dell’integrazione sistemica e strutturata aprono altrettanti campi di azione necessari all’esercizio congiunto delle funzioni pubbliche sanitarie e delle funzioni pubbliche sociali. L’esigenza di risposte appropriate e unitarie ai bisogni complessi di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale, conduce inevitabilmente ad una ulteriore evoluzione del concetto di rete territoriale. Oltre alle Case della Comunità, agli Ospedali di Comunità e ai Servizi domiciliari e residenziali, le riforme recate dal PNRR aprono finalmente il campo alla costruzione di veri e propri sistemi territoriali integrati che si svolgono lungo le intere materie sanitarie territoriali, sociosanitarie e sociali. Per raggiungere questo obiettivo occorre attivare in modo coerente, stabile e sistematico funzioni di tipo interistituzionale, azioni direzionali e programmatiche, attività multiprofessionali e gestionali, ricreando una forte e significativa relazione con le comunità locali. Di conseguenza le reti dei servizi non solo guadagnano maggiori ampiezze e complessità, ma acquisiscono anche una natura di integrazione sistemica e di forte orientamento alla codifica dei funzionamenti e dei processi che legano tra loro i diversi nodi strategici.

87 Tavolo istituzionale per la revisione delle Reti cliniche – seduta del 30 giugno 2016 – Agenas Linee guida per la revisione delle reti cliniche D.M.70/2015.

8.2 Gli elementi/dimensioni fondamentali

I **principali punti di snodo, funzionali e/o strutturali, della rete di assistenza primaria**, in linea con gli interventi previsti dalla Missione 6 Component 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” del PNRR” e dal disegno sulla nuova riorganizzazione dell’assistenza territoriale, possono essere riassunti come di seguito, ancorché in forma non esaustiva:

- L’accesso ai servizi attraverso Punti Unici di Accesso (PUA);
- l’importante ruolo di coordinamento nella transizione tra i diversi setting assistenziali svolto dalla COT (Fig. 16);
- il coordinamento tra assistenza sanitaria e sociale (integrazione sociosanitaria);
- l’integrazione con le dimissioni e ammissioni “protette” in ospedale;
- la connessione digitale tra strutture ospedaliere e tutte le strutture facenti parte della rete assistenziale per garantire la comunicazione costante e la condivisione del PAI tra i curanti, il paziente e i suoi caregiver;
- la ridefinizione dei ruoli delle diverse professioni sanitarie.

Seguendo l’evoluzione dei bisogni di salute e della loro crescente complessità, che sempre più interessano contemporaneamente caratteri sanitari, sociosanitari e sociali, è necessario chiamare in causa anche gli interventi recati dalle riforme previste dalla Missione M5C2 del PNRR ‘Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore’ che riguardano le persone anziane, le persone con non autosufficienza e le persone con disabilità. Ai fini della costruzione di reti territoriali orientate e integrate, appaiono di particolare rilievo le funzioni e i funzionamenti del Punto Unico di Accesso (PUA) oggetto della Legge 234/2021 (Art. 1, comma 163), definito nei contenuti dal Piano Sociale Nazionale (PSN) 2021.2023 e dal Piano Nazionale Non Autosufficienza (PNNA) 2022-2024, e disciplinato dalla Legge Delega 33/2023 (Articoli 3 e 4) e conseguenti decreti legislativi.

Il PNNA 2022-2024 definisce il percorso assistenziale integrato come un LEP di Processo (Punto 3.2.), ne individua le 5 macrofasi (Accesso - Prima Valutazione - Valutazione Multidimensionale - PAI - Monitoraggio) e fissa gli elementi organizzativi in relazione ai contenuti di riforma recati dalla Missione M6C1.

Il percorso assistenziale integrato è organizzato in cooperazione tra il sistema dei servizi dell’Ambito Territoriale sociale (ATS) e il complesso delle dotazioni del Distretto sanitario, anche in relazione con le azioni e le riforme recate dal PNRR M5C2 e M6C1. A questo scopo il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, le seguenti funzioni:

- l’accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate ‘Case della comunità’ e negli altri presidi ritenuti pertinenti e adeguati dalla programmazione locale.
- Presso i PUA operano équipe integrate che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell’individuo.
- Sulla base della valutazione dell’UVM, l’équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l’indicazione degli interventi modulati secondo l’intensità del bisogno.
- La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l’INPS.

In allegato al PNNA 2022-2024 è recato un Accordo di Programma, da stipulare a livello territoriale sotto la regia delle singole regioni, che lega il Distretto e l’ATS nella “collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità. L’articolo 9 - Sistema unitario di accesso e PUA - esplicita che ‘la funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario di ambito, che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle missioni 5 e 6 del PNRR. Il Punto Unico di Accesso rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari rivolta, in particolare, a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e interventi sociali. Il PUA è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi”.

Il Piano Sociale Nazionale (PSN) 2021-2023 ha già definito le tre articolazioni interne del PUA: Front Office (punto fisico di accesso); Back Office di I livello (prima valutazione di bisogni non complessi; Back Office di II livello (valutazione multidimensionale di bisogni complessi attraverso équipe multiprofessionali).

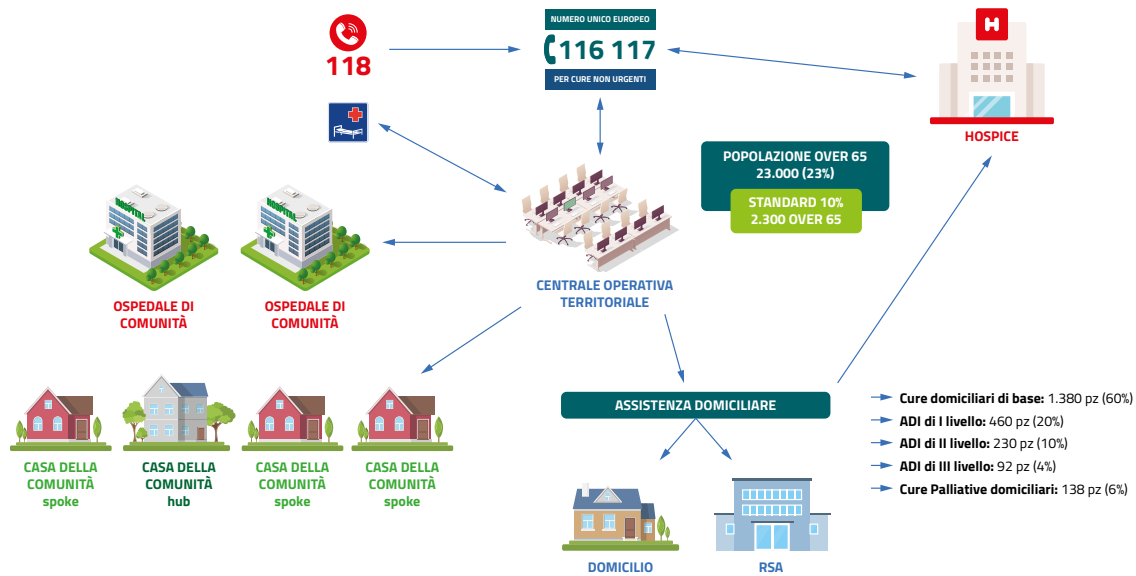
Emerge dunque un ulteriore snodo strategico della rete territoriale orientata e integrata, che è rappresentato dal PUA nelle sue tre ‘macrofunzioni’ di punto unitario di accesso fisico al sistema territoriale di ambito; di funzione unitaria di prima valutazione; di funzione unitaria di valutazione multidimensionale. Uno snodo strategico, strutturalmente legato ad un LEP di processo, che va posto nella Casa della Comunità e che impone una interazione coerente e codificata con tutti gli altri snodi cruciali del sistema territoriale: il Numero unico, la

Centrale operativa territoriale, l'insieme delle Case di comunità hub e spoke, le strutture e i servizi territoriali. Dal punto di vista delle reti territoriali orientate e integrate è dunque di primaria importanza identificare e formalizzare il sistema di interazioni che lega la COT con il PUA, inteso sia come punto fisico che come funzioni assistenziali integrate di valutazione; aspetto cruciale per il processo di presa in carico e per i percorsi assistenziali in caso di bisogni complessi di salute. A questo scopo non appare sufficiente la sola azione volta ad aggregare la figura professionale dell'Assistente Sociale alla dotazione organica della COT; le reti territoriali sono più complesse, si compongono sulla codifica dei processi di interazione tra i nodi e le connessioni che le compongono, e i PUA sono ormai parte integrante dei sistemi territoriali a rete.

Da sottolineare, quindi, come le relazioni strutturate tra centrali operative territoriali (COT), le UVM e il numero telefonico unico per la EU 116117, strumento di primo contatto con i servizi sanitari territoriali, rappresentino il meccanismo di presa in carico e di accesso alla totalità dei servizi territoriali in tutte le sue articolazioni.

Perno di questo nuovo sistema è il **Distretto** che ha il compito di coordinare i diversi servizi.

FIGURA 14
Il sistema organizzativo



DISTRETTO (100.000 ABITANTI)

Progettare il consolidamento della rete di cure intermedie comporta in primis un dimensionamento infrastrutturale uniforme nonché la definizione di standard di riferimento che siano fondati su sistemi di stratificazione dei bisogni (cfr. cap.4) e che rendano uniformi e appropriate le risposte di salute. Questa rete connette i **nodi** costituiti dalle strutture (Casa della Comunità, Ospedale di Comunità, Lungodegenze, Riabilitazione, ADI, RSA e Rete Cure Palliative, strutture del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, Strutture del Dipartimento Materno-infantile e della Neuropsichiatri Infantile) all'interno delle quali si svolge il percorso personalizzato di presa in carico che integra le risposte ai bisogni che raramente riguardano una sola dimensione (sanitaria, sociosanitaria, sociale). Le **maglie** della rete sono gli attori dell'assistenza (i professionisti, gli operatori sociosanitari, i caregiver e i pazienti), che esercitano le relazioni sociali e professionali fra loro (integrazione interprofessionale).

Le relazioni tra gli attori permetteranno di personalizzare l'assistenza primaria e, soprattutto, favorire le fasi di transizione da un setting all'altro, lasciando al paziente il tempo per ambientarsi e abituarsi alle esigenze che potrebbero essere emerse con il cambio di setting; alla famiglia il tempo per riadattare gli ambienti domestici; ai servizi sociosanitari il tempo per la riorganizzazione dell'assistenza, riducendo l'impatto, sociale ed economico, sia sui pazienti che sulle loro famiglie.

Il modello "Transitional Care", che programma e accompagna il paziente nell'attraversamento dei diversi setting assistenziali (cfr. cap.6), pone particolare enfasi nella rete delle Cure Intermedie e sociosanitarie, sottolineando come sia importante l'accesso alle cure intermedie mediante dimissioni protette che accompagnino i pazienti bed blockers verso nodi appropriati delle cure intermedie.



Nel potenziamento dell'assistenza territoriale disegnato dal PNRR⁸⁸ giocano un ruolo importante le Cure Intermedie, con l'obiettivo di fornire alla comunità di riferimento una rete di servizi intermedi (tra l'ospedale e il domicilio), con il rafforzamento dell'offerta degli **Ospedali di Comunità**⁸⁹: strutture sanitarie a gestione infermieristica e monitorate dai MMG, destinate ad accogliere pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o della riacutizzazione di condizioni croniche, necessitano di interventi sanitari clinici a bassa intensità e di breve durata⁹⁰.

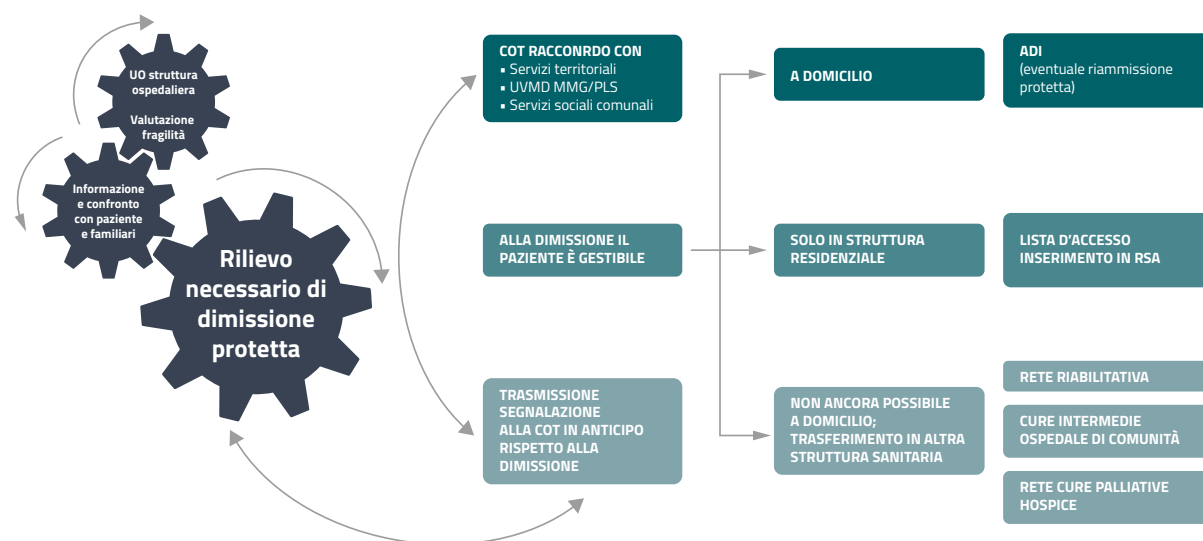
Il **concetto di dimissioni protette** si inserisce nella mutata epidemiologia dei pazienti ricoverati che presentano condizioni di crescente disabilità, multimorbilità, politerapia farmacologica ed alto rischio per cadute, fratture, allettamento e perdita di autonomia. La transizione da un'assistenza h24 ad un livello assistenziale ridotto crea difficoltà e frammentazione dei processi di cura ed assistenza in pazienti multiproblematici e non autosufficienti sotto il profilo sociosanitario, generando un carico assistenziale gravoso cui le famiglie, in ragione dell'evoluzione sociale, sono sempre meno in grado di far fronte.

L'attivazione di percorsi di dimissioni protette richiede:

- la conoscenza del Protocollo da parte di tutti gli operatori che vi prenderanno parte, garantita attraverso incontri o momenti formativi per il personale a cura delle singole strutture;
- l'identificazione degli operatori territoriali ed ospedalieri responsabili del percorso, al fine di facilitare la comunicazione tra ospedale e territorio;
- la chiara individuazione delle attività di competenza di tutti gli attori.

La dimissione protetta dall'ospedale può, in base alle condizioni cliniche del paziente e dei servizi attivi sul territorio, prevedere (Fig. 15) il rientro al domicilio, attivando un percorso di cure domiciliari; il ricovero presso una struttura residenziale o il trasferimento presso altra struttura sanitaria.

FIGURA 15
La dimissione protetta – flussi



Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia⁹¹.

La dimissione protetta con l'attivazione delle cure domiciliari può prevedere anche una eventuale successiva **ammissione protetta** per il completamento dell'iter diagnostico terapeutico. Tipicamente pazienti

88 Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) vedi par. 3.2. Indirizzi del piano nazionale di ripresa e resilienza.

89 Previsto già peraltro dall'art. 10.1 del [Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70](#) "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e rafforzato dall'Accordo Stato-Regioni del 20/02/2020 ([Repertorio atti n. 17/CSR](#)).

90 Una descrizione organizzativa esauriente è presente in "Ospedale di comunità – rafforzare l'assistenza intermedia e le sue strutture" [Monitor 45 - 2021](#).

91 [Art. 22.Cure domiciliari, Capo IV assistenza sociosanitaria - DPCM 12 gennaio 2017](#) "Definizione e aggiornamento dei LEA".

particolarmente fragili possono avere necessità di accesso alla Struttura secondo modalità concordate per:

- approfondimenti diagnostici;
- interventi finalizzati al soddisfacimento dei bisogni di base (es. posizionamento di catetere venoso centrale o gastrostomia endoscopica percutanea);
- terapie non gestibili a domicilio.

Anche le cure domiciliari sono state oggetto di nuove norme sulle procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento⁹² e di potenziamento, indicato nel PNRR, che prevede la presa in carico del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni entro la metà del 2026. L'investimento del PNRR, in particolare, mira a:

- identificare un modello condiviso per le cure domiciliari che sfrutti le nuove tecnologie;
- realizzare un sistema informativo territoriale⁹³;
- attivare Centrali Operative Territoriali (COT), con la funzione di coordinamento;
- supportare i pazienti con malattie croniche con telemedicina e telemonitoraggio.

L'investimento 1.2 (Casa come primo luogo di cura e telemedicina) è integrato con gli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5. "Infatti, solo attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati".

La **riabilitazione** è un processo di soluzione dei problemi e di educazione dove si accompagna la persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile, sul piano fisico, funzionale, sociale, cognitivo e relazionale⁹⁴. Il SSN garantisce, in regime di ricovero ospedaliero, le prestazioni di riabilitazione intensiva dirette al recupero di disabilità importanti, di prestazioni di riabilitazione estensiva a soggetti disabili non autosufficienti e prestazioni di lungodegenza post-acuzie che hanno bisogno di trattamenti sanitari rilevanti con sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nella misura di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la **lungodegenza post acuzie** (di cui almeno 0,2 per la lungodegenza)⁹⁵.

Il regime di erogazione può essere di tipo ambulatoriale/day service, in assistenza domiciliare, semiresidenziale, residenziale (anche con la teleriabilitazione). Per coordinare i diversi setting assistenziali, si ritiene opportuno identificare un soggetto responsabile della organizzazione e gestione del percorso riabilitativo per mezzo del Piano Riabilitativo Individuale (PRI). All'interno delle Casa di Comunità possono essere ricompresi posti letto di cure intermedie (Ospedali di Comunità e post-acuti) e/o posti letto di hospice e/o servizi di riabilitazione e mantenimento funzionale.

Il DPCM dei nuovi LEA-2017 assicura l'assistenza sociosanitaria **residenziale** e **semiresidenziale** alle persone non autosufficienti, nella fase terminale della vita, ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico, alle persone con disturbi mentali, disabilità e dipendenze patologiche⁹⁶. I punti di forza, le metodologie e gli strumenti per la riorganizzazione dei servizi sul territorio e l'integrazione sociosanitaria sono stati analizzati dall'AGENAS⁹⁷ ed integrati dalle riforme, previste dal PNRR, per favorire la permanenza a domicilio, nell'ottica della deistituzionalizzazione⁹⁸.

La **rete delle cure palliative** è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in hospice. La legge 38/2010 rappresenta un traguardo importante per la diffusione e l'implementazione delle cure palliative e della terapia del dolore nell'ambito sanitario e sociale e le recenti disposizioni legislative hanno dato ulteriore impulso. L'art. 35 della legge 106/2021 fissa i termini per la definizione di tariffe nazionali per la remunerazione delle prestazioni di cure palliative nei vari ambiti. L'accordo Stato-Regioni del 2020⁹⁹ stabilisce l'introduzione di

92 [Repertorio atto n. 151/CSR del 04/08/2021 "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari"](#).

93 [Il Mattone 13 - Assistenza primaria e prestazioni domiciliari ha definito un sistema di classificazione delle prestazioni di assistenza primaria e di assistenza domiciliare e individuato i flussi informativi necessari](#).

94 [Repertorio atto n. 124/CSR del 04/08/2021 "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione"](#).

95 [Art. 44. Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei LEA"](#).

96 [DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei LEA" articoli dal n.30 al n.35](#).

97 [AGENAS - Linee guida organizzative e raccomandazioni per l'articolazione delle reti clinico-assistenziali che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale - Marzo 2019 - Punti di forza per la riorganizzazione territoriale](#).

98 [Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Riforma 1.1: Legge quadro per le disabilità e 1.2: Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti](#).

99 [Repertorio atto n. 118/CSR del 27/07/2020 "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38"](#).



un sistema di accreditamento della rete di cure palliative, per il governo clinico dei percorsi di cura e per l'assistenza, attraverso un'organizzazione che si modelli sui bisogni del paziente, sempre pronta ad adattarsi alle necessità mutevoli del malato e della sua famiglia, a garanzia dell'equità e dell'uniformità di accesso alle cure palliative e della continuità dell'assistenza. Significativa, inoltre, è la recente istituzione della Scuola di specializzazione in Medicina e Cure Palliative, a decorrere dall'anno accademico 2021-2022, che ha colmato un importante vuoto formativo¹⁰⁰.

Si rende necessaria, quindi, a fianco della ridefinizione dei ruoli delle diverse professioni sanitarie (Infermiere di Famiglia e Comunità, Unità Speciale di Continuità Assistenziale), una poderosa azione di **formazione del personale** coinvolto nell'Assistenza primaria, per "garantire un rafforzamento delle competenze digitali e manageriali del personale sanitario" (PNRR M6C2.2).

La tutela della salute è sancita dall'articolo 32 della Costituzione italiana come "diritto fondamentale dell'individuo e interesse della comunità" e l'obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale è quello di avvicinare questi principi luminosi della Costituzione alla vita reale delle persone. Tale diritto va tutelato ancora di più nel periodo di fine vita, continuando a garantire cura e assistenza e salvaguardando dignità e umanità della persona¹⁰¹.

8.3 La ricognizione del PON GOV Cronicità e la mappa delle buone pratiche inerenti ai servizi di cure intermedie

Di seguito si riportano le esperienze mappate nell'ambito del progetto PON GOV Cronicità relative ai servizi di cure intermedie. Per un maggiore approfondimento delle singole esperienze si rimanda alle schede allegato al presente Manuale Operativo.

Regione Calabria	Progetto Oberon
Regione Campania	Angelo Custode
ASU GIULIANO ISONTINA / Friuli Venezia-Giulia	Smartcare
ASL Roma 2 / Lazio	Curare@casa _ Ospedale Virtuale
ASL Roma 4 / Lazio	Cohousing supportato per persone con disagio psichico e sociale
ASL Rieti / Lazio	Implementazione di attività cliniche in TELESALUTE nella insufficienza respiratoria
ASST Lodi / Lombardia	IMPLEMENTAZIONE DELLA CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA INTEGRATA NELL'ASST DI LODI
ASUR - Distretto Area Vasta 1 / Marche	AREE INTERNE - 4.2a Gestione delle cronicità nelle aree interne. Infermiere di famiglia e di comunità - ICT – formazione
Regione Piemonte	ASL To3 - ASL No - ASL Cn2 - ASL Città di Torino, Definizione e implementazione di modello sperimentale di Centrali Operative Territoriali
PA Bolzano	Masterplan Chronic Care - Piano per il potenziamento e l'armonizzazione dell'assistenza alle persone affette da patologie croniche nella Provincia Autonoma di Bolzano 2018-2020
Regione Sardegna	Dimissione protetta integrata
ASP Ragusa / Sicilia	IL MODELLO ASP DI RAGUSA CONNECTED CARE È GESTIONE DELLA CRONICITÀ
AUSSL UMBRIA N. 1 / Umbria	Costituzione delle COT per dimissioni protette
Regione Veneto	Cure Domiciliari

¹⁰⁰ Decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

¹⁰¹ Presentazione on. Roberto Speranza alla "Raccolta normativa, Legge 15 marzo 2010 n. 38 e provvedimenti normativi – aggiornamento al 31 dicembre 2020", febbraio 2021 (Ministero della Salute, a cura di Maria Donata Bellentani, Daniela Furlan, Gianlorenzo Scaccabarozzi).

8.4 I fattori critici di successo

AA conclusione dell'analisi svolta e valorizzando quanto emerso dallo studio delle esperienze regionali, si condividono e si mettono a fattor comune alcuni fattori strategici abilitanti e trasversali tra cui:

- **L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA:** la propulsione dell'Amministrazione è essenziale per ancorare alla programmazione regionale le azioni condivise tra i diversi attori del sistema, puntando sulla riorganizzazione della filiera dei servizi territoriali, snodo fondamentale per una reale integrazione sociosanitaria;
- **La progettazione della rete delle strutture intermedie fondata sulla STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE:** come descritto nel capitolo 4, è la chiave per la prevenzione, la medicina di iniziativa e il governo delle condizioni a lungo termine. Le esperienze ci insegnano l'importanza di definire con precisione le fasi di campionamento ed arruolamento della popolazione per consentire un'adeguata numerosità e garantire l'efficacia dei progetti;
- **L'INNOVAZIONE DEI MODELLI DI SERVIZIO basata sulla trasformazione digitale** che non si esaurisca nella semplice dematerializzazione dei processi di cura, ma comporti una riprogettazione dei servizi che abbiano come caratteristica la interoperabilità delle infrastrutture digitali; riprogettazione che necessita, quindi, dello sviluppo di competenze specifiche di *service design*. Nel caso della Regione Veneto, ad esempio, lo sviluppo del sistema informativo integrato è avvenuto tramite un'attività mirata di mappatura dei processi della continuità assistenziale e attraverso un documento di analisi dei requisiti funzionali che il software unico deve avere (mappature delle cartelle ADI, definizione pathway di processo, implementazione cruscotto ADI). La parte informatica, in quest'ottica, è a pieno titolo diventata supporto strumentale per la parte organizzativa e di processo e parte integrante del modello per la valenza degli interventi realizzati;
- **FORMAZIONE E SVILUPPO DI NUOVE COMPETENZE (CAPACITY BUILDING)** ed un ripensamento dei ruoli nella presa in carico dei pazienti che si accompagna a processi formativi su temi ancora scarsamente sviluppati (competenze digitali e intelligenza artificiale, Data Analysis, coaching, benchmarking, HTA etc.). Interessante si è dimostrata, in alcune esperienze, l'attivazione, nella definizione dei piani assistenziali individuali, di gruppi di lavoro specifici con il coinvolgimento di tutti gli specialisti di riferimento (medici diabetologi ed internisti, sia di appartenenza territoriale che ospedaliera, di medici di medicina generale, infermieri, dietisti, di esperti della medicina dello sport, di direttori di distretto e di farmacisti) che permette l'aderenza dei piani ai reali fabbisogni dei pazienti e una reale e concreta valorizzazione di tutti i professionisti della rete;
- **VALORIZZAZIONE DELLA "RISORSA" PAZIENTE IN UNA VISIONE DI ENGAGEMENT:** le esperienze ci insegnano la necessità di definire le procedure aziendali per promuovere il coinvolgimento del paziente nella definizione del PAI e nella gestione dei bisogni assistenziali e per sostenere la formazione all'educazione terapeutica e addestramento della famiglia/caregiver). Questo consente realmente l'empowerment del paziente, al centro delle sue cure, costantemente informato e partecipe nel processo decisionale e di cura;
- **VALORIZZAZIONE DELLA COMPETENZA INFERMIERISTICA:** l'esperienza del Friuli - Venezia Giulia ha mostrato come sia possibile ridurre i giorni di degenza attraverso un mirato aumento delle risorse infermieristiche territoriali e con l'ausilio di un sistema di telemonitoraggio domiciliare. La Regione Veneto, in particolare, ha definito un percorso di formazione regionale per lo sviluppo di una competenza avanzata degli infermieri negli ambiti della continuità delle cure per intervenire nel processo di transizione di assistiti con elevata complessità assistenziale, tra ospedale e territorio e viceversa. Gli orientamenti relativi alla riforma dell'assistenza territoriale, in connessione con le indicazioni e i progetti del PNRR, ne valorizzano la funzione di presenza continuativa e proattiva nella comunità territoriale di riferimento facilitando il percorso della presa in carico e della continuità dell'assistenza, favorendo l'integrazione e la collaborazione tra le figure professionali e i servizi sociosanitari presenti sul territorio;
- **COLLEGAMENTO FUNZIONALE CON LE EQUIPE OSPEDALIERE E GLI SPECIALISTI TERRITORIALI** (teleconsulto, televisita, telemonitoraggio): come descritto nel capitolo 7, la telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria e consente l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari a distanza attraverso l'uso dei dispositivi digitali. Si tratta di una grande opportunità da valorizzare e implementare. In Regione Calabria, ad esempio, l'ospedalizzazione domiciliare delle persone in Stato Vegetativo (SV) e Stato di Minima Coscienza (SMC) è stata possibile attraverso l'ottimizzazione dei protocolli esistenti e l'implementazione delle nuove tecnologie nelle strutture per Stati Vegetativi; attraverso strumenti di telemedicina e reti di operatori opportunamente formati; il coordinamento delle equipe che operano in remoto tramite le attività di teleconsulto e telemonitoraggio con il coinvolgimento de I caregiver e/o gli altri familiari;

TABELLA 5

Principali indicatori NSG di riferimento per le "Cure Intermedie". Fonte Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) di cui al DM 12 marzo 2019 «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria», pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed operativo dal 1° gennaio 2020.

MACRO-AREA	INDICATORI NSG
Assistenza domiciliare	D20Z: Tasso di pazienti seguiti a domicilio con coefficiente di intensità assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente
	D22Z: Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) – Indicatore core
	D23Z: Tasso di PIC (Preso in carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
Cure palliative e terapia del dolore	D32Z: Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica
Assistenza residenziale e semi-residenziale	D33Z: Numero di assistiti residenti di età >75 aa presenti nelle strutture residenziali, distinte per tipologia di trattamento (R1, R2, R3) ogni 1.000 abitanti – Indicatore core
Riabilitazione	H14C: Percentuale di ricoveri di riabilitazione post-acuti inappropriati dal punto di vista clinico (in attesa di Decreto)



PARTE IV: DIMENSIONAMENTO E CHANGE MANAGEMENT

9.

DIMENSIONAMENTO DEI SERVIZI E DELLA CAPACITY DI PERSONALE E LOGISTICA

A cura di Francesco Longo, Francesco Enrichens, Paolo Michelutti, Emilio Chiarolla, Domenico Scibetta



9.1 Il dimensionamento dei servizi e della capacity produttiva

Il dimensionamento dei servizi riguarda la precisa programmazione del mix di utenti attesi, della loro numerosità e dell'intensità assistenziale media che si intende garantire (frequenza e durata delle prestazioni). Il dimensionamento dei servizi correla con la programmazione della capacity produttiva, ovvero il personale, le tecnologie e le infrastrutture dedicate a un servizio e ai relativi utenti, da cui discende il costo e la spesa dei servizi stessi¹⁰². Il dimensionamento dei servizi (mix e numerosità degli utenti e relativa intensità assistenziale) e della capacity produttiva (personale, tecnologie e spazi) è il cuore di approcci come la programmazione e controllo della produzione e la gestione operativa - operation management¹⁰³. Questi approcci si sono progressivamente imposti nell'ambiente ospedaliero, soprattutto in ambito chirurgico, dove la numerosità degli interventi, la loro complessità e durata, deve correlare con gli slot di sala operatoria e il necessario personale e disponibilità di device.

I servizi territoriali del SSN sono storicamente poco familiari ad approcci di dimensionamento e di gestione operativa, prevalendo logiche valoriali e modellistiche astratte: questa è una delle possibili spiegazioni per l'insufficiente tasso di successo attuativo e soprattutto della difficoltà a rendicontare cosa si è prodotto¹⁰⁴.

Una delle cause della difficoltà a adottare schemi di dimensionamento nei servizi territoriali, oltre l'estraneità culturale di questi strumenti, è l'impatto che hanno sulle politiche sanitarie locali o di distretto. La gestione operativa, fisiologicamente, mostra in modo robusto e inequivocabile la distanza tra i bisogni (soprattutto sui target cronicità e fragilità) e la capacità produttiva disponibile¹⁰⁵. Questa distanza è spiegata dalla prevalenza imponente (40% popolazione) della cronicità e fragilità, per cui strutturalmente le società occidentali sono in difficoltà a disporre di tutta la capacità produttiva necessaria, non solo per problemi finanziari, ma anche per la difficoltà a trovare sul mercato professionisti sanitari ancora disponibili. La conseguenza di questo è che la gestione operativa rende espliciti i trade off di scelta, ovvero la necessità di definire delle priorità per il SSN: di quali pazienti ci occupiamo per primi o prevalentemente; quale equilibrio tra numerosità dei pazienti seguiti e intensità assistenziale offerta; come bilanciare fisico con digitale nell'erogazione dei servizi, ecc. Questi trade off sono dolorosi e difficili da sciogliere: la programmazione del dimensionamento li rende espliciti e ineludibili. Adottare logiche di dimensionamento dei servizi e della relativa capacità significa pertanto costruire una esplicita definizione delle priorità dei servizi locali del SSN. In sintesi, il dimensionamento dei servizi, delle risorse e degli operatori segue l'elaborazione delle visioni e delle priorità del SSN e la progettazione dei modelli di servizio, per una attuazione efficace e realistica.

9.2 Le variabili fondamentali del dimensionamento dei servizi e della capacity produttiva

La gestione operativa programma simultaneamente il dimensionamento dei servizi per gli utenti e della capacità produttiva del personale, delle tecnologie e degli spazi necessari, in coerenza alle risorse disponibili. Il dimensionamento, in altri termini, programma e controlla l'equilibrio tra servizi offerti e capacità erogativa installata e finanziabile¹⁰⁶. Ovviamente l'equilibrio tra i servizi e la capacità produttiva installata può essere costruito in modi diversi. Si può offrire una intensità assistenziale modesta a molti pazienti, oppure un'alta intensità assistenziale a pochi pazienti. Si può erogare tutto con una produzione tradizionale oppure delegare parte delle funzioni di cura all'empowerment e alla co-production dell'utente stesso sostenuto da supporti digitali garantiti nella loro efficacia, in modo da ridurre il costo medio per assistito e aumentare quindi il numero di utenti seguiti. Anche sul lato della capacity produttiva, si possono ottenere equilibri diversi a seconda del mix di personale che si usa o di combinazione tra macchine e personale. Se alcune funzioni assistenziali passano da personale medico a personale delle professioni sanitarie, a pari spesa, si aumenta del 250% il minutaggio disponibile di personale.

Il dimensionamento dei servizi correla cinque variabili fondamentali:

- 1) Il numero dei pazienti presi in carico;
- 2) Il mix dei pazienti (quali patologie e quali stadi di patologia);

102 Langaber J.R. (2008), *Health Care Operations Management*, Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.

103 Davies C., Walley P. (2000), "Clinical governance and operations management methodologies", *International Journal of Health Care Quality Assurance* 13(1), pp.21-26.

104 Fenech L., Lega F., Prenestini A. (2017) "Il grado di diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa nelle aziende sanitarie del SSN: un'analisi empirica", in Cergas Bocconi, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2017*. Milano, Egea.

105 Fenech L., Lega F., Prenestini A. (2018) "L'Operations Management nelle aziende pubbliche del SSN: da work in progress a work on process", in Cergas Bocconi, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2017*. Milano, Egea.

106 Cifalinò A., Villa S. (2016). *La gestione dei flussi logistici nell'assistenza territoriale: modelli e driver di cambiamento*. Mecosan.



- 3) l'intensità assistenziale garantita per tipologia di pazienti (frequenza, durata e standard tecnologico delle prestazioni);
- 4) il mix tra produzione diretta e co-produzione autonoma dell'utente o del suo caregiver;
- 5) il tasso di copertura del bisogno epidemiologico presente.

Si tratta di un algoritmo che garantisce numerose soluzioni possibili di equilibrio interno, che discendono dalle scelte di priorità locale che si adottano, di norma appannaggio del middle management (direttori di distretto, di dipartimento cure primarie, coordinatori case della comunità, ecc.) e dei professionisti, in assenza di chiare indicazioni di policy sovraordinate. L'obiettivo dell'algoritmo quantitativo è di rendere visibili e quindi esplicite queste scelte di priorità al middle management e ai clinici, di norma invece implicite e quindi non del tutto consapevoli.

Il dimensionamento della capacity produttiva correla 5 variabili fondamentali che determinano la spesa che ha fisiologicamente limiti massimi difficilmente superabili nel SSN:

- numerosità del personale;
- mix del personale (medici, personale delle professioni sanitarie, OSS, amministrativi);
- tipologia contrattuale del personale (dipendente SSN, convenzionato, LP, soggetto privato accreditato);
- le tecnologie installate e il loro tasso di utilizzo;
- gli spazi e le facility utilizzate.

Anche in questo caso siamo di fronte un algoritmo che garantisce numerose soluzioni possibili di equilibrio interno, che discendono dalle scelte di priorità locale che si adottano, di norma appannaggio del middle management, in dialettica soprattutto con gli stakeholder interni dell'azienda.

Ovviamente i due dimensionamenti, servizi e capacity, devono essere in equilibrio tra di loro, nei vincoli della sostenibilità aziendale e del SSN.

9.3 Un modello di dimensionamento territoriale

Fermo restando gli standard per l'assistenza territoriale definiti nel DM 77/22, *l'analisi sul personale del SSN*, basata su dati del Ministero dell'economia e delle finanze (Conto annuale - 2020), del Ministero della salute, Istat ed Eurostat (2019-2021) e su rilevazioni OCSE (2020), pubblicata da Agenas ad ottobre 2022 e *la metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, per gli anni 2022, 2023 e 2024*, approvata in Conferenza Stato-Regioni il 21 dicembre 2022, che comprende anche gli standard per l'assistenza territoriale dei servizi salute mentale adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e salute in carcere, il modello¹⁰⁷ che viene ora presentato si propone esclusivamente quale esercizio di dimensionamento, mediante utilizzo di logiche di *operations management* nei *setting* territoriali delle cure primarie.

L'obiettivo è di stimarne la capacità necessaria - in termini di mix e di volumi di operatori sanitari - per una presa in carico universalistica delle principali patologie croniche coerenti a questo *setting* e in secondo luogo di calcolare il gap rispetto alla capacity produttiva esistente (dotazione di professionisti disponibile nel SSN). L'obiettivo del modello è l'analisi della coerenza tra la dotazione del personale medico ed infermieristico nei *setting* territoriali di cure primarie, in prospettiva le Case della Comunità, e i carichi di lavoro che permettono una presa in carico universalistica del paziente cronico.

Si tratta di un modello di calcolo del dimensionamento e della capacity replicabile in tutti i contesti territoriali del SSN. Esso può essere usato sia in modo retrospettivo per analizzare la situazione AS IS di un distretto, di una CdC, di una AUSL, sia in modo prospettico per programmare i dimensionamenti futuri dei servizi e della capacity, alla luce delle risorse disponibili.

Il modello è popolato con delle stime di frequenza degli accessi alle prestazioni e della loro durata frutto di un panel di 15 professionisti accreditati nel sistema come esperti nel campo delle cure primarie e della cronicità nell'ambito di un processo di pianificazione regionale delle cure intermedie della RER. Il panel si è riunito 6 volte nel periodo fine 2017- inizio 2018 con riunioni della durata di 4 ore. Il modello usa i dati ISTAT sulla prevalenza della cronicità, utilizzati per il calcolo dei cluster di pazienti.

107 Longo F., Zazzerà A., *Operation management delle cure primarie: quali standard di servizio per servire l'intera popolazione cronica?* (2018) pp 55-73, Mecosan, ISSN: 1121-6921 vol 108

La seguente tabella rappresenta graficamente le caratteristiche del modello. Sulle righe sono indicate le diverse categorie di pazienti cronici. Sulle colonne le tre categorie professionali coinvolte nella presa in carico della cronicità: MMG, SAI e infermieri case manager (es. IFoC). Le caselle indicano la frequenza e la durata degli accessi alle prestazioni da parte dei pazienti e conseguentemente l'impegno di tempo per figura professionale.

TABELLA 6

Il modello di analisi. Elaborazione Longo e Zazzera (2018)

		CATEGORIA DI PROFESSIONISTI			
PAZIENTI		MMG/SPECIALISTA/INFERMIERE			
Cluster della cronicità	Num. Pazienti	Num. Visite Mese	Num. Prestazioni	Tempo Visita	Tempo Lavoro (in ore)
CATEGORIA DI PAZIENTI	Mono patologici				
	Pluri patologici				
	Long Term Care				
	Fine Vita				
			1. Tot. Tempo Lavoro necessario per copertura universalistica cronicità (in ore)		
		2. Fabbisogno di FTE per copertura universalistica (hp ipotesi 120 ore al mese di visite per FTE)			
		3. Capacity di personale AS IS			
		4. Delta personale TO BE per raggiungere il fabbisogno di FTE per copertura universalistica (2)			

In particolare, i cluster di pazienti rappresentano con diversa intensità vari livelli di bisogni assistenziali che necessitano di logiche di prese in carico della cronicità da parte dei servizi territoriali e della Casa della Comunità in particolare.

Vengono identificate quattro categorie:

- pazienti cronici mono patologici;
- pazienti pluri cronici patologici;
- pazienti anziani non autosufficienti (long term care);
- pazienti che necessitano di assistenza per il fine vita.

I pazienti cronici mono patologici rappresentano il livello di complessità assistenziale minore, in quanto hanno una sola patologia cronica spesso in stadio iniziale e si rivolgono ai servizi di cure primarie perlopiù per finalità di controllo e verifica di aderenza alla terapia e per ottenere le ricette autorizzative per farmaci, visite e diagnostica di base. I pazienti pluri cronici patologici, invece, presentano più di una patologia cronica e hanno bisogni assistenziali crescenti come, ad esempio, la necessità di coordinare i percorsi di cura. I pazienti del terzo cluster (persone anziane non autosufficienti) rappresentano uno stadio di complessità assistenziale più elevato a causa delle loro condizioni maggiormente fragili e di una combinazione di bisogni diversi, che spesso necessitano di coordinamento sanitario e sociale, che sul terreno reale significa integrazione tra prevalente spesa pubblica per la sanità e prevalente spesa delle famiglie per l'assistenza.

Per identificare il numero di pazienti necessario al calcolo del fabbisogno sono state utilizzate le percentuali di prevalenza sulla popolazione italiana derivante dai dati ISTAT del 2017. La percentuale è stata poi applicata ad un bacino di utenza medio di 60.000 persone. L'esercizio non cambia il suo razionale se venisse simulato, per esigenze di altri territori, su bacini di utenza diversi, più piccoli o più grandi, ricalcolando simultaneamente i pazienti presenti e le dotazioni di professionisti sanitari del SSN.

I dati relativi alla prevalenza dei quattro cluster di pazienti identificati sono:

- Mono patologici (Persone con una malattia cronica): 19% della popolazione residente;
- Pluri patologici (Persone con almeno due malattie croniche): 21% della popolazione residente;
- Long Term Care (Persone non autosufficienti): 5% della popolazione residente (sottratta al cluster pluri-patologico, di cui rappresenta un sottoinsieme);
- Fine Vita (Calcolato su dati di mortalità annua): 1% della popolazione residente.

Il modello assume che MMG, infermieri e medici specialisti dedichino 120 ore al mese esclusivamente ai pazienti cronici, ovvero 30 ore la settimana, cioè 6 ore al giorno.

Il modello propone il dimensionamento necessario per ogni figura professionale per la presa in carico universalistica dei diversi cluster di pazienti cronici, moltiplicando frequenze delle visite/prestazioni con la loro durata e moltiplicandolo a sua volta con la numerosità di pazienti presenti in ogni cluster.

In questo modo il modello calcola il dimensionamento ideale di professionisti per una reale presa in carico dei pazienti cronici. Successivamente il modello confronta il dimensionamento ideale con la capacity effettivamente installata per calcolare il gap di capacity produttiva, distinta per ogni figura professionale. Successivamente il modello permette di programmare l'equilibrio tra servizi e capacity modificando la frequenza o la durata delle prestazioni, oppure modificando il target dei pazienti da raggiungere oppure, volendo, modificando il case mix professionale. Il prossimo paragrafo presenta gli esiti del modello.

9.4 Esempificazione del modello di dimensionamento territoriale in un caso studio regionale

Il dimensionamento ideale di personale è stato calcolato partendo dalle prevalenze della cronicità ISTAT e da frequenze e durate delle visite/prestazioni ritenute appropriate da un panel di esperti delle cure primarie. La "capacity AS IS" rappresenta la dotazione di personale esistente ed è stata calcolata dividendo il numero dei professionisti della regione Emilia-Romagna nel 2018 (pre-COVID) per il totale della popolazione regionale derivante dai dati ISTAT 2017, moltiplicando poi per il bacino di utenza medio definito di 60.000 unità. Infine, la voce "Delta TO BE" rappresenta la differenza tra il dimensionamento ideale ovvero il "Fabbisogno di FTE per figura professionale nell'ipotesi di 120 ore di lavoro al mese" e la capacity attuale, fornisce quindi il dato sul gap di capacità dei sanitari in servizio. Siamo consapevoli che la RER ha una delle capacity produttive più robuste del SSN e quindi rappresenta un comparatore "good practice", superiore alla media del SSN.

Il modello è stato successivamente usato per simulare tre diversi scenari o tre viste rispetto all'obiettivo dell'equilibrio tra servizi e capacity nell'ottica di definire priorità per la presa in carico della cronicità.

- 1) Nel primo scenario ideale si utilizza una intensità assistenziale "standard", ovvero ottimizzata ma ragionevole per cluster di pazienti, sia in termini di frequenza, sia in termini di durata delle visite. Il primo scenario permette di apprezzare quantitativamente il gap di capacity di personale, ovvero quanti FTE mancano per categoria professionale rilevante per poter erogare un servizio universalistico;
- 2) Il secondo scenario, all'opposto, considerando le risorse di personale fisse e non aumentabili, calcola di quanto bisogna ridurre l'intensità assistenziale per raggiungere una presa in carico diffusa, seppur basata su standard assistenziali minimi. In altri termini nel secondo scenario si determina la riduzione necessaria della frequenza e della durata delle visite per raggiungere un equilibrio tra pazienti e personale sanitario disponibile;
- 3) Il terzo scenario invece recupera l'intensità assistenziale standard come nel I modello. In questo caso si ricostruisce l'equilibrio tra prevalenza delle patologie croniche e risorse di personale disponibile riducendo le percentuali di pazienti cronici presi in carico.

A. Modello a intensità assistenziale ideale: calcolo del gap di capacity

TABELLA 7

Il modello di analisi applicato allo Scenario 1. Elaborazioni Longo e Zazzera (2018)

PAZIENTI		MMG				SPECIALISTA				INFERMIERE			
Cat	Num.	Visite mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Visite mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Visite mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro
Mono	11.400	0,5	5.700	15 min	1.450	0,16	1.824	20 min	602	1	11.400	20 min	3.762
Pluri	9.400	1	12.600	15 min	2.350	0,33	4.158	20 min	1.372	1	12.600	20 min	4.158
LTC	2.700	2	5.400	1 h	5.400	0,33	891	20 min	294	2	5.400	1 h	5.400
FV	500	4	2.000	1 h	2.000	2	1.000	1 h	1.000	4	2.000	1 h	2.000
		Tot. Tempo				Tot. Tempo				Tot. Tempo			
		11.175				2.920				14.264			
		Fabb hp 120 h/m				Fabb hp 120 h/m				Fabb hp 120 h/m			
		93				24				119			
		Capacity As Is				Capacity As Is				Capacity As Is			
		40				19				39			
		Delta To Be				Delta To Be				Delta To Be			
		-53				-5				-80			

Nel primo scenario è stata ipotizzato un modello assistenziale standard in cui il MMG effettua una visita una volta ogni due mesi ad un paziente cronico mono patologico, una visita al mese ad un paziente cronico pluri patologico, due visite al mese ad un paziente long term care e una visita alla settimana ad un paziente in fine vita. Si ipotizza che la durata delle visite del MMG ai pazienti mono patologici e pluri patologici sia di 15 minuti e che la durata delle visite per le altre due categorie di pazienti sia di un'ora, conteggiando anche il tempo di spostamento da/per il domicilio del paziente. Date queste ipotesi, risulta che il tempo di lavoro totale (per tutti i cluster di pazienti) necessario da parte degli MMG sia di 11.175 ore. Considerata l'ipotesi di 120 ore di lavoro mensili del MMG, risultano essere 93 le figure professionali necessarie per svolgere il lavoro in una catching area di 60.000 abitanti. La capacity della regione Emilia-Romagna per questo bacino di utenza era al momento della simulazione di 40 medici. Per la categoria dei MMG emerge quindi un gap di 53 unità. Per le successive categorie professionali cambiano le ipotesi sul numero e la durata delle visite al mese. Si ipotizza che il medico specialista visiti i pazienti mono patologici una volta ogni 6 mesi e che visiti i pazienti pluri patologici e non autosufficienti una volta ogni 3 mesi. I pazienti in fine vita verrebbero invece visitati due volte al mese. La durata delle visite è stata stimata a 20 minuti per tutte le categorie di pazienti tranne per i pazienti in fine vita, per i quali la visita durerebbe un'ora (comprensivo del tempo di spostamento da/per il domicilio). In questo scenario, il tempo totale di lavoro per i medici specialisti risulta essere pari a 2.920 ore che, divise per le 120 ore di lavoro mensile, danno come risultato un fabbisogno pari a 24 medici specialisti FTE. La capacity della regione Emilia-Romagna era di 1.416 medici specialisti totali, di conseguenza la capacità della *catching area* risultava pari a 19 medici specialisti, mostrando un gap modesto di 5 medici specialisti. Nel caso degli infermieri, ai fini della simulazione sono state considerate visite ai a pazienti mono patologici e pluri patologici una volta al mese per 20 minuti. I pazienti non autosufficienti vengono invece visti due volte al mese e una volta a settimana rispettivamente, per un'ora. Dai calcoli risulta che il tempo di lavoro totale per gli infermieri ammonta a 14.264 ore, monte orario che rapportato alle ore di lavoro mensili ipotizzate evidenzia un fabbisogno di 119 figure professionali. Pertanto, la differenza tra *capacity as is* e *capacity to be* per gli infermieri risulta pari a 80 unità, in quanto ad oggi la regione Emilia-Romagna conta 2.866 infermieri territoriali, che per la catching area di 60.000 abitanti corrispondono a 39 unità.

Da questo primo scenario emerge un evidente gap nella dotazione di personale, diffuso in tutte le categorie professionali. Appare, infatti, che i MMG presenti coprono solo il 43% del fabbisogno ideale, i medici specialisti il 78% e gli infermieri il 33%. Il fabbisogno ideale mostra uno scenario in cui viene garantito a tutti i pazienti un'assistenza socio-sanitaria adeguata, in regime di copertura universalistica. I dati del modello mostrano chiaramente che con le attuali dotazioni di personale la copertura universalistica non può essere garantita, e

suggeriscono la soluzione implicita che si sostanzia nell'aumento di capacità, ovvero di personale, ipotesi non sempre percorribile, per carenza di risorse professionali o per limiti economici.

B. Modello a intensità assistenziale contenuta ma sostenibile con le risorse date

TABELLA 8

Il modello di analisi applicato allo scenario 2. Elaborazioni Longo e Zazzera (2018)

PAZIENTI		MMG					SPECIALISTA					INFERMIERE								
Cat	Num.	Visite mese	Δ	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Visite mese	Δ	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Visite mese	Δ	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro				
Mono	11.400	0,16	-68%	1.824	15 min	456	0,16	-	1.824	20 min	602	0,33	-67%	3.762	20 min	1.241				
Pluri	9.400	0,33	-67%	3.102	15 min	776	0,33	-	4.158	20 min	1.372	0,5	-50%	4.700	20 min	1.551				
LTC	2.700	1	-50%	2.700	1 h	2.700	0,33	-	891	20 min	294	0,5	-75%	1.350	1 h	1.350				
FV	500	2	-50%	1.000	1 h	1.000	1	-50%	1.000	1 h	500	1	-75%	500	1 h	500				
Tot. Tempo						4.932	Tot. Tempo						2.420	Tot. Tempo						4.642
Fabb hp 120 h/m						41	Fabb hp 120 h/m						20	Fabb hp 120 h/m						39
Capacity As Is						40	Capacity As Is						19	Capacity As Is						39
Delta To Be						-1	Delta To Be						-1	Delta To Be						0

Il secondo scenario assume l'ipotesi di mantenimento delle risorse fisse, abbandonando l'opzione dell'aumento di capacity. Di conseguenza, a fronte della non variabilità della dotazione di personale, ai fini delle nostre elaborazioni per garantire la copertura universalistica si è intervenuto sulle variabili relative all'intensità assistenziale, che nel modello è rappresentata dal numero di visite al mese. Pertanto, i dati del modello dimostrano in che misura sarebbe necessario ridurre l'intensità assistenziale per garantire una copertura universalistica, data la capacità esistente.

Nella tabella sono evidenziate le variabili che hanno subito variazioni affinché il dato del "delta to be" risultasse sempre pari a circa 0. Analizzando il modello alla luce dei nuovi dati emerge che, nel caso dei MMG, per i pazienti mono patologici le visite mensili sono diminuite del 68%, passando dalla frequenza di una volta ogni due mesi ad una volta ogni sei mesi. In questo scenario, i pazienti pluri patologici verrebbero visitati il 67% in meno rispetto al modello assistenziale standard, ovvero una volta ogni tre mesi invece di una volta al mese. Infine, per i pazienti long term care e in fine vita la frequenza delle visite verrebbe ridotta della metà (una volta al mese per i long term care e due volte al mese per i pazienti in fine vita). Si evince perciò che con la dotazione di personale rilevata, per garantire assistenza a tutti i pazienti, i MMG dovrebbero diminuire l'intensità assistenziale in termini di frequenza di visite in media del 59%. Nel caso dei medici specialisti, l'intensità assistenziale media subisce una riduzione minore rispetto ai MMG e agli infermieri, poiché, come si desume dalle simulazioni del primo scenario, è caratterizzata da un gap di *capacity* inferiore. Difatti, per garantire copertura universalistica tutte le variabili sono state mantenute fisse ad eccezione del numero di visite per i pazienti in fine vita, che dovrebbe diminuire del 50% (una visita al mese). Infine, relativamente alla categoria professionale degli infermieri, l'intensità assistenziale media dovrebbe essere ridotta del 67%. I pazienti mono patologici dovrebbero essere visitati una volta ogni tre mesi (-67% rispetto al modello assistenziale standard), i pazienti pluri patologici e i non autosufficienti dovrebbero ricevere assistenza infermieristica una volta ogni due mesi (-50% e -75% rispetto al primo scenario) e il cluster dei pazienti in fine vita dovrebbe essere visitato dagli infermieri una volta al mese, ovvero il 75% in meno rispetto all'assistenza standard.

Si può concludere che il secondo scenario presentato dimostra che a fronte di una capacità invariata, la soluzione necessaria per garantire una copertura universalistica è una riduzione significativa dell'intensità assistenziale.

C. Modello assistenziale standard con percentuale di pazienti cronici presi in carica ridotte

TABELLA 9

Il modello di analisi applicato allo scenario 3. Elaborazioni Longo e Zazzera (2018)

PAZIENTI		MMG					SPECIALISTA					INFERMIERE							
Cat	Num.	Num. Paz.	Δ	Visite mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Num. Paz.	Δ	Visite mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Num. Paz.	Δ	Visite mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro
Mono	11.400	5.500	-52%	0,5	2.750	15 min	688	7.000	-39%	0,16	1.120	20 min	370	3.000	-74%	1	3.000	20 min	990
Pluri	9.400	4.000	-57%	1	4.000	15 min	1.000	6.500	-31%	0,33	2.145	20 min	708	2.000	-79%	1	2.000	20 min	660
LTC	2.700	1.000	-63%	2	2.000	1 h	2.000	2.500	-7%	0,33	825	20 min	272	1.000	-63%	2	2.000	1 h	2.000
FV	500	280	-44%	4	1.120	1 h	1.120	450	-10%	2	900	1 h	900	250	-50%	4	1.000	1 h	1.000
		Tot. Tempo					4.808	Tot. Tempo					2.250	Tot. Tempo					4.650
		Fabb hp 120 h/m					40	Fabb hp 120 h/m					19	Fabb hp 120 h/m					39
		Capacity As Is					40	Capacity As Is					19	Capacity As Is					39
		Delta To Be					0	Delta To Be					0	Delta To Be					0

Nel terzo scenario viene mantenuta l'ipotesi delle risorse fisse e resta invariato anche il livello di intensità assistenziale. Per mantenere il delta della *capacity to be* pari a zero si è intervenuto sul numero di pazienti presi in carico. Nel terzo e ultimo scenario si vuole, perciò, calcolare il numero di pazienti che dovrebbero essere presi in carico, date le risorse rilevate nel caso e dato un livello di intensità assistenziale standard. Viene pertanto abbandonata l'ipotesi di copertura universalistica, muovendosi verso logiche di prioritizzazione.

La lettura del modello mostra che nel caso dei MMG, il numero dei pazienti viene ridotto in media del 54%: il numero di pazienti mono patologici presi in carico dai MMG in un bacino di utenza di 60.000 persone scenderebbe da 11.400 a 5.500 (-52%). Per quanto riguarda i pazienti pluri patologici, questi diminuirebbero di 5.400 unità (-57%) e il numero di pazienti non autosufficienti verrebbe ridotto del 63%, passando da 2.700 a 1.000. Infine, i pazienti in fine vita diminuirebbero del 44% passando da 550 a 280 unità. Per i medici specialisti la riduzione dei pazienti presi in carico risulterebbe pari al 22%. I pazienti mono patologici passerebbero a 7.000 (-39%), i pluri patologici a 6.500 (-31%) e non autosufficienti a 2.500 (-7%) e i pazienti in fine vita a 450 (-10%). Infine, la categoria professionale degli infermieri pare dover soffrire di riduzioni più consistenti, con una media del 66% di pazienti presi in carico in meno rispetto ad una presa in carico universalistica. Il numero di pazienti mono patologici diminuirebbe del 75% (3.000 pazienti presi in carico), il numero di pazienti pluri patologici diminuirebbe del 79% (2.000 pazienti presi in carico rispetto alla domanda di 9.400), il numero di pazienti in long term care scenderebbe a 1.000 (-63%) e il numero di pazienti in fine vita a 250 (-50%).



Le simulazioni del terzo modello dimostrano che con la dotazione di risorse rilevate nel caso, per garantire un'adeguata intensità assistenziale è necessario ridurre il numero di pazienti presi in carico. Si tratterebbe quindi di uno scenario in cui la copertura universalistica non è garantita.

Le simulazioni proposte mostrano un'evidente distanza tra prevalenza e necessità assistenziali poste dalle patologie croniche e la *capacity* professionale disponibile nel SSN, tra l'altro in una delle regioni più dotate, per una reale presa in carico. Gli esiti degli scenari possono essere parzialmente corretti introducendo alcuni correttivi conservativi che tutelino maggiormente l'universalità a fronte di una invarianza delle risorse:

- ipotizzare che il 20% delle prestazioni siano erogate da ambiti più specialistici di natura ospedaliera;
- ipotizzare che la funzione di case management, garantita dagli infermieri, sia svolta in autonomia dai pazienti o dai loro caregiver supportati dalla digitalizzazione (es. 20-30% dei pazienti cronici);
- ipotizzare che una parte delle funzioni di case management, soprattutto per il controllo delle aderenze alle terapie, sia svolta dalle farmacie di servizio, coordinate dalla Casa della Comunità;
- ipotizzare in futuro uno skill mix change tra medici e infermieri, spostando almeno il 33% delle attività a favore dei cronici da figure cliniche a professioni sanitarie, sapendo che il differenziale di costo è di 2,5 per operatore (il costo del lavoro di un medico equivale al costo di 2,5 infermiere);
- fisiologicamente e incompressibilmente il 10% delle prestazioni sono acquistate privatamente dai pazienti sul mercato out of pocket o intermediato.

Il combinato disposto delle leve citate probabilmente rende meno ampio il gap tra *capacity* e bisogni assistenziali della cronicità, anche se alcune di esse sono difficilmente azionabili (es. modifica dello skill mix) o valorialmente non accettabili da parte di un SSN universalistico (prestazione a pagamento privato).

D'altro canto, le ipotesi di lavoro alla base degli scenari sono estremamente conservative e cercano di non enfatizzare il gap tra bisogni assistenziali posti dalla cronicità e *capacity* di personale.

In particolare, richiamiamo le tre ipotesi che più impattano su una prospettiva ottimistica di tenuta dell'universalismo del SSN:

- l'intensità assistenziale definita per cluster e per figura professionale è modesta e non espansiva e tralascia del tutto i bisogni socioassistenziali che spesso sono rilevanti in queste tipologie di pazienti, focalizzandosi esclusivamente sulle prestazioni sanitarie;
- l'ipotesi di 120 ore mese effettive di tempo dedicate alle visite per tutte le categorie professionali è generosa;
- la *capacity* di riferimento è quella della RER che è sicuramente una delle più ricche del SSN, con grandi margini di distanza sia dalla media nazionale molto più bassa e soprattutto dalle regioni in piano di rientro.

In altri termini, riteniamo che il forte gap evidenziato dall'analisi empirica di correlazione tra prevalenza epidemiologica, standard assistenziali e *capacity* mostri un aspetto cruciale nella programmazione della cronicità che ci impone di riflettere sulle priorità di *policy*:

- avere maggiore forza nel trasferire risorse dal setting assistenziale ospedaliero all'altro, sapendo che anche il primo è oggi in grande affanno di risorse come dimostrano le liste di attesa chirurgiche;
- ridurre le intensità assistenziali per paziente cronico, annacquando la logica di presa in carico;
- contenere il numero dei pazienti in carico, abbandonando le ipotesi di universalismo;
- aumentare i pazienti co-produttori, sostenuti da strumenti digitali e dalle reti di comunità.

Pertanto queste evidenze ci suggeriscono di de-enfatizzare il dibattito scientifico e di *policy* sui modelli istituzionali e organizzativi alternativi disponibili di presa in carico della cronicità, per concentrarci un po' di più sul confine del possibile, valutando la distanza tra risorse e fabbisogni assistenziali¹⁰⁸. Inoltre, queste evidenze consigliano anche di mitigare le critiche alle diverse componenti professionali sulla loro scarsa focalizzazione e modesta produttività, essendo i gap tra bisogni e risorse ampiamente ascrivibili a lacune di sistema.

La metrica proposta nel modello ci suggerisce anche la possibilità di rappresentare una metrica più *evidence based* ed operativa per il coordinamento tra ospedale e territorio per i pazienti cronici, soprattutto per l'attività ambulatoriale. Infatti, dovremmo verificare che tutte le prestazioni svolte in ospedale non vengano poi replicate nel territorio o che nel gap di coordinamento qualche paziente cada nel vuoto dell'intersezione. In altri termini, la frequenza delle prestazioni per paziente per figura professionale, sommando il vettore di ospedale e territorio, può darci una rappresenta plastica delle situazioni di *overtreatment* e *undertreatment* nelle situazioni interdipendenti tra i setting.

108 Villa S. (2012), *L'operations management a supporto del Sistema di operazioni aziendali*, Padova, CEDAM.

9.5 Il fabbisogno di competenze multiprofessionali nei team in sanità

Come mostrato nel modello di calcolo e simulazione del dimensionamento, la gestione della cronicità comporta inevitabilmente il coinvolgimento di team multidisciplinari. Un salto di qualità del ragionamento di dimensionamento proposto può essere fatto se dal punto di vista gestionale, e conseguentemente di programmazione, il team, e non più il singolo professionista, diventa l'oggetto di attenzione e di analisi, a partire dalla suddivisione dei compiti e delle funzioni da esercitare per produrre valore per il paziente. Nella dimensione del team multiprofessionale l'unità di misura fondamentale diventa la competenza e il modo in cui le competenze sono aggregate nel team (skill mix). Utilizzare la competenza come unità fondamentale (ed eventualmente un'unità temporale per competenza, ossia il tempo speso ad applicare una specifica competenza) invece che il singolo professionista (ed il suo tempo espresso per esempio in termini di FTE) comporta notevoli vantaggi, sia in termini di flessibilità (alcune competenze possono essere erogate da diversi tipi di professionisti) sia in termini di adattamento a situazioni cangianti (le competenze possono essere oggetto di programmi formativi dedicati). In un team multiprofessionale, infatti, i professionisti coinvolti, pur avendo qualifiche diverse, possono avere ambiti di pratica e quindi mansioni molto simili e intercambiabili. Allo stesso modo potremmo dire che un certo tipo di popolazione (per esempio pazienti anziani cronici) così come una certa area di intervento (per esempio diabete) richiede, per l'erogazione dei servizi multidisciplinari un certo tipo e quantità di competenze sia generali che specialistiche. Separare la gestione e la programmazione (quindi sviluppo) di tali competenze dalle categorie professionali consente un approccio più flessibile nella loro assegnazione a funzioni che possono interessare più categorie professionali oltre che permettere di includere nuove categorie di professionisti. Si pensi al fatto che nel SSN operano 23 diversi profili delle professioni sanitarie, che potrebbero aumentare la loro fungibilità e quindi le occasioni di empowerment professionale e quindi di percorsi di sviluppo. È chiaro che alcune funzioni e compiti devono essere eseguiti da persone che possiedono competenze e conoscenze "certificate" e infungibili, per le quali hanno ricevuto una abilitazione al loro utilizzo nella pratica sanitaria, il cui esercizio è appunto disciplinato da normative e regolamentazioni. Ma vi sono alcune funzioni, e relative competenze associate, che possono essere condivise da tutti o solo alcuni professionisti sanitari. Per esempio, nel caso di un gruppo di pazienti affetto da malattie croniche, vi è un'ampia gamma di funzioni necessarie: la sensibilizzazione sociale, la valutazione dei pazienti, la pianificazione e il coordinamento, il case management e i servizi di follow-up, ecc.

Se poi si prende in considerazione un contesto in via di rapida trasformazione e transizione digitale, emergono diversi fabbisogni di competenze nuove che non sono preordinate e pre-assegnate normativamente a specifici ruoli ma che non di meno richiedono di essere messe in pratica, anche eventualmente da nuovi ruoli ad oggi inesistenti o estranei al contesto sanitario, quali la bioinformatica clinica, le tecnologie digitali, l'intelligenza artificiale, la robotica, l'analisi dei dati, la gestione dei sistemi di CRM, ecc.

9.6 La ricognizione del PON GOV Cronicità e la mappa delle buone pratiche di Capacity di personale e logistica

Di seguito si riportano le esperienze mappate nell'ambito del progetto PON GOV Cronicità relative al Capacity di personale e logistica. Per un maggiore approfondimento delle singole esperienze si rimanda alle schede allegato al presente Manuale Operativo.

ASU GIULIANO ISONTINA / FRIULI VENEZIA-GIULIA	Smartcare
ASL Latina / Lazio	Più Vita
ASL Roma 6 / Lazio	L'infermiere di famiglia e comunità come modello innovativo di integrazione ospedale-territorio nella gestione della cronicità
PA Trento	Piattaforma TreC – Ecosistema di sanità digitale
Regione Veneto	Cure Domiciliari

9.7 I team multiprofessionali in alcune delle buone pratiche esaminate nell'ambito del PON GOV Cronicità e del futuro assetto territoriale (PNRR)

Progetto Smartcare (ASU Giuliano Isontina, Friuli-Venezia Giulia):

Il team multiprofessionale Assistenziale Smartcare è costituito dalle seguenti figure:

- infermiere di distretto;
- infermiere del SID (Servizio Infermieristico Domiciliare);

- Medico di distretto;
- Assistente sociale;
- Medico di Medicina Generale (con eventuale ruolo di case manager);
- Specialista/i di riferimento (cardiologo, diabetologo, pneumologo);
- Rappresentante Volontariato, ove attivato.

Le principali competenze attività dal team riguardano: capacità di gestione ambulatoriale integrata del paziente cronico all'interno di un team multidisciplinare, digital skill relative al supporto di una piattaforma per il TM remoto con dispositivi "user friendly", capacità di empowerment proattivo del paziente e dei caregivers, attenzione alla automonitorizzazione ed all'autocura.

Progetto Sistema Videodialisi eVisus (ASL Cuneo 2, Piemonte)

Team multiprofessionale che integra infermieri e medici specialisti della UOC Nefrologia e Dialisi. La pratica è centrata sul ruolo infermieristico (6 pazienti seguiti per ora di attività infermieristica rispetto a 1 in usual care).

Progetto +Vita (ASL Latina ed evoluzioni regionali Lazio)

Il team multidisciplinare è composto da MMG, medici specialisti, infermieri (con eventuale ruolo di case manager), assistenti sociali ospedalieri e territoriali.

Progetto TreC (P.A. Trento)

L'ecosistema TreC si caratterizza per un modello di team multiprofessionale virtuale centrato su ambulatori infermieristici di famiglia e di comunità attivati a metà 2020 sul territorio provinciale, con funzioni di raccordo tra la medicina di territorio e la medicina ospedaliera /specialistica, per supporto in particolare alla gestione della cronicità (secondo i PDTA sviluppati) e dei pazienti multi-morbidi.

Gli ambulatori di famiglia e di Comunità sono pensati anche con il ruolo di facilitatori per azioni di monitoraggio e televisita /teleconsulti, sostenendo i pazienti meno avvezzi alle tecnologie digitali nel rapportarsi con lo strumento ICT per l'interazione clinica. Il modello dell'ambulatorio infermieristico è stato applicato durante la pandemia COVID-19. La pratica coinvolge infermieri e medici cardiologi (TREC cardiologia) e diabetologi (TREC diabete), oltre a ruoli di natura informatica.

Progetto "Cure domiciliari" (Veneto)

Team multiprofessionali attivati in funzione di due diversi livelli di complessità definiti a partire dalla stratificazione (cronicità "semplice" e cronicità "complessa ed avanzata"). Coordinatore dell'equipe ADI per distretto, assegnato esclusivamente a tale funzione, preposto alla programmazione delle diverse attività dell'ADI e per il coordinamento degli operatori del comparto assegnati all'ADI. Professionisti coinvolti nei team: MMG, MCA, medici USCA, specialisti ambulatoriali, Infermieri dell'Unità Operativa Cure Primarie del Distretto sia afferenti alle equipe ADI che infermieri di famiglia in integrazione con MMG, infermieri delle Medicine di Gruppo Integrate, personale della Centrale Operativa Territoriale (COT), Operatori sociali, sociosanitari e sanitari dell'Unità VMD.

Case della Comunità (come previsti nel PNRR)

In tali strutture, al fine di poter erogare tutti i servizi sanitari di base, lavoreranno in équipe Medici di medicina generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS) in collaborazione con gli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), gli Specialisti ambulatoriali e professionisti sanitari come Logopedisti, Fisioterapisti, Dietisti, Tecnici della riabilitazione, Psicologi e altri. Al fine di un maggiore coordinamento con i servizi sociali comunali, possono essere presenti anche gli Assistenti sociali.

Assistenza domiciliare (come prevista nel PNRR)

Il mantenimento della persona al proprio domicilio quando possibile, non solo può migliorare la qualità di vita e delle cure degli assistiti, soprattutto quelli più fragili, ma garantisce anche una maggiore sicurezza dell'assistenza, in quanto diminuisce l'esposizione a fattori di rischio infettivo. Il Piano nazionale di ripresa e resilienza individua la casa come primo luogo di cura. Sono diversi gli operatori impegnati nelle cure domiciliari, anche se in modalità e quantità diverse da regione a regione: MMG, PLS, Infermieri, medici specialisti, medico di cure palliative, fisioterapista, logopedista, OSS, psicologo, dietista, ecc.

9.8 Fattori critici di successo per l'uso di strumenti di dimensionamento dei servizi e delle capacity

Esplicitare le priorità di target e di cluster da servire e la loro relativa modalità e intensità assistenziale

Le logiche e gli strumenti di dimensionamento dei servizi e della capacity produttiva a fronte di risorse date, esplicita la necessità di definire priorità allocative nella presa in carico della cronicità. Questa è una grande opportunità perché propone agli stakeholder e al management delle regole del gioco per condividere delle letture degli scenari e per simulare gli impatti delle priorità di policy locale enucleate. Esse rappresentano anche una minaccia perché rendono esplicita la difficoltà a raggiungere l'universalismo della presa in carico, potendo però generare un processo culturale di condivisione cognitiva tra gli stakeholder e di consapevolezza adulta del perimetro e dei vincoli fisiologici nel processo decisionale delle policy pubbliche, anche a livello di opinione pubblica locale.

Considerare realisticamente la disponibilità di risorse finanziarie, sia di spesa corrente, sia di spesa in conto capitale, in un orizzonte temporale pluriennale

L'assunzione del vincolo di risorse come dato è una premessa a ogni possibile esercizio di dimensionamento. Esso è costitutivo nell'esercizio del ruolo di manager o di middle manager del SSN. Assunto il vincolo, si può con maggiore serenità e realismo indagare sulle risorse esterne al SSN che potrebbero essere aggregate e valorizzate: il ruolo della co-production degli utenti e dei loro caregiver; il ruolo della comunità e del volontariato; il ruolo della farmacia di servizio; il ruolo della sanità a pagamento. Questo richiede una cultura e un approccio al pooling delle risorse del SSN con quelle delle persone, della comunità e di altri attori produttivi, che dovrebbe connaturare l'imprinting istituzionale di una "casa della comunità".

Considerare realisticamente le dotazioni di personale disponibile sul mercato, in un'epoca di shortage sia dei medici, sia delle professioni sanitarie, con una proiezione di medio e lungo periodo

Il realismo sulle risorse deve riguardare anche le dotazioni di personale, anche considerando l'indisponibilità di alcune figure sul mercato professionale. Anche a fronte di risorse finanziarie disponibili, per i prossimi anni alcune figure professionali rimangono difficilmente acquisibili, soprattutto nei contesti più periferici o a minore capitale istituzionale. Esiste quindi un vincolo anche esterno e invalicabile al dimensionamento della capacity professionale. Questo può portare a riflettere sui modelli di servizio, suggerendo una maggiore proattività nel cambio dei mix professionali e del mix tra digitali/fisico, laddove la tecnologia riesce a diminuire l'intensità di personale necessario. In particolare, devono essere favoriti modelli di servizio che si basano sul pooling della domanda (es. educazione sanitaria a gruppi di 20/30 pazienti omogenei per patologia e literacy) che aumenta moltissimo la produttività per singolo professionista. Anche questa ipotesi di lavoro è particolarmente coerente all'idea di "casa della comunità". Queste piste di lavoro possono utilmente avere una prospettiva di programmazione di medio-lungo periodo anche perché le disponibilità di risorse e di persone sono facilmente prevedibili nel medio periodo.

Attivare competenze e sensibilità sul dimensionamento dei servizi, risorse e personale sia a livello di Assessorati, sia a livello di aziende sanitarie integrate con le funzioni di programmazione e di service design

Le logiche e gli strumenti di dimensionamento dei servizi e della capacity sono poco diffusi nel SSN, in particolare tra i servizi territoriali. Si tratta di diffondere nuove logiche e culture lungo l'intera filiera istituzionale, dagli assessorati alle aziende, dai distretti alle case della comunità. Esse riguardano contestualmente il dimensionamento, il service design e il controllo di gestione che sono fisiologicamente interdipendenti tra di loro.

Costruire gli strumenti di dimensionamento al centro dell'AUSL e usarli a livello decentrato

Gli esercizi di dimensionamento dei servizi e della capacity possono essere disegnati e alimentati quantitativamente al centro dell'AUSL, nel controllo di gestione, in direzione sanitaria, in direzione operativa, a secondo della geografia degli staff di programmazione aziendale. Essi costituiscono però solo degli strumenti, che devono essere usati localmente, dal distretto, dai dipartimenti territoriali e/o dalla casa della Comunità, anche per ingaggiare i professionisti e gli stakeholder locali. La programmazione e la consapevolezza delle priorità erogative rappresentano un processo di presa di coscienza locale, che può supportare gli stakeholder a rafforzare le ragioni dello stare insieme e del decidere per il bene generale comune. Il bench-learning tra distretti e tra case della Comunità a livello infra-aziendale diventa poi un processo rilevante di confronto e apprendimento reciproco, sia sull'uso dello strumento di dimensionamento, sia sulle scelte di prioritizzazione, sia sullo stakeholder management.



10.

CHANGE MANAGEMENT

A cura di Gabriele Nube, Alessia Sciamanna, Renata De Maria, Valentina Albano



Le buone pratiche presentate e discusse nel manuale, e tutto il lavoro del PON GOV Cronicità, si ripropongono di fornire spunti e direzioni per la progettazione e attuazione di interventi di cambiamento nei modelli di servizio delle aziende sanitarie. Perché ciò avvenga in modi e tempi congrui con le possibilità che oggi la tecnologia offre, e con le necessità dettate dalla crescita dei bisogni assistenziali collegabili alla cronicità, è necessario sviluppare una strategia precisa di cambiamento a livello di SSR e di singole aziende.

In particolare, accanto agli sforzi nel ridisegno di processi operativi e clinici, nell'introduzione di approcci al lavoro più improntati alla collaborazione e nell'individuazione del giusto rapporto tra tecnologia e organizzazione (cosiddette dimensioni "hard" della progettazione organizzativa), i processi di innovazione richiedono interventi volti a prendersi cura degli uomini e delle donne chiamati a metterli in atto (cosiddette dimensioni "soft"), superando le naturali resistenze al cambiamento che impatta sulle abitudini quotidiane, sulle proprie convinzioni e che impone di superare la propria comfort zone in favore di una situazione intrisa di incertezza. Ciò al fine di trasformare un cambiamento "progettato" in cambiamento "agito".

La fase di transizione comporta delle indiscusse difficoltà di adattamento, di apprendimento di nuove nozioni o informazioni, ma a valle di una corretta analisi costo-beneficio presenta vantaggi per tutti gli attori e stakeholder coinvolti. Il vantaggio è tanto più probabile, quanto più l'innovazione riprenda precedenti esperienze riconosciute come buone pratiche all'interno di un percorso di validazione metodologicamente e scientificamente robusto, in quanto il trasferimento o lo scalaggio di pratiche benchmark reca in sé una intrinseca possibilità di replicarne il successo, adattando ad un diverso contesto gli elementi fondanti la struttura della pratica trasferente così come sistematizzati in fase di validazione.

Sin dall'avvio del progetto PON GOV Cronicità, il supporto al cambiamento è stato inserito tra gli obiettivi specifici del progetto sia a livello implicito che esplicito: implicito in quanto è previsto "...il trasferimento ed il supporto all'adozione di un insieme di strumenti metodologici e operativi comuni..."; esplicito in quanto è prevista "...la definizione di appropriate strategie di change management" oltre alla ricognizione delle azioni di cambiamento necessarie all'attuazione, la pianificazione e la realizzazione di investimenti e di interventi di adozione.

Come contributo alla migliore disseminazione delle buone pratiche, sono quindi di seguito richiamati i principali elementi da presidiare nei processi di change management sia a tra livello istituzionale (SSR) che organizzativo (aziende). Elementi di riflessione per i decisori istituzionali ed i manager aziendali che intendano promuovere sviluppo e adozione di pratiche ispirate a quelle presentate in questo manuale.

10.1 Il change management di sistema a livello istituzionale. Un work in progress

Gli approcci ai processi di cambiamento dei e nei sistemi pubblici complessi, quali i SSR, secondo la ricerca empirica nel campo delle scienze manageriali si possono riclassificare attorno a sei modelli, di seguito illustrati.

L'approccio burocratico-normativo

Secondo la visione amministrativa classica, il cambiamento passa solo attraverso le modifiche dell'assetto normativo. La legge è ritenuta la fonte del cambiamento, considerando tutto ciò che sta a monte, come il processo di elaborazione delle politiche e delle strategie, e quello che sta a valle, come mera attuazione del dettato normativo. Si tratta dunque di un orientamento centrato sul recepimento di norme in cui l'attenzione è posta sull'atto formale, senza il quale il cambiamento non comincia.

L'approccio gerarchico-autorizzativo

In questa prospettiva, il cambiamento è generato dall'esercizio di autorità decisionale da parte di soggetti gerarchicamente sovraordinati. Il cambiamento nasce dalla formalizzazione di procedure e regolamenti di linguaggio tecnico-amministrativo, quali elementi di comunicazione tra i livelli istituzionali e le singole organizzazioni.

L'approccio del neo-razionalismo aziendale

Secondo questa prospettiva si cerca di attuare il cambiamento partendo non più da leggi e regole, ma dagli obiettivi che si intendono raggiungere definite le rispettive risorse. Il cambiamento parte e procede secondo un modello di direzione per obiettivi, dove le priorità strategiche dell'Istituzione/organizzazione guidano le decisioni implementative, e la "razionalità" tecnica è il criterio guida.

L'approccio di affiancamento

L'evoluzione naturale dell'approccio razionale si concretizza nel modello processuale di cambiamento in cui si individuano soggetti esterni all'Istituzione/organizzazione portatori di competenze e metodi che possono facilitare e supportare il cambiamento, con una logica di corresponsabilità sui risultati attesi.

L'approccio del confronto

Negli ultimi anni si è affermato un approccio al cambiamento maggiormente centrato sulla dimensione psicologica e culturale del cambiamento, in cui si favoriscono processi di benchmarking in grado di stimolare i professionisti tramite il confronto con esperienze che possono essere fonte di ispirazione e portatrici di "lezioni". Questo approccio induce anche alla emulazione positiva ed alla tensione verso l'innovazione ed il miglioramento continuo.

L'approccio del knowledge transfer

In questo caso il cambiamento è attivato dall'apprendimento. Il management del SSR assume il compito di stimolare e sviluppare, con adeguati strumenti formativi, di incentivazione, di comunicazione, la capacità di apprendimento insita all'interno dell'organizzazione, generando una cultura aperta al continuo confronto, alla misurazione e discussione dei risultati, ove necessario anche avvalendosi di supporto esterno. Si dovrebbero quindi realizzare processi di cambiamento che si fondano sullo scambio di esperienze, sulla diffusione dei risultati e delle conoscenze tra le amministrazioni interne/esterne al sistema, le quali spesso attivano, secondo logiche partecipative, intense interazioni creando network, partenariati e reti.

Gli approcci al change management precedenti hanno evidentemente pro e contro, e sono presentati in ordine di efficacia progressiva come dimostrato dalla ricerca manageriale nel campo delle amministrazioni e dei sistemi pubblici. In questo senso gli approcci del confronto e del knowledge transfer sono quelli più interessanti ed in cui a pieno titolo si colloca il progetto PON GOV cronicità.

Ovviamente un approccio al cambiamento non esclude gli altri, che altresì sono complementari e si rinforzano vicendevolmente. Ed è in questa prospettiva che si può leggere la "filiera" costituita da Ministero, AGENAS e gruppo di lavoro PON GOV come portatrice di tutti gli approcci (dal normativo al knowledge transfer) e quindi come espressione del massimo sforzo che il SSN sta mettendo in campo per generare le condizioni migliori affinché i cambiamenti ispirati dalle best practice possano avere luogo in modo diffuso sul territorio nazionale. Se quindi il quadro delle condizioni affinché si avvii ed avvenga il cambiamento di sistema è ben presidiato, occorre altresì che il cambiamento a livello organizzativo sia altrettanto ben costruito e gestito. Il prossimo paragrafo affronta nel dettaglio il tema, proponendo gli schemi di riferimento che possono e devono ispirare e sostenere la diffusione ed ampliamento delle buone pratiche individuate e illustrate in questo manuale ed approfondite nei documenti tecnici del progetto PON GOV cronicità.

10.2 Il change management di livello organizzativo. Istruzioni di base

Punto di partenza per delineare ed attivare un cambiamento strategico è la condivisione della necessità di cambiare. Chiarire e condividere il quadro di contesto, attraverso la presentazione e discussione delle ragioni ed obiettivi per "fare", è di per sé l'azione più forte possibile di attivazione del cambiamento, nella misura in cui fornisce a tutti gli attori aziendali una medesima "lente" attraverso cui comprendere le priorità di azione e le conseguenti dinamiche organizzative. Un buon *change management* di livello organizzativo dovrebbe quindi sempre iniziare con una "narrativa" che ponga l'accento sulle ragioni più profonde del cambiamento proposto, in quanto collegabile prima di tutto alla missione aziendale, alla produzione di "valore", al significato "sociale", e solo successivamente all'esistenza di obblighi od indicazioni istituzionali, che certo possono essere vincolanti, ma non devono imporre per adempimento il cambiamento stesso. Il quadro istituzionale è una "sponda" cui il management dell'organizzazione si appoggia per costruire la cornice dentro cui collocare la costruzione del senso di urgenza e di consapevolezza della necessità di cambiare e di innovare. Ma i perché non possono essere derivanti solo o principalmente dall'esterno, quanto collegarsi ad ambizioni proprie della stessa organizzazione.

In questa prospettiva, la sterminata teoria sul cambiamento organizzativo può essere prima di tutto ricondotta ad una modellizzazione che individua tre stadi principali attraverso cui procedere:

1. la fase di presa di coscienza della necessità e dell'urgenza a cambiare ed innovare, altrimenti detta di "scongelo organizzativo";

2. l'esplorazione delle alternative per cambiare ed innovare, con l'adozione del percorso e dei contenuti specifici da portare avanti;
3. il consolidamento del cambiamento e dello stato innovativo con azioni di rinforzo ai nuovi processi, identificazione delle responsabilità attuative, potenziamento delle routine che ridefiniscano la normalità del lavoro secondo il nuovo assetto/modello.

La mappatura e disseminazione delle buone pratiche attuate tramite il progetto PON GOV Cronicità è in questa prospettiva uno straordinario:

- punto di partenza per attivare lo scongelamento organizzativo in modo diffuso sul territorio nazionale e per avviare od amplificare i percorsi di innovazione nei modelli di presa in carico e digitalizzazione e tecnologizzazione delle aziende sanitarie;
- database di "alternative", di modelli cui far riferimento nel disegnare percorsi e contenuti di innovazione;
- occasione e contributo al consolidamento delle buone pratiche studiate, attraverso la loro codifica e "celebrazione".

Un'opportunità per rilanciare in ogni SSR ed azienda l'innovazione necessaria a fronteggiare le sfide moderne della cronicità.

Per concludere, nello spirito e per gli scopi del presente manuale, strumento pratico per il management di regione ed aziende, si presenta qui di seguito una articolazione in azioni puntuali dei tre momenti del cambiamento sopra presentati. Tale articolazione in 8 stadi, basata su un adattamento del noto approccio per la guida del cambiamento proposto da Kotter (2012) e ispirata alle evidenze emerse nella ricerca manageriale ed ai casi studiati nel progetto PON GOV cronicità, viene qui proposta come traccia per supportare il disegno di processi di *change management* sempre più efficaci.

Gli otto stadi sono:

- **Stadio 1. Creare la consapevolezza del problema/opportunità e dell'urgenza ad agire:** individuare le problematiche potenziali e in atto, e/o le principali opportunità, e promuovere la riflessione e la discussione su questi temi. In questa fase del processo le buone pratiche studiate dal progetto PON GOV sono dei benchmark che possono e devono essere usati per avviare la "conversazione" interna ad ogni azienda sulla necessità di innovare;
- **Stadio 2. Creare la cabina di regia aziendale: scegliere persone dotate delle quattro caratteristiche-chiave per un'efficiente azione di governo del processo di cambiamento:** posizione di potere, competenze rilevanti per il compito da svolgere, credibilità e leadership. Quindi costruire un gruppo dotato della volontà e del potere sufficiente a guidare il cambiamento;
- **Stadio 3. Sviluppare visione e strategia: creare una visione che serva a guidare l'iniziativa di cambiamento e a coordinare efficacemente le azioni delle persone, in alternativa ad istruzioni dettagliate o a una serie di riunioni interminabili come spesso avviene nei contesti pubblici.** Occorre prestare attenzione alla "concretezza" della visione, alla narrativa che la sostiene, che deve indicare quali azioni sono importanti ed il perché sono irrinunciabili. Tramite le "storie" raccontate dai casi del progetto PON GOV cronicità si può e si deve anche sviluppare uno spirito di emulazione;
- **Stadio 4. Comunicare la visione e le ragioni più profonde del cambiamento:** utilizzare tutti i canali disponibili per comunicare costantemente la nuova visione e le nuove strategie all'interno dell'azienda. Ove possibile dare concretezza alle parole, magari andando a studiare sul campo i casi di buone pratiche che maggiormente ispirano il cambiamento atteso: l'azione è spesso il modo più potente per comunicare un nuovo orientamento;
- **Stadio 5. Generare una responsabilità diffusa tramite il coinvolgimento ampio dei collaboratori aziendali nel partecipare alle fasi di sviluppo del progetto.** Deve svilupparsi una "ownership" del cambiamento. Comunicare, comunicare, comunicare;
- **Stadio 6. Conseguire successi a breve termine: pianificare successi a breve termine, perché sono di grande aiuto nel giustificare gli sforzi richiesti, gli investimenti fatti.** Prevedere esperienze di applicazione pilota, prime sperimentazioni rapide. (si pensi all'introduzione di COT su aree/segmenti di popolazione limitati per testare la funzionalità, esperienze pilota di telemedicina, con orizzonti di brevissimo termine). Conseguire successi rapidi, oltre a permettere di testare ed affinare i processi operativi, consente di attribuire riconoscimenti visibili alle persone che hanno reso possibili quei successi e genera ulteriore slancio ed attenzione all'innovazione;
- **Stadio 7. Consolidare i progressi e produrre ulteriori cambiamenti:** utilizzare l'accresciuta credibilità per modificare tutti i sistemi, le strutture e le politiche che non si adattano fra loro e con la visione del cambiamento. A questo punto diventa possibile anche assumere, promuovere e formare persone in grado di far avanzare l'attuazione del cambiamento. Rafforzare il processo con nuovi progetti e attori favorevoli al cambiamento;



- **Stadio 8. Integrare i nuovi approcci nella cultura:** rendere visibili le relazioni fra nuovi modelli di servizio, le nuove pratiche operative, l'uso della tecnologia innovativa ed il successo dell'organizzazione, misurando e celebrando i successi, trasformandoli a loro volta nelle future "buone pratiche" che potranno essere studiate e diffuse al pari di quelle qui presentate e discusse nel progetto PON GOV cronicità.

Infine, un'ultima notazione. **Cambiare le persone per cambiare l'organizzazione.** Un vecchio adagio nel campo del management recita che "Qualsiasi cambiamento della cultura di un gruppo dipende strettamente da una ristrutturazione della costellazione di potere all'interno del gruppo stesso". Il cambiamento è prima di tutto un cambiamento di persone.

"Fare spazio" è spesso una prima preoccupazione nei processi di cambiamento. Soprattutto se lo spazio è difficile da fare perché si deve agire su professionisti di ruolo, con tenure, a prova di valutazioni negative (c'è sempre una giustificazione...), che detengono risorse scarse e critiche o desiderabili per l'organizzazione e soprattutto se in realtà l'azienda non vuole privarsi di tali professionisti, ma più pragmaticamente ricollocarli in funzioni e ruoli più coerenti con le loro attitudini manageriali e professionali. In questo senso, il cambiamento deve anche essere l'opportunità (oltre che una necessità) per valorizzare i "talenti", i giovani emergenti, che possono assumersi la leadership operativa del cambiamento anche perché fortemente motivati dalle collegate prospettive di carriera, di crescita professionale, di visibilità. "Sbloccare le rendite di posizione" e promuovere i talenti, oltre ad essere una funzione centrale della gestione strategica delle risorse umane, è quindi una condizione spesso fondamentale per il cambiamento, nonché una responsabilità ed un punto chiave dell'agenda strategica di chi dirige lo stesso cambiamento.

10.3 Gli attori chiave da considerare in un processo di change management

L'attuazione di un processo di cambiamento efficace e stabile richiede innanzitutto il consolidamento della consapevolezza nei soggetti coinvolti che il cambiamento è necessario per il benessere collettivo di tutto il contesto e che ogni attore è chiamato ad essere parte attiva e addirittura proattiva di questo cambiamento. Inoltre, occorre investire sulle **leve motivazionali e sul senso di appartenenza** ad un environnement che valorizza l'apporto individuale come parte essenziale del processo attraverso il ricorso ad una **leadership partecipativa e condivisa**.

Come evidenziano le numerose pratiche di successo analizzate nell'ambito del progetto PON GOV Cronicità anche in sanità un efficace intervento di change management richiede **l'individuazione del sistema di ruoli chiave** che a vario titolo sono impattati e possono influenzare i processi di adozione dei modelli innovativi e **delle modalità di coinvolgimento più appropriate** per ciascuno di essi.

In primo luogo, si individuano lo **sponsor del cambiamento**, che percepisce l'urgenza di cambiare e che sviluppa la vision del cambiamento, e gli **agenti del cambiamento** che prendono parte attivamente al processo di cambiamento e lo promuovono e accompagnano. Molto spesso, nelle esperienze di successo analizzate, questi ruoli non si identificano con i vertici aziendali ma con medici e operatori "illuminati" che stimolano l'attivazione di sperimentazioni o attività progettuali, avvalendosi delle opportunità di finanziamento e confronto a livello nazionale ed europeo. Tuttavia, il superamento della dimensione progettuale e sperimentale e la **messa a sistema e l'istituzionalizzazione delle pratiche innovative richiede necessariamente il coinvolgimento ed il commitment delle figure apicali e dei policy maker** regionali e l'introduzione di **meccanismi di governance stabili, integrati e formalizzati**.

Absolutamente da non trascurare è poi il ruolo **del target** del cambiamento qui rappresentato dall'intero **sistema di operatori** preposto a "subirne" gli effetti, cui si aggiungono i **pazienti e i caregiver** sempre più considerati come parte attiva del processo di cura. Il sistema di operatori, pazienti e caregiver interessati dall'innovazione deve dimostrarsi in grado di riconoscere, comprendere e condividere il cambiamento in atto e contribuire alla sua attuazione ognuno per la parte che gli compete. Del resto, non c'è leader senza followers, pertanto gli agenti del cambiamento difficilmente riescono ad emergere in assenza di contesto culturale ricettivo e motivato.

10.4 Leve strategiche e strumenti operativi del PON GOV Cronicità per il change management

Il PON GOV Cronicità mira ad accompagnare il processo di cambiamento a supporto principalmente dei policy maker al fine di rafforzare il loro ruolo di sponsor del cambiamento stimolando l'urgenza del cambiamento e il confronto operativo.

In questa prospettiva la Comunità di Pratica sviluppata in seno al progetto intende contribuire al superamento della dimensione volontaristica della sperimentazione ed a facilitare **la risalita a livello sistemico delle istanze di cambiamento in logica bottom-up**. La creazione di un ambiente collaborativo in cui è possibile condividere documenti, attivare discussioni e iniziative di lavoro collaborativo stimola, infatti, la libera circolazione delle idee e delle informazioni in un confronto tra pari, abilita forme di apprendimento collaborativo ed al contempo riporta il focus su un piano di outcome di salute, spogliando gli operatori della cronicità dei loro ruoli istituzionali in un ambiente contaminato e fecondo di nuove prospettive.

Un ruolo cruciale nei processi di gestione del cambiamento viene poi giocato dalla **comunicazione** nella sua duplice funzione **informativa e formativa** per accompagnare la rete di operatori, pazienti e caregiver coinvolti nella transizione digitale del sistema sanitario italiano. Il progetto, in parallelo al **livello spontaneo della comunicazione** all'interno della comunità di Pratica, ha enfatizzato le potenzialità di una **comunicazione più strutturata del cambiamento**, affiancando a momenti di condivisione e divulgazione più classici anche momenti informativi e formativi da remoto e un ampio piano editoriale su testate specialistiche digitali di rilievo nazionale raccontando l'innovazione della gestione della cronicità attraverso l'ICT proprio con mezzi di ICT.

La disseminazione delle attività e dei risultati del progetto ha inoltre seguito due ulteriori direttrici distinte ma convergenti, rivolgendosi al pubblico specialistico degli operatori di ICT e cronicità, policy maker e accademici attraverso la **Piattaforma della Cronicità**, dove è raccolto un prezioso patrimonio di pratiche italiane, europee e internazionali validate con metodologia elaborata dalla Commissione europea su modelli di gestione innovativa della cronicità mediante l'ICT, ma anche al pubblico dei pazienti, dei caregiver nel sito di progetto **Osservatorio della Cronicità** che racconta un mondo più ampio di spunti, notizie e documenti per il grande pubblico.

Nella accennata convergenza, i due strumenti si intersecano in una narrazione unica che racconta le due anime della cronicità, quella più tecnica e quella più vissuta, lasciando spazio a sconfinamenti reciproci in un continuo rimando dall'uno all'altro strumento. L'Osservatorio Cronicità diventa infatti il punto unico di accesso per la Comunità di Pratica e per la Piattaforma della Cronicità per gli addetti ai lavori abilitati alla candidatura di nuove pratiche ed al contempo la Piattaforma ha anche uno spazio pubblico per la consultazione delle pratiche.

A questo si aggiunge l'azione di **trasferimento** di metodi e strumenti da parte del team del PON GOV Cronicità a supporto dell'**azione di cambiamento realizzata attraverso** una concreta attività di **capacity building** delle strutture coinvolte per potenziarne la capacità amministrativa. A tal fine è stato predisposto un vero e proprio **kit di atti disegnati ad hoc per attivare il trasferimento di modelli innovativi attraverso la formalizzazione di accordi di gemellaggio tra i territori con diverse esperienze e maturità di sistema**, rilevate con specifici strumenti di management, con l'intento di predisporre **action plan** di investimento necessari a garantire la sostenibilità dell'innovazione oltre l'arco di vita del progetto.

In tal modo si estrinseca a diversi livelli anche il **principio della co-progettazione**, altra fondamentale leva strategica per il cambiamento, attraverso il coinvolgimento in un **modello di governance multilivello** di attori, stakeholder e target finale nel processo di costruzione di un sistema sanitario più moderno e in grado di rispondere, grazie anche alla tecnologia e al personale **informato e formato**, in maniera più efficace ai bisogni di salute di cittadini anch'essi pronti ad interagire con i servizi sanitari digitali.

Nello specifico, le risorse del RTI hanno operato in modo integrato con la rete della comunità di attori, sviluppata negli anni tramite impulso del PON GOV Cronicità e ulteriormente rinnovata e rafforzata in questa fase, garantendo un coordinamento efficace tra le risorse allocate a livello centrale e territoriale a supporto delle amministrazioni interessate, il tutto al fine di realizzare l'opera di rilevazione e trasferimento delle buone pratiche di gestione della cronicità col supporto dell'ICT. Grazie all'opera di aggiornamento quali-quantitativo della raccolta sistemica di buone pratiche, è stato possibile costruire un inventario organico di strumenti operativi, progettato per essere facilmente consultabile e riutilizzabile dai soggetti interessati e funzionale ad operare una reale azione di *change management* onnicomprensiva.

L'impalcatura metodologica e di governance costruita nell'ambito del progetto ambisce a rimanere vitale anche oltre la fine del progetto massimizzando la risonanza di una convergenza di intenti e di linguaggio operativo in tutte le Regioni italiane che, per la prima volta, hanno aderito allo stesso progetto europeo attraverso l'organismo formale di progetto della Rete dei Referenti Regionali per la cronicità e l'ICT e che hanno animato la Comunità di Pratica.

La ricca eredità di **output e outcome** del progetto può continuare a guidare il **trasferimento di conoscenza** e la promozione della salute e della medicina d'iniziativa, riconosciuta anche nell'ambito del PNRR, contribuendo ad attuare i modelli innovativi di assistenza territoriale indicati nel D.M. 77/2022, di cui il Pon Gov Cronicità si pone come **facilitatore** e naturale volano; vero e proprio **acceleratore**, quasi un **living lab, nella transizione verso un sistema sanitario più moderno, digitale ed efficace** in grado di dare una dimensione concreto alle **politiche** nazionali e a quelle di **coesione e inclusione** dell'Unione Europea.



BIBLIOGRAFIA



1. European Commission Directorate General for Health and Food Safety, Criteria to Select Best Practices in Health Promotion and Disease Prevention and Management in Europe
2. European Commission Directorate General for Health and Food Safety, Submitter's guide Best Practice Portal
3. Cifalinò A., Villa S. (2016). La gestione dei flussi logistici nell'assistenza territoriale: modelli e driver di cambiamento. Mecosan.
4. Davies C., Walley P., (2000), "Clinical governance and operations management methodologies", International Journal of Health Care Quality Assurance 13(1), pp.21-26.
5. Fenech L., Lega F., Prenestini A. (2017) "Il grado di diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa nelle aziende sanitarie del SSN: un'analisi empirica", in Cergas Bocconi, L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2017. Milano, Egea.
6. Fenech L., Lega F., Prenestini A. (2018) "L'Operations Management nelle aziende pubbliche del SSN: da work in progress a work on process", in Cergas Bocconi, L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2017. Milano, Egea.
7. Longo F., Zazzera A., Operation management delle cure primarie: quali standard di servizio per servire l'intera popolazione cronica? (2018) pp 55-73, Mecosan, ISSN: 1121-6921 vol 108
8. Langaber J.R. (2008), Health Care Operations Management, Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers
9. Villa S. (2012), L'operations management a supporto del Sistema di operazioni aziendali, Padova, CEDAM.
10. Quaderno di Monitor, Le Centrali Operative: standard di servizio, modelli organizzativi, tipologia di attività ed esperienze regionali. Agenas 2022.
11. F. Enrichens et al, monitor 45, Agenas, "LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA PER IL CITTADINO - CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E ASSISTENZA DOMICILIARE", pag 27 (2021).
12. F. Enrichens, Project manager Pon Gov Cronicità Agenas, *I pilastri di una nuova rete territorial: La pandemia lo ha reso ancor più evidente: il riordino della sanità deve passare attraverso la riorganizzazione della rete territorial. Luglio 2021*
13. F. Enrichens et al, monitor 46, Agenas, *Progetto Pon Gov "Sostenere la sfida della cronicità attraverso strumenti ICT": un aiuto al PNRR, pag. 28 (2021)*
14. D. Mantoan et al, monitor 45, Agenas, "Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale", pag.10 (2021).
15. D. Mantoan, monitor 46, Agenas, *Il futuro della governance in sanità: l'impatto del mondo digitale*, pag. 5 (2021).
16. *DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00052) (GU Serie Generale n.128 del 19-05-2020 - Suppl. Ordinario n. 21). Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77 (in S.O. n. 25, relativo alla G.U. 18/07/2020, n. 180).*
17. *CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 07.02.2013: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: "Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale". (SALUTE) Codice sito: 4.10/2013/11 (Servizio III) Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Repertorio Atti n.: 36/CSR del 07/02/2013.*
18. *CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 24.11.2016: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116/117". (SALUTE) Accordo, ai sensi dell'articolo 5, comma 12, dell'Intesa del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 82/CSR) "Patto per la salute 2014-2016". Repertorio Atti n.: 221/CSR del 24/11/2016.*



SITOGRAFIA



1. <http://www.pongovernance1420.gov.it/it/>
2. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/major_chronic_diseases/docs/sgpp_bestpracticescriteria_en.pdf
3. https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/Questions_and_Submitter_Guide.pdf
4. <http://chrodis.eu/>
5. <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/>
6. <https://www.interregeurope.eu/>
7. <http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2018/05/qcr-tool-short.pdf>

Nell'ambito delle attività di comunicazione del Pon Gov Cronicità è stata attivata una collaborazione con le testate giornalistiche di Quotidiano Sanità e Sanità Informazione per articoli relative al Progetto.

8. Contenitore unico: [Quotidiano Sanità: PON GOV Cronicità \(quotidianosanita.it\)](http://quotidianosanita.it)
9. Redazione Pon Gov Cronicità; "Pon Gov Cronicità: il progetto del ministero della Salute per una più efficace gestione dei pazienti con malattie croniche"; Quotidiano Sanità; 28 settembre 2022. [Pon Gov Cronicità: il progetto del ministero della Salute per una più efficace gestione dei pazienti con malattie croniche - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](http://quotidianosanita.it)
10. Albano, V.; Ippolito, A.; Sciamanna, A. "Pon Gov Cronicità: gli strumenti metodologici a supporto delle Regioni"; Quotidiano Sanità; 22 novembre 2022. [Pon Gov Cronicità: gli strumenti metodologici a supporto delle Regioni - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](http://quotidianosanita.it)
11. Enrichens, F. "Pon Gov Cronicità: il punto sulla Comunità di Pratica"; Quotidiano Sanità; 30 novembre 2022. [Pon Gov Cronicità: il punto sulla Comunità di Pratica - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](http://quotidianosanita.it)
12. Battilomo, S. "Pon Gov Cronicità. Battilomo (Ministero): Progetto precursore del Pnrr per telemedicina e casa come primo luogo di cura"; Quotidiano Sanità; 12 dicembre 2022. [Pon Gov Cronicità. Battilomo \(Ministero\): "Progetto precursore del Pnrr per telemedicina e casa come primo luogo di cura" - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](http://quotidianosanita.it)
13. De Maria, R.; Sini, G.; Ippolito, A.; Sciamanna, A. "Pon Gov Cronicità. Buone pratiche regionali: come sono state individuate e a quale scopo"; Quotidiano Sanità; 21 dicembre 2022. [Pon Gov Cronicità. Buone pratiche regionali: come sono state individuate e a quale scopo - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](http://quotidianosanita.it)
14. Enrichens, F. "Pon Gov Cronicità. Enrichens (Agenas): "Comunità di pratica, progettazione e grande partita del sociale e del sanitario trovano un punto di incontro"; Quotidiano Sanità; 25 gennaio 2023. [Pon Gov Cronicità. Enrichens \(Agenas\): "Comunità di pratica, progettazione e grande partita del sociale e del sanitario trovano un punto di incontro" - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](http://quotidianosanita.it)
15. Sciamanna, A.; Michelutti, P. "Pon Gov Cronicità: i tavoli di lavoro regionali"; Quotidiano Sanità; 1° febbraio 2023. [Pon Gov Cronicità: i tavoli di lavoro regionali - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](http://quotidianosanita.it)
16. Chiarolla, E.; Contenti, M.; Santurri, M.; Arena, P. "Pon Gov Cronicità. La telemedicina e i servizi di sanità digitale"; Quotidiano Sanità; 14 febbraio 2023. [Pon Gov Cronicità. La telemedicina e i servizi di sanità digitale - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](http://quotidianosanita.it)
17. Lorusso, S.; "Pon Gov Cronicità. Lorusso (Ministero): "Progetto precursore del DM 77"; Quotidiano Sanità; 27 febbraio 2023. [Pon Gov Cronicità. Lorusso \(Ministero\): "Progetto precursore del DM 77" - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](http://quotidianosanita.it)
18. De Maria, R.; Falcone, M.; Nube, G.; Enrichens, F.; "Pon Gov Cronicità. La presa in carico: origine ed evoluzione"; Quotidiano Sanità; 27 marzo 2023. [Pon Gov Cronicità. La presa in carico: origine ed evoluzione - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](http://quotidianosanita.it)
19. Vainieri, S., Tagliente, E.; Contenti, M.; Chiarolla, E. "Pon Gov Cronicità. Rafforzamento dell'assistenza domiciliare integrata con il supporto dell'ICT"; Quotidiano Sanità; 16 giugno 2023. [Pon Gov Cronicità. Rafforzamento dell'assistenza domiciliare integrata con il supporto dell'ICT - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](http://quotidianosanita.it)
20. Redazione Pon Gov Cronicità; "Pon Gov Cronicità. Rete dei servizi di cure intermedie: riorganizzazione del territorio e assistenza integrata. A che punto siamo"; Quotidiano Sanità; 30 giugno 2023. [Pon Gov Cronicità. Rete dei servizi di cure intermedie: riorganizzazione del territorio e assistenza integrata. A che punto siamo - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](http://quotidianosanita.it)
21. [Archivi Podcast | Sanità Informazione \(sanitainformazione.it\)](http://sanitainformazione.it)
22. <https://www.sanitainformazione.it/speciali/pon-gov-cronicita-comunita-di-pratica/>



ALLEGATO: PON GOV CRONICITÀ – SINTESI PRATICHE NAZIONALI

A cura di Emilio Chiarolla, Valentina Albano, Renata De Maria, Alessia Sciamanna



La raccolta e condivisione delle pratiche che hanno come focus il miglioramento della gestione della Cronicità con l'uso dell'ICT, costituisce l'obiettivo prioritario del progetto PON GOV Cronicità, che ruota proprio intorno all'emersione, classificazione e trasferimento di buone pratiche, in modo da estenderne l'utilizzo per il miglioramento dei servizi. Il progetto intende, infatti, offrire un supporto metodologico e operativo alle Regioni per sfruttare al meglio le potenzialità offerte dalle tecnologie digitali nei processi di cambiamento delle politiche sanitarie orientate alla prevenzione e gestione, ma soprattutto alla presa in carico integrata dei pazienti con patologie croniche ed è finalizzato alla concreta attuazione del Piano Nazionale di Cronicità (PNC) adottato il 15 settembre 2016.

Le pratiche sono state individuate e classificate a partire da un rigoroso approccio metodologico basato sulla valorizzazione e adattamento di strumenti e metodi consolidati anche a livello europeo e sono rese accessibili e consultabili all'interno della Piattaforma della Cronicità (www.piattaformacronicita.salute.gov.it), che rappresenta la sede per la raccolta e la classificazione in maniera strutturata, analitica e comparabile, delle esperienze innovative di gestione della cronicità con l'ausilio dell'ICT.

Il processo di individuazione e classificazione delle pratiche adottato si basa sui seguenti passaggi:

- la definizione di un framework adottato per l'acquisizione delle informazioni multidimensionali;
- La raccolta e sistematizzazione delle pratiche secondo il framework adottato, anche attraverso l'interazione con i referenti regionali;
- La classificazione delle pratiche al fine di restituire un importante patrimonio per la programmazione dei servizi riservati alla cronicità.

Nella prima fase del progetto, Agenas, di concerto con il Ministero della Salute ha scelto di avvalersi dello strumento di rilevazione QCR Tool- Recommendations to improve prevention and quality of care for people with chronic diseases, prodotto elaborato sotto la guida dell'Istituto Superiore di Sanità, leader del WP 7 relativo al diabete, nell'ambito della Joint Action CHRODIS Addressing chronic diseases & healthy ageing across the life cycle.

Tale impostazione è risultata particolarmente felice in quanto ha consentito di rendere scientificamente robusta la metodologia di emersione e valutazione delle pratiche, avvalorata dalla validazione dalla Commissione Europea, e di cogliere lo spirito implementativo raccomandato dalla Commissione nel documento di riferimento di tale metodologia, elaborando una versione dello strumento in grado di rispondere, attraverso opportuni adattamenti, alle finalità del progetto così da renderlo più efficace nella rilevazione in particolare del dominio tecnologico, driver fondamentale del Progetto PON GOV Cronicità.

Lo strumento identifica criteri di qualità e raccomandazioni per sostenere l'implementazione di buone pratiche e per migliorare, monitorare e valutare la qualità della prevenzione e delle cure per le malattie croniche in generale attraverso l'analisi e valutazione di nove petali, ciascuno corrispondente ai domini di progettazione della pratica, promozione dell'empowerment del paziente, valutazione e monitoraggio, inclusività, istruzione e formazione, etica, governance, interazione con i sistemi ordinari, sostenibilità e scalabilità.

Nel corso del 2019, con il coinvolgimento della Rete dei Referenti Regionali per la cronicità e l'ICT, AGENAS ha realizzato una prima attività di ricognizione, analisi e valutazione delle pratiche presso le Regioni avvalendosi del QCRTool, così come implementato, nell'intento di individuare le esperienze caratterizzate da elevate potenzialità di trasferibilità ad altri contesti, sotto il profilo delle strategie di intervento, procedure operative, metodi e strumenti di lavoro secondo le diverse fasi di assistenza ai pazienti con patologie croniche, ruoli degli attori coinvolti ed azioni propedeutiche (empowerment, formazione etc.) e tecnologie introdotte per la gestione dei flussi informativi.

Le pratiche sono state classificate secondo tre direttrici:

- le quattro classi di ampiezza degli interventi;
- le cinque fasi del Piano Nazionale Cronicità;
- cinque livelli di implementazione.

Per la classe di ampiezza sono state distinte le pratiche in base alla copertura

- dell'intero modello (5 fasi) proposto dal Piano Nazionale Cronicità;
- di singoli aspetti del percorso assistenziale;
- di singole patologie/PDPA;
- studi preliminari/sperimentazioni, volti a definire specifici aspetti relativi a programmazione/assistenza/organizzazione dei servizi e dei sistemi informativi.



Le pratiche sono state poi catalogate rispetto alle fasi del PNC ovvero stratificazione e targeting della popolazione, promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce, presa in carico e gestione del paziente, erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente e valutazione della qualità delle cure erogate.

Da ultimo è stato preso in considerazione il livello di implementazione della pratica ovvero se la pratica è già implementata, se è in corso di implementazione, se si tratta di una sperimentazione in corso, se sono in corso attività di studio e analisi e, da ultimo, se la sperimentazione o lo studio sono completati.

È stato quindi assegnato dagli esperti del gruppo di lavoro di AGENAS un punteggio a tutti i questionari pervenuti, con riferimento a ciascun Criterio e a ciascuna Categoria, in base alla rilevanza e alla innovatività della pratica di gestione della cronicità, tenendo conto della definizione della Commissione Europea - Directorate-General for Health and Food Safety di Buona Pratica, di cui al documento di metodo sopra citato e meglio descritta nel Manuale operativo.

I punteggi assegnati sono stati successivamente riproporzionati secondo i pesi di ciascun Criterio della scheda QCR Tool, ottenuti in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità, in modo da garantirne la coerenza con la versione originaria contemperando al contempo gli obiettivi del Progetto. Si è giunti così ad un giudizio numerico complessivo di ciascuna pratica ottenuto come somma dei punteggi delle singole categorie e dei singoli Criteri, ma rappresentativo delle dimensioni qualitative di analisi della pratica stessa.

Il framework adottato per l'acquisizione delle informazioni multidimensionali, in linea con l'evoluzione delle linee programmatiche nazionali e con il conseguente riorientamento delle attività di progetto, è stato ulteriormente sviluppato preservando le dimensioni di indagine presenti nel questionario QCR Tool estendendole ed organizzandole nella così detta "Matrice delle esperienze" (vedi ancora cap. 1 del Manuale operativo) che costituisce il substrato della Piattaforma della Cronicità.

Il nuovo framework di inserimento della pratica porta i proponenti ad una descrizione omogenea dei contenuti delle attività messe a punto, al fine di valorizzare gli aspetti più innovativi e consentire, a chi intende conoscere o valutare la pratica, di coglierne gli spunti più originali o che meglio possano adattarsi al trasferimento in contesti diversi da quelli di origine.

Rispetto allo strumento metodologico adottato nella prima fase del progetto (QCR Tool) sono state apportate importanti innovazioni, quali:

- l'ampia descrizione degli strumenti tecnologici, distinguendo tra servizi digitali e telemedicina, a supporto della pratica;
- la definizione di una sezione dedicata all'integrazione sociosanitaria, che consente di raccogliere anche esperienze che, nel contesto della Missione 5 del PNRR "Coesione e Inclusione" si sono dedicate al tema delle fragilità specifiche;
- la ricostruzione puntuale delle modalità di finanziamento, cruciale ai fini della sostenibilità e replicabilità dell'esperienza;
- lo spazio dedicato ad evidenziare non solo i punti di forza, ma anche le barriere e le criticità riscontrate nello sviluppo dell'esperienza presentata.

Al fine di mettere in rilievo gli aspetti di innovazione più significativi le pratiche sono state classificate in:

- **Best practice:** pratiche particolarmente innovative, coerenti con i domini del metodo di valutazione e che contengono tutti gli elementi significativi ai fini della trasferibilità.
- **Buona pratica:** pratiche abbastanza innovative, che presentano gran parte degli elementi coerenti con i domini del metodo di valutazione e sufficienti elementi significativi ai fini della trasferibilità.
- **Pratica:** pratiche che sono inquadrabili come coerenti con i domini del metodo di valutazione, ma che presentano margini di miglioramento in ordine alla innovatività e alla trasferibilità.

Il processo di classificazione è garantito da un workflow di valutazione, frutto dell'adattamento delle procedure adottate in sede di valutazione di progetti europei, che include i seguenti step:

1. Istruttoria della procedura ad opera di un gruppo misto di esperti NTC – AGENAS, attraverso:
 - a. la revisione delle singole pratiche caricate in piattaforma per l'analisi di coerenza con la tematica PON GOV e completezza delle informazioni descritte;
 - b. la trasmissione ai proponenti attraverso la segreteria PON GOV delle richieste di chiarimenti e/o integrazioni, utili a mettere in luce aspetti rilevanti o positivi ai fini della valutazione più appropriata;
 - c. l'assegnazione di ciascuna pratica ad un gruppo di 4 valutatori esperti (2 del Nucleo Tecnico Centrale del Ministero e 2 di AGENAS) le cui competenze sono maggiormente pertinenti e qualificate per la comprensione dell'esperienza.

2. Lavoro individuale di analisi critica e attribuzione di un ranking alla singola pratica da parte di ciascun valutatore assegnatario negli specifici domini di analisi;
3. Confronto fra i 4 valutatori per analizzare, sotto la lente di competenze variegata e specifiche, eventuali discrepanze di valutazione per giungere ad un ranking condiviso sul valore innovativo della pratica e sul suo potenziale di scalabilità e trasferibilità. Il gruppo è coordinato da un moderatore, individuato a turno fra gli esperti NTC di Ministero della Salute ed AGENAS, che ha il compito di facilitare la discussione per giungere ad un consenso e di redigere un giudizio finale che metta in luce il valore incrementale della pratica, i suoi punti critici e le possibili aree di miglioramento;
4. Sessione di ranking finale da parte della direzione di progetto.

Il processo di valutazione della pratica è supportato da una griglia quali-quantitativa che declina un set di giudizi rispetto alle dimensioni chiave di analisi della pratica su una scala a n.4 valori (insufficiente, sufficiente, buono, ottimo), cui sono associati dei coefficienti da moltiplicare per il peso relativo attribuito alla stessa dimensione.

Il risultato del workflow di valutazione si concretizza in un punteggio a supporto dell'attività di classificazione della pratica secondo le 3 tipologie individuate (best practice, buona pratica e pratica) e in un giudizio qualitativo che viene restituito al proponente. In particolare, il giudizio è formulato in due sezioni:

- una sezione sintetica, che mette in evidenza gli aspetti più innovativi e pregevoli dell'esperienza, inserita nella piattaforma e visibile in consultazione quando viene autorizzata la pubblicazione della pratica
- una sezione analitica, riservata al solo promotore, dove sono dettagliate eventuali aree di miglioramento e presentati suggerimenti atti a favorire la maturazione e la scalabilità della pratica per un suo trasferimento in altri contesti regionali

Di seguito si ripropone una formulazione sintetica delle pratiche analizzate al 31 agosto 2023, al fine di fornire spunti e direzioni per la progettazione e attuazione di interventi di cambiamento nei modelli di servizio delle aziende sanitarie.

Le pratiche sono elencate in ordine alfabetico per Ente proponente e suddivise nelle due fasi:

- Pratiche prima rilevazione: la prima call del 2021, con una valutazione qualitativa;
- Pratiche seconda rilevazione: la seconda call del 2022-2023 secondo la metodologia quali-quantitativa precedentemente dettagliata.

PRATICHE DELLA PRIMA RILEVAZIONE

<p>Desi-Digital Environment and monitoring System for patients Inclusion - UCCP di Scafa</p>	<p>Promotore</p> <p>ASL PESCARA / Abruzzo</p>	<p>Valenza temporale</p> <p>2014 - 2019</p>						
<p>Sintesi del progetto</p> <p>D.E.S.I." (Digital Environment and Monitoring System for Chronic Patient Inclusion) è una innovativa piattaforma di telemedicina per la gestione ed il monitoraggio del paziente cronico, ideata, progettata e realizzata dai Medici di Medicina Generale dell'Unità Complessa di Cure Primarie -U.C.C.P. Sperimentale) della Val Pescara.</p> <p>Il Sistema, finanziato dalla Regione Abruzzo con fondi POR FESR 2014/2020, consente di seguire, da remoto, l'andamento di patologie croniche, come le cardiopatie, l'asma, il diabete, l'ipertensione, lo scompenso cardiaco, la bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) le malattie neurodegenerative.</p>		<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>Gli obiettivi generali includono : Consentire la fruibilità di cure, servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza; Utilizzare le tecnologie digitali per facilitare l'accesso alle cure mediche e ai servizi in favore delle popolazioni delle zone rurali; Accrescere equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari nei territori remoti; Migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria; Offrire, grazie alla disponibilità di servizi di teleconsulto, un valido supporto ai servizi mobili d'urgenza, attraverso la riorganizzazione dei servizi sanitari. Gli obiettivi specifici includono permettere il costante monitoraggio di parametri vitali in pazienti a rischio, affetti da patologie croniche e anziani fragili ed effettuare a distanza la rilevazione di molteplici parametri biometrici attraverso appositi device.</p> <p><u>Indicatori di valutazione:</u> 1) soggetti monitorati; 2) ricoveri evitati; 3) parametri vitali rilevati e monitorati</p>						
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> il bacino di utenza riguarda l'intera popolazione dell'ASL di Pescara. All'interno di tale bacino sono individuati i pazienti affetti da malattie cardiovascolari, salute mentale età adulta e neuropsichiatria infantile e malattie respiratorie che possono monitorati attraverso strumenti di telemedicina.</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 1.000</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati:</u> 218</p>	<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <table border="0"><tr><td><u>Servizi di sanità digitale:</u></td><td><u>Servizi di telemedicina:</u></td></tr><tr><td>- Sensori</td><td>- Telemonitoraggio</td></tr><tr><td>- Software (incluse le App)</td><td>- Telecontrollo</td></tr></table>		<u>Servizi di sanità digitale:</u>	<u>Servizi di telemedicina:</u>	- Sensori	- Telemonitoraggio	- Software (incluse le App)	- Telecontrollo
<u>Servizi di sanità digitale:</u>	<u>Servizi di telemedicina:</u>							
- Sensori	- Telemonitoraggio							
- Software (incluse le App)	- Telecontrollo							
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>Possibilità di riuso soluzioni ICT: la pratica è stata estesa per il monitoraggio dei pazienti affetti da COVID-19 e sono state usate altre tipologie di sensori</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p> <p>La pratica è stata trasferita in altri contesti</p>	<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none">• Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità• Modelli di Telemedicina• Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti							
<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p>7 – Modelli innovativi di cura e assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina</p> <p>9 – Dimensionamento dei servizi e della capacity di personale e logistica</p>								

Implementazione di un modello omogeneo e condiviso per il monitoraggio e la presa in carico dei pazienti con multicronicità su tutto il territorio regionale

Promotore

A.S.P. CROTONE / Calabria

Valenza temporale

2019 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica realizza la creazione e il potenziamento di reti regionali secondo modelli omogenei per le multi-cronicità e l'implementazione di sistemi di monitoraggio degli indicatori. E' incentrata sulla predisposizione di PDTA per il paziente affetto da multi-cronicità e sulla chiamata attiva dei soggetti a rischio, sostenuta da un piano di informativo per la popolazione a rischio. Prevede la stratificazione della popolazione con il monitoraggio dell'appropriatezza e dell'aderenza diagnostica e terapeutica per il percorso (PDTA/PAI) e delle risposte assistenziali. Implementati registri di patologia presso le Aziende e presso la Regione. La pratica considera, inoltre, la condivisione degli strumenti per l'acquisizione dei dati al fine di alimentare i flussi NSIS, individuando i bisogni informatici e predisponendo il programma di adeguamento.

Obiettivi Generali e Specifici

Obiettivo generale riorganizzare la governance del paziente con multicronicità, attraverso la prevenzione, la diagnosi precoce e la gestione multilivello, multidisciplinare e multiprofessionale. Gli obiettivi specifici includono: 1) Realizzare una mappatura delle forme organizzative UCCP/AFT e predisporre e proporre un modello condiviso omogeneo di assistenza e presa in carico delle multicronicità; 2) Avviare la costruzione di registri di patologia presso le Aziende, finalizzati alla costituzione e alimentazione del registro unico regionale; 3) Predisporre un piano formativo sulla base delle individuate esigenze; 4) Predisporre un piano informativo per la popolazione a rischio; 5) Predisporre la chiamata attiva dei soggetti a rischio sul modello dello studio pilota "gestione del diabete di tipo 2 e altre MCNT attraverso stili di vita corretti" del PRP 2014-2019; 6) Predisporre il PDTA per il paziente affetto da multicronicità; 7) Finalizzare l'analisi dei bisogni informatici e predisporre il programma di adeguamento.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: Tutti i pazienti multicronici appartenenti al bacino di utenza dell'A.S.P. Di Crotone. All'interno di questa popolazione sono stati identificati, in seguito a valutazione multidimensionale soggetti a rischio sul modello dello studio pilota "gestione del diabete di tipo 2 e altre MCNT attraverso stili di vita corretti" del PRP 2014-2019.

Numero dei soggetti target di riferimento: 48.000 (fonte Istat 2019)

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Prescrizione /dispensazione elettronica (farmaci e/o dispositivi medici)

Elementi utili alla trasferibilità

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Modelli della gestione della policronicità attraverso PDTA

Trasferimento/gemellaggio

Capitolo di riferimento del Manuale

- 4 - Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti
- 5 - Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali

Oberon	Promotore Calabria	Valenza temporale 2009 - Attiva
Sintesi del progetto <p>Il servizio Oberon pianifica e gestisce l'assistenza domiciliare nell'ambito delle malattie neurodegenerative e gravi cerebrolesioni. E' rivolto a pazienti con disturbi cronici della coscienza (Stato vegetativo o di Minima Coscienza) attraverso l'integrazione tra televisite al domicilio del paziente, il telemonitoraggio automatizzato di parametri vitali ed il teleconsulto dalla centrale operativa dell'Istituto S. Anna, denominata UOS (Unità Operativa Speciale). L'équipe remota, composta da un medico specialista, un infermiere professionale, un terapeuta della riabilitazione e un OSS, effettua visite programmate con tempistiche dettate dalle condizioni cliniche del paziente. I parametri vitali vengono rilevati attraverso dispositivi elettromedicali ed inviati alla centrale operativa automaticamente.</p>		Obiettivi Generali e Specifici <p>L'obiettivo generale è garantire la continuità assistenziale dei pazienti in trattamento in condizioni di uniformità in tutto il territorio regionale attraverso una effettiva integrazione Ospedale-Territorio individuando e sperimentando nuovi strumenti, tecnologie e metodologie assistenziali Gli obiettivi specifici includono: la definizione di PAI omogenei; il consolidamento delle modalità di remunerazione di prestazioni con sistemi di telemedicina e teleassistenza nell'assistenza domiciliare; la valutazione degli aspetti organizzativi del modello assistenziale in pazienti con disordini di coscienza; la riduzione dei ricoveri nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie e conseguentemente dei costi correlati; la sperimentazione dell'uso della teleriabilitazione per la deospedalizzazione precoce; l'incremento delle competenze professionali del personale sanitario e degli assistenti sociali; il miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti e la riduzione dei disagi per le famiglie.</p>
Popolazione target e bacino di utenza <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> la popolazione di riferimento corrisponde all'intera popolazione della Regione Calabria. All'interno di tale bacino sono stati individuati e selezionati, per l'arruolamento nella pratica, persone in stato di minima coscienza.</p> <p>Numero dei soggetti target di riferimento: 200</p> <p>Numero dei soggetti arruolati: 134</p>	Tipologia di servizi digitali/telemedicina <p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario- Sensori- Software (include le App)	
Elementi utili alla trasferibilità <p>Modularità della pratica; La pratica presenta un modello di gestione di multicronicità validato e agevolmente esportabile in altri contesti.</p>	Componenti Cassetta degli attrezzi <ul style="list-style-type: none">• Modelli innovativi di ADI	
Trasferimento/gemellaggio		
Capitolo di riferimento del Manuale <p>7 – Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina</p> <p>8 – La rete dei servizi delle cure intermedie</p>		

Angelo Custode

Promotore

Campania

Valenza temporale

2019 - Attiva

Sintesi del progetto

La centrale operativa istituita presso l'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon assiste, presso il loro domicilio, pazienti pediatrici affetti da insufficienze respiratorie croniche con necessità di ventilazione meccanica. I pazienti assistiti risiedono in zone rurali distanti dall'ospedale e presentano gravi disabilità respiratorie. Il servizio assicura il monitoraggio dei parametri vitali dei bambini assistiti a domicilio e la supervisione tramite webcam delle procedure assistenziali mediante l'uso di tecnologie informatiche. Il servizio di teleassistenza viene utilizzato in particolare per creare un collegamento audio-video tra struttura sanitaria e caregiver, che consente agli operatori di fornire al caregiver assistenza per pratiche complesse.

Obiettivi Generali e Specifici

Obiettivo generale del servizio "Angelo Custode" è il potenziamento dell'assistenza domiciliare per pazienti pediatrici affetti da patologie respiratorie croniche con necessità di ventilazione meccanica attraverso strumenti di teleassistenza e di telemonitoraggio. Gli obiettivi specifici includono fornire al caregiver assistenza per pratiche complesse, rafforzarne il senso di sicurezza e di fiducia, umanizzare le attività con supporti compassionevoli alla famiglia, aumentare la soddisfazione per l'assistenza, prevenire ospedalizzazioni evitabili. Ulteriori obiettivi sono relativi alla formazione per i caregiver nell'utilizzo del device per inviare i parametri clinici sulla piattaforma di telemedicina e per gli operatori saranno formati all'interpretazione dei report di monitoraggio prodotti dalla piattaforma.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento:

Pazienti pediatrici cronici con presenza di fragilità in terapia ventilatoria a domicilio, affetti da gravi disabilità con insufficienze respiratorie croniche.

Numero dei soggetti target di riferimento: 30

Numero dei soggetti arruolati: 30

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Prescrizione/dispensazione elettronica (farmaci e/o dispositivi medici);
- Sistema di supporto alle decisioni (es. analisi del rischio);
- App e chatbot per prevenzione e cura,

Servizi di telemedicina:

- Teleassistenza;
- Teleconsulto;
- Telemonitoraggio;
- Telecontrollo.

Elementi utili alla trasferibilità

La pratica possiede caratteristiche di trasferibilità in altri contesti regionali di assistenza domiciliare per gli aspetti procedurali ed organizzativi.

La scelta della soluzione tecnologica necessita di un adattamento poiché è vincolata al modello del ventilatore fornito al paziente.

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Modelli innovativi di ADI;
- Modelli di Telemedicina,

Trasferimento/gemellaggio

Capitolo di riferimento del Manuale

7 - Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi di telemedicina

<p>Emilia-Romagna: l'approccio alla Population Health Management e la presa in carico della cronicità/fragilità</p>	<p>Promotore</p> <p>Emilia-Romagna</p>	<p>Valenza temporale</p> <p>2017-07-12 - Attiva</p>																		
<p>Sintesi del progetto</p> <p>La pratica realizza la stratificazione della popolazione regionale utilizzando un database longitudinale, che consente di creare un profilo individuale di rischio di ospedalizzazione nel tempo. L'algoritmo Risk-ER permette di calcolare il livello di fragilità stratificato su quattro livelli e individuare la sottopopolazione fragile in base alle variabili demografiche, indicatori di morbilità e di severità di malattia, indicatori di qualità dei profili di cura facilitando la pianificazione di interventi di medicina di iniziativa e la gestione del disease management.</p> <p>Nelle Case della Salute, deputate all'assistenza di prossimità il Piano Assistenziale Personalizzato (PAI) applicato alle persone con Profilo di Rischio Alto di Risk-ER consente di ottimizzare la presa in carico.</p>		<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>L'obiettivo generale è sistematizzare e omogenizzare i percorsi per la presa in carico della cronicità attraverso il supporto di una robusta base informativa e della stratificazione di rischio di eventi.</p> <p>Gli obiettivi specifici includono: attivazione delle nuove Case della Salute come sede per la fine di sistematizzare e omogenizzare i percorsi per la presa in carico della cronicità; realizzazione di un programma formativo; attivazione progetti di medicina di iniziativa; individuazione degli strumenti per la promozione del lavoro dei MMG; dialogo con le associazioni.</p> <p>La componente della pratica riferita all'utilizzo dell'algoritmo Risk-ER non è più attiva a partire dal 2020. L'approccio alla Population Health Management e la presa in carico del paziente è tuttora attiva e pienamente integrata con il sistema ordinario di cure.</p> <p><u>Indicatori di valutazione:</u> pazienti affetti da Asma o BPCO che hanno seguito un corretto trattamento farmacologico e che hanno effettuato gli appropriati controlli periodici previsti dalle Linee Guida</p>																		
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> L'intera popolazione di tutte le province e tutte le ASL dell'Emilia Romagna (Piacenza, Parma, Reggio E, Modena, Bologna, Imola, Ferrara, Romagna sopra i 14 anni di età secondo il modello predittivo Risk-ER.</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 3.864.586</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati:</u> 270.000</p>	<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Servizi di sanità digitale :</u></td> <td><u>Servizi di telemedicina :</u></td> </tr> <tr> <td>- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario</td> <td>- Teleassistenza</td> </tr> <tr> <td>- Cruscotto per la gestione del transitional care</td> <td>- Telemonitoraggio</td> </tr> <tr> <td>- Cruscotto per il controllo di gestione e analisi della spesa.</td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Altro:</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Flussi Aziendali Ospedalieri</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Flussi informativi dell'Ambulatorio infermieristico integrato della cronicità</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Agenda Digitale</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Piattaforma Sole</td> <td></td> </tr> </table>		<u>Servizi di sanità digitale :</u>	<u>Servizi di telemedicina :</u>	- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario	- Teleassistenza	- Cruscotto per la gestione del transitional care	- Telemonitoraggio	- Cruscotto per il controllo di gestione e analisi della spesa.		<u>Altro:</u>		- Flussi Aziendali Ospedalieri		- Flussi informativi dell'Ambulatorio infermieristico integrato della cronicità		- Agenda Digitale		- Piattaforma Sole	
<u>Servizi di sanità digitale :</u>	<u>Servizi di telemedicina :</u>																			
- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario	- Teleassistenza																			
- Cruscotto per la gestione del transitional care	- Telemonitoraggio																			
- Cruscotto per il controllo di gestione e analisi della spesa.																				
<u>Altro:</u>																				
- Flussi Aziendali Ospedalieri																				
- Flussi informativi dell'Ambulatorio infermieristico integrato della cronicità																				
- Agenda Digitale																				
- Piattaforma Sole																				
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>Modularità della pratica;</p> <p>La pratica si avvale di una rete di strutture dell'assistenza territoriale già in linea con le indicazioni del DM 77/2022.</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p> <p>Sperimentazione CCM 2017 in cui Risk-ER è stato utilizzato in Regione Campania, Lazio e dal 2020 in Piemonte e Marche</p>	<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stratificazione della popolazione • Medicina di iniziativa • Health literacy • Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità • Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità • Modelli di telemedicina • Modelli innovativi di ADI • Modelli della gestione della policronicità attraverso PDTA • Equipe multidisciplinare multiprofessionale 																			
<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p>4 – Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti</p> <p>5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali</p>																				

<p style="text-align: center;">BEST PRACTICE</p> <p style="text-align: center;">Smartcare</p>	<p style="text-align: center;">Promotore</p> <p style="text-align: center;">ASU GIULIANO ISONTINA / Friuli Venezia-Giulia</p>	<p style="text-align: center;">Valenza temporale</p> <p style="text-align: center;">2013-03-01 - 2016-08-31</p>
<p style="text-align: center;">Sintesi del progetto</p> <p>SmartCare, nasce come progetto europeo di cure integrate socio-sanitarie, di durata triennale (2013-2016), con l'obiettivo di testare un modello di telemonitoraggio da remoto per pazienti affetti da cronicità (es. scompenso cardiaco), per ridurne i giorni di ricovero ed essere efficacemente sostenibile dal punto di vista delle risorse umane ed organizzative. Il Progetto ha interessato il territorio del FVG con 20 Distretti Sanitari regionali. L'intervento si è dimostrato efficace e sostenibile in fase post acuta di malattia, in dimissione dopo un ricovero per riabilitazione della patologia.</p>		<p style="text-align: center;">Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>Obiettivi generali: implementare col supporto di strumenti ICT, un modello di assistenza domiciliare per pazienti anziani con una o più patologie croniche ad elevato impatto clinico ed economico, migliorando l'integrazione socio-sanitaria e promuovendo l'autogestione.</p> <p>Obiettivi specifici analizzare l'impatto dell'implementazione di un processo di cure integrate sociosanitarie supportate da ICT, (modello MAST), sui processi organizzativi assistenziali, sul carico sociosanitario della patologia; attivare l'empowerment degli assistiti.</p> <p>Indicatori di valutazione: numero e durata dei ricoveri in degenza ospedaliera per acuti e in Strutture di cure Intermedie, numero di contatti pianificati e non con gli operatori sanitari; costi.</p>
<p style="text-align: center;">Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> Anziani ricoverati per patologie croniche con necessità di ADI (3-6 mesi) da parte di un team multiprofessionale</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 1000</p> <p><u>Tipo di popolazione arruolata nella pratica:</u> Utenti fragili over 50 con almeno 1 patologia cronica (SC, DM, BPCO)</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati nella pratica:</u> 201</p>	<p style="text-align: center;">Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <p><u>Servizi di sanità digitale, telemedicina e ICT:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Stratificazione della popolazione - App e chatbot per prevenzione e cura - Sistema di cooperazione tra professionisti - Cruscotto per la gestione del transitional care - Telemonitoraggio - Sensori, Software (includere App) e Diagnostica in vitro <p><u>Altro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kit (HUB, Misuratore di pressione, Pulsossimetro, ECG ad una derivazione, Tablet, Bilancia, Glucometro, Smart Walk, Help ME, sensore di parametri ambientali e di movimento.) 	
<p style="text-align: center;">Innovazione su aspetti organizzativi e risorse umane</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passaggio da strategia assistenziale reattiva ad una proattiva. - Scelta del «giusto» paziente con approccio «personalizzato» e importante focus su «empowerment» di paziente/caregiver. - Competenza ed esperienza di parte del personale coinvolto. 	<p style="text-align: center;">Innovazione su aspetti tecnologici</p> <p>Telemedicina a supporto (mai alternativa); Strumentazione ICT pratica ed efficiente, ben accettata dai pazienti (Kit sensori personalizzati per patologia/gravità); Nello sviluppo attivazione di prestazioni di telemedicina: televisita, teleconsulto, telecooperazione sanitaria, telemonitoraggio, telesalute e tele riabilitazione.</p>	
<p style="text-align: center;">Innovazione su aspetti clinici e di percorso</p> <p>Il modello di assistenza è volto a sviluppare nel paziente e nel caregiver capacità di automonitoraggio e autocura.</p> <p>Il modello prevede la presa in carico con intervento educativo personalizzato da parte dei servizi infermieristici e la definizione di un case manager che coordina il processo.</p>	<p style="text-align: center;">Innovazione su aspetti finanziari</p> <p>Il progetto SmartCare-FVG ha dimostrato che nei pazienti affetti da patologie croniche e principalmente nella fase post-acuta di malattia, è possibile ridurre significativamente i giorni di degenza con un limitato e sostenibile aumento dell'utilizzo di risorse infermieristiche territoriali.</p>	
<p style="text-align: center;">Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>Modularità della pratica; Possibilità di riuso soluzioni ICT; Condivisione di toolkit per il trasferimento.</p>	<p style="text-align: center;">Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti • Stratificazione della popolazione • Modelli innovativi di ADI • Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici • Banca dati dell'Assistito (BDA) • Modelli di Telemedicina • Modelli di valutazione per professionisti attraverso questionario • Modelli di valutazione dell'ICT • Modelli di valutazione per pazienti attraverso questionario • Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti • Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità • Equipe multidisciplinare multiprofessionale 	
<p style="text-align: center;">Trasferimento/gemellaggio</p>		
<p style="text-align: center;">Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p style="text-align: center;">8 – La rete dei servizi delle cure intermedie</p> <p style="text-align: center;">9 – Dimensionamento dei servizi e della capacity di personale e logistica</p>		

BEST PRACTICE

PIÙ VITA

Promotore

ASL LATINA / Lazio

Valenza temporale

2017 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica è incentrata sulla gestione del PDTA in integrazione fra MMG e specialisti e a Centrale di Continuità Territoriale (CCT) infermieristica attraverso la piattaforma informatica e su servizi di tele-consulto/tele-visita in poliambulatori di zone logisticamente disagiate. Il paziente sottoscrive il Patto di Cura relativo al PAI proposto dal MMG, responsabile del percorso per l'individuazione dei fattori di rischio, la diagnosi, l'inquadramento iniziale e la gestione in autonomia dei pazienti non complicati. Lo specialista è responsabile del PAI per i casi complessi/non controllati in collaborazione con il MMG. La Asl, gestisce gli step di cura, pianificazione visite ed esami, prenotazioni, e ad avvertire il paziente su scadenze e appuntamenti.

Obiettivi Generali e Specifici

Gli obiettivi generali includono: riorganizzare l'offerta sanitaria per la presa in carico della cronicità, individuare precocemente il bisogno di salute e garantire una corretta programmazione del percorso di cura nel rispetto dei principi di presa in carico e continuità assistenziale, senza orizzonte temporale. Gli obiettivi specifici comprendono: 1) Semplificare l'accessibilità ai servizi e restituire al paziente tempo prezioso di vita quotidiana; 2) Aumentare l'aderenza alle terapie per migliorare lo stato di salute, l'aspettativa di vita ed il decorso della patologia; 3) Recuperare la fiducia nel Sistema Sanitario, garantendo al paziente lo sviluppo del PDTA in termini di certezza e tempi di erogazioni delle prestazioni. Indicatori di valutazione: aderenza al PAI, assorbimento della capacità produttiva, ricoveri e accessi in PS., tempi di peggioramento della patologia.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: la popolazione di riferimento appartiene al bacino di utenza della ASL di Latina. Nello specifico, sono individuati i soggetti affetti da 3 patologie croniche BPCO Diabete Scompenso cardiaco suddivisa in classi di gravità/complessità nell'ambito del bacino d'utenza dell'ASL di Latina

Numero dei soggetti target di riferimento: 75.263

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario
- Cruscotto gestione e analisi della spesa
- Sistema di cooperazione tra professionisti
- Prescrizione/dispensazione elettronica (farmaci e/o dispositivi medici)
- App e chatbot per prevenzione e cura
- Cruscotto per la gestione del transitional care

Servizi di telemedicina:

- Telemonitoraggio
- Televisita
- Teleconsulto

Innovazione su aspetti organizzativi e risorse umane

Condivisione dati tra MMG, Specialisti ASL; gestione condivisa dei pazienti tra servizi e livelli diversi in base alla stratificazione di gravità dei pazienti secondo criteri individuati nei PDTA aziendali per patologia; integrazione competenze multiprofessionali e multidisciplinari.; programmazione flessibile e sostenibile dei servizi.

Innovazione su aspetti tecnologici

Integrazione di funzioni e accessi nella piattaforma tecnologica. Modularità e flessibilità della strumentazione per la teleassistenza.

Innovazione su aspetti clinici e di percorso

Identificazione proattiva per tempestiva presa in carico. Valutazione dei bisogni. Valutazione delle capacità di autogestione del paziente da parte di due attori: a) MMG in occasione dell'arruolamento nel PDTA questionario registrato in piattaforma. b) COT, propedeutica alla predisposizione del piano di counseling individuale ed empowerment.

Innovazione su aspetti finanziari

Ributizione di risultato ai MMG in base a: numero minimo di arruolamenti all'anno, presa in carico, diagnosi precoce; aderenza terapia; indicatori di processo organizzativo: % assorbimento capacità produttiva; % di aderenza dei pazienti al PAI in presenza e in assenza della CCT, ricoveri/accessi in PS; tempestiva di aggravamento dello stadio di malattia del paziente cronico.

Elementi utili alla trasferibilità

Progettualità che preveda l'organizzazione dell'offerta; Coinvolgimento dei MMG; Importanza di adeguare al territorio ricevente il coordinamento degli attori tramite la piattaforma.

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Banca dati dell'Assistito (BDA)
- Medicina di iniziativa
- Health Literacy
- Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità
- Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità
- Modelli di Telemedicina
- Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA
- Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale
- Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti

Trasferimento/gemellaggio

Capitolo di riferimento del Manuale

4 – Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti

7 – Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina

Piattaforma Informatica applicata alla gestione dei PDTA Diabete e BPCO

Promotore

ASL ROMA 2 / Lazio

Valenza temporale

2015 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica ha implementato e rafforzato il progetto pilota del 2015 Chronic Care Model attivando network di collaborazione tra la Casa della Salute e le strutture SPOKE sul territorio.

I MMG ricorrono alla medicina di iniziativa nei confronti delle persone da inserire nei percorsi annuali predefiniti e alla gestione, per la parte di loro competenza, del paziente nell'ambito del PDTA. Gli infermieri case manager attivano il follow-up telefonico e altri strumenti di contatto per assicurare la continuità e l'aderenza al piano di cura

La pratica si fonda su una piattaforma tecnologica per la condivisione delle informazioni e l'interazione tra personale distrettuale, MMG e specialisti ambulatoriali.

Obiettivi Generali e Specifici

L'obiettivo generale è l'applicazione del Chronic Care Model per la presa in carico dei pazienti cronici (Diabete, BPCO)

Gli obiettivi specifici comprendono 1) promuovere l'equità di accesso ai servizi sanitari territoriali; 2) facilitare l'accesso dei cittadini agli studi dei MMG; 3) organizzare risposte sanitarie e, se necessario, socio sanitarie complesse, a partire dalle case della salute; 4) sviluppare il governo clinico dell'assistenza per il miglioramento dei servizi; 5) promuovere corretti stili di vita, con particolare attenzione agli interventi di prevenzione vaccinale su popolazione e categorie a rischio, educazione e informazione sanitaria; 6) contribuire a diminuire gli accessi impropri al pronto soccorso, tramite percorsi condivisi, agli altri servizi ambulatoriali e distrettuali.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento:

Pazienti affetti da diabete o BPCO nel bacino d'utenza dell' ASL ROMA2

Numero di soggetti target di riferimento: 99.451 (BPCO: 32.783; diabete tipo II: 66.668)

Numero dei soggetti arruolati: 5.000

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Sistema di cooperazione tra professionisti

Altro:

- Collaboration platform PDTA

Servizi di telemedicina:

- Teleassistenza
- Telemonitoraggio
- Telecontrollo

Elementi utili alla trasferibilità

Modularità della pratica;
Possibilità di riuso soluzioni ICT

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Medicina di iniziativa
- Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità
- Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità
- Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale
- Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti
- Modelli di Datawarehouse per il monitoraggio degli indicatori utili per la valutazione delle prestazioni di cronicità

Trasferimento/gemellaggio

Capitolo di riferimento del Manuale

4 – Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti

5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali

Gestione integrata della cronicità (Diabete, BPCO e scompenso cardiaco) nella ASL di Viterbo - Centrali Operative della Cronicità

Promotore

ASL VITERBO / Lazio

Valenza temporale

2019 - Attiva

Sintesi del progetto

Il progetto prevede l'implementazione di un percorso integrato di cure per l'assistenza a pazienti cronici affetti da (BPCO), scompenso cardiaco e diabete, al fine di integrare la gestione della cronicità e delle comorbidità.

La presa in carico inizia con l'individuazione della popolazione a rischio e l'attuazione di azioni di prevenzione.

La pratica associa i percorsi integrati di cura delle 3 patologie con l'estensione del modello utilizzato nella rete della diabetologia, alle reti cardiologica e pneumologica utilizzando una piattaforma dedicata per mettere in connessione gli specialisti delle 3 aree e attivare percorsi di cura integrati ospedale/territorio

Obiettivi Generali e Specifici

L'obiettivo generale è identificare ed adottare un percorso integrato di cure per la gestione della policronicità diabete, BPCO, e scompenso cardiaco), che consenta di ottimizzare l'impiego delle risorse e di ridurre la disomogeneità dei comportamenti professionali,

Obiettivi specifici sono: prevenire l'insorgere della malattia cronica o ritardarne la progressione, prevenire le riacutizzazioni, ridurre i ricoveri e gli accessi in PS, migliorare l'appropriatezza e monitoraggio delle cure prescritte e dei tempi di attesa, migliorare la qualità di vita dei pazienti, promuovere l'autogestione favorendo la prossimità degli interventi (grazie anche alla telemedicina).

Indicatori di valutazione: aderenza al PIC; Appropriatezza prescrittiva (terapeutica e diagnostica) complicità/ricoveri o accessi impropri in strutture sanitarie/ giornate di degenza/spesa sanitaria.

Indicatori di valutazione: 1) Aderenza al PIC; 2) Appropriatezza descrittiva; 3) Esiti di salute

Popolazione target e bacino di utenza

Tipologia di popolazione target di riferimento:

Pazienti cronici affetti da polipatologia, pari, secondo la stima dello studio epidemiologico Open Salute Lazio, al 6,7% della popolazione della provincia di Viterbo.

Numero dei soggetti target di riferimento:

22.000

Numero dei soggetti arruolati:

16.000

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi sanità digitale:

- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line;
- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario;
- Cruscotto per la gestione del transitional care;
- Stratificazione della popolazione;
- App e chatbot per prevenzione e cura;
- Sistema di cooperazione tra professionisti

Servizi di Telemedicina:

- Teleassistenza;
- Telemonitoraggio;
- Telecontrollo;
- Teleconsulto.

Elementi utili alla trasferibilità

Modularità della pratica

Trasferimento/gemellaggio

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione;
- Banca dati dell'Assistito (BDA);
- Health Literacy;
- Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità
- Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità
- Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità;
- Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti;
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale;
- Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici;
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti;
- Modelli di valutazione per professionisti attraverso questionario;
- Modelli di valutazione per pazienti attraverso questionario;
- Modelli di Datawarehouse per il monitoraggio degli indicatori utili per la valutazione delle prestazioni di cronicità.

Capitolo di riferimento del Manuale

4 – Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti

5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali

<p>Implementazione di attività cliniche in TELESALUTE nella insufficienza respiratoria</p>	<p>Promotore</p> <p>ASL RIETI / Lazio</p>	<p>Valenza temporale</p> <p>2009 - Attiva</p>															
<p>Sintesi del progetto</p> <p>La pratica ha creato un network tra paziente, MMG, specialisti ospedalieri o territoriali in presenza di multicronicità ed altro personale sanitario (nutrizionista, terapista della riabilitazione, psicologo, ecc.), favorendo l'attività in team multidisciplinare per un'interazione tempestiva ed efficace. L'integrazione è supportata da una centrale di telenursing e telemonitoraggio domiciliare attraverso una piattaforma ICT unica e una serie di devices domiciliari, personalizzata in base alle necessità del paziente, che permettono di monitorare parametri vitali, tramessi attraverso uno smartphone alla piattaforma centrale. Le attività di Telenursing (educazione all'auto-gestione, correzione di errori gestionali), facilitano l'aderenza consapevole del paziente al trattamento e il perfezionamento a distanza della titolazione della terapia applicata (flusso di ossigeno da somministrare, parametri del ventilatore).</p>		<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>Obiettivi generali: Attivare nuove risposte assistenziali per i pazienti con insufficienza respiratoria, con il coinvolgimento attivo del paziente e del caregiver e una diversa organizzazione dell'attività specialistica, attraverso la creazione di percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio per la gestione delle acuzie e della casistica più complessa in ospedale e delle situazioni stabilizzate sul territorio.</p> <p>Obiettivi specifici: 1) presa in carico del paziente con insufficienza respiratoria; 2) riduzione dei ricoveri ospedalieri a rischio di inappropriata e/o ripetuti; 3) prevenzione degli episodi di riacutizzazione; 4) empowerment del paziente e del caregiver per favorire l'autogestione della patologia e l'aderenza alla terapia; 5) sostegno al MMG nella gestione di terapie domiciliari complesse.</p> <p><u>Indicatori di valutazione:</u> riduzione degli esami diagnostici in ospedale, durata della degenza ospedaliera, accessi in PS e ricoveri ripetuti.</p>															
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> Pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica nel bacino d'utenza dell'ASL di Rieti</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati:</u> 113</p>	<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Servizi di sanità digitale:</u></td> <td></td> <td><u>Servizi di telemedicina:</u></td> </tr> <tr> <td>- Sistema di cooperazione tra professionisti</td> <td></td> <td>- Telemonitoraggio</td> </tr> <tr> <td>- Cruscotto per la gestione del transitional care</td> <td></td> <td>- Teleassistenza</td> </tr> <tr> <td><u>Altro:</u></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Sensori e vari Medical Devices</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<u>Servizi di sanità digitale:</u>		<u>Servizi di telemedicina:</u>	- Sistema di cooperazione tra professionisti		- Telemonitoraggio	- Cruscotto per la gestione del transitional care		- Teleassistenza	<u>Altro:</u>			- Sensori e vari Medical Devices		
<u>Servizi di sanità digitale:</u>		<u>Servizi di telemedicina:</u>															
- Sistema di cooperazione tra professionisti		- Telemonitoraggio															
- Cruscotto per la gestione del transitional care		- Teleassistenza															
<u>Altro:</u>																	
- Sensori e vari Medical Devices																	
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>-Tarare l'utilizzo della tecnologia sulle skills culturali e tecnologiche della popolazione beneficiaria.</p> <p>- Contesti più appropriati di trasferimento: aree interne a grande dispersione, scarsa viabilità, difficile accesso ai servizi</p> <p>Convergere su indicatori comuni per monitorare nel tempo il rapporto costo-beneficio ai fini della tariffazione dell'intervento</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p>	<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità • Modelli di Telemedicina • Equipe multidisciplinare multiprofessionale 																
<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p>7 – Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina</p> <p>8 – La rete dei servizi delle cure intermedie</p>																	

Progetto PAI (Piano Assistenziale Individuale) per assistiti con cronicità, componente del Progetto di Salute tramite la piattaforma IT-CURA (Integrazione Territoriale Coordinamento Unico Regionale dell'Assistenza)

BEST PRACTICE

Promotore

Liguria

Valenza temporale

2018 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica consiste nella presa in carico del paziente cronico, anche con il coinvolgimento dell'IFoC e le UCA per i casi di maggior complessità.

Il PAI è inserito dal MMG nel Progetto di Salute (ONE-Health) del paziente tramite la piattaforma di interoperabilità dell'ecosistema informativo regionale IT-CURA (Integrazione Territoriale - Coordinamento Unico Regionale dell'Assistenza).

Le COT monitorano i piani assistenziali individuali raccordando i servizi ed i professionisti coinvolti nei diversi setting aziendale ottimizzandone gli interventi attraverso il TASK PLANNER.

Obiettivi Generali e Specifici

Obiettivo generale è la creazione di PDTA condivisi e standardizzati a livello regionale e la personalizzazione del piano assistenziale al singolo paziente da parte del MMG

Gli obiettivi specifici includono: 1. migliorare appropriatezza nella cura delle malattie croniche e delle polipatologie; 2. prevenire le complicanze mediante: a) la diagnosi precoce; b) la promozione della partecipazione attiva del paziente alla gestione della propria malattia grazie all'educazione terapeutica; c) il monitoraggio del paziente cronico da parte del MMG; d) l'ottimizzazione e la razionalizzazione dell'accesso agli ambulatori.

Indicatori di valutazione: aderenza del MMG al PDTA, aderenza dei pazienti al PAI, ricoveri, accessi in PS

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: Soggetti affetti da BPCO e/o diabete e/o scompenso cardiaco biennio 2023-2024 censiti nella Banca Dati Assistiti della Regione Liguria

Numero dei soggetti target di riferimento: 127.746

Numero dei soggetti arruolati: 9.377

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario
- Stratificazione della popolazione
- Integrazione con FSE v2.0

Servizi di telemedicina:

- Televisita
- Teleconsulto

Altro:

- Flussi regionali/ aziendali
- Anagrafe Nazionale (ANA) /Anagrafe Regionale Assistiti
- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Innovazione su aspetti organizzativi e risorse umane

Modello facilitato di presa in carico proattiva della cronicità; selezione e arruolamento degli assistiti direttamente dagli MMG, in base ai criteri definiti nei PDTA concordati; modello estendibile ad altre patologie e alla multimorbilità.

Innovazione su aspetti tecnologici

Utilizzo di una piattaforma informatica regionale che valorizza i flussi informativi; coordinamento della piattaforma con elementi regionali e nazionali (piattaforma regionale di telemedicina, FSE v2.0; importazione dei PAI nei software gestionali della medicina generale.

Innovazione su aspetti clinici e di percorso

Possibilità di coinvolgimento di un numero significativo di assistiti; approccio orientato alla multimorbilità, più aderente alla «real life»; possibilità di condivisione dello strumento con gli specialisti; attenzione al patto di cura, responsabilizzazione e empowerment dei pazienti; valutazione dell'efficacia dell'intervento su indicatori di processo e di esito;

Innovazione su aspetti finanziari

Incentivo di risultato per i MMG per: numero di assistiti arruolati nel programma; conferma degli assistiti arruolati nell'anno precedente; aderenza > 80% alle prestazioni programmate nei PAI; riduzione negli assistiti arruolati >5% degli accessi al PS e dei ricoveri rispetto all'anno precedente.

Elementi utili alla trasferibilità

Modularità della pratica; Possibilità di riutilizzo soluzioni ICT; E' necessaria la disponibilità di BDA per la stratificazione e ricostruzione percorsi.

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Modelli di valutazione per pazienti attraverso questionario
- Banca dati dell'Assistito (BDA)
- Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità
- Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti
- Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti
- Modelli di Telemedicina
- Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità
- Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici
- Modelli di valutazione per professionisti attraverso questionario

Trasferimento/gemellaggio

Nessun trasferimento effettuato o in corso

Capitolo di riferimento del Manuale

5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali

<p>BDA - Banca Dati Assistito</p>	<p>Promotore</p> <p>Liguria</p>	<p>Valenza temporale</p> <p>2016 - Attiva</p>
<p>Sintesi del progetto</p> <p>La Banca Dati Assistiti (BDA) permette di stratificare la popolazione in base alle caratteristiche anagrafiche (età, sesso, residenza) e alle condizioni di salute, con focus sulle cronicità. In base ad algoritmi confrontati con altre Regioni (Lombardia, Toscana), al singolo assistito sono attribuite le patologie ricercate (14 macro-categorie e circa 100 sottocategorie), attraverso l'incrocio dei flussi amministrativi (schede di dimissione ospedaliera, esenzioni, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, pronto soccorso).</p>		<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>L'obiettivo principale è stratificare la popolazione in base alle caratteristiche anagrafiche e alle condizioni di salute, con focus sulle cronicità.</p> <p>Gli obiettivi specifici includono : 1) Calcolo delle prevalenze; 2) Mappatura delle multi-cronicità; 3) Suddivisione degli assistiti in categorie legate alle multi cronicità e il calcolo dei rispettivi pesi economici; 4) Computo dei consumi nei diversi setting assistenziali; 5) Individuazione dei singoli eventi traccianti e arruolanti; 6) Confronti tra livelli/territori (MMG, Distretti, ASL, Regione) e nel tempo; 7) Attraverso il collegamento con il progetto PAI, verifica della gestione dei Piani.</p>
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> Tutta la popolazione regionale iscritta al SSR</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 1.552.545</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati:</u> 1.552.545</p>		<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <p><u>Altro:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Integrazione con i flussi regionali/aziendali
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>Possibilità di riuso soluzioni ICT</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p>		<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none">• Stratificazione della popolazione• Banca dati dell'Assistito (BDA)
<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p>4 – Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti</p>		

<p>Modello Gestionale di Presa in carico dei pazienti</p>	<p>Promotore</p> <p>Regione Lombardia</p>	<p>Valenza temporale</p> <p>2017 - 2022</p>
<p>Sintesi del progetto</p> <p>La pratica prevede la definizione di un nuovo percorso, dove un Gestore (MMG) programma e organizza annualmente tutti i servizi necessari a dare risposta ai bisogni di ciascun paziente, affiancandolo e garantendogli un'assistenza continuativa. Il modello proposto prevede che il Gestore organizzi tutti i servizi sanitari e socio-sanitari necessari al paziente in relazione alle patologie croniche di cui soffre e che sono inserite nel "PAI".</p> <p>Inoltre, il Gestore supporta il cittadino programmando le prestazioni previste nel PAI e scegliendo tra le strutture sanitarie e socio-sanitarie comprese all'interno della sua "filiera erogativa", emettendo le prescrizioni necessarie, fissando gli appuntamenti, e verificando i referti.</p>		<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>Obiettivi generali: Implementare percorsi di presa in carico, promuovendo in un'ottica di continuità ospedale territorio; sviluppare un'organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari nei confronti del malato cronico in una logica orientata ai bisogni della persona cronica e della sua famiglia; individuare tipologie differenziate di risposta in funzione dei diversi bisogni di salute; individuare strumenti di governance innovativi per la gestione delle fragilità.</p> <p>Obiettivi specifici: Assistenza sanitaria personalizzata e un più facile accesso alle cure; cure meglio rispondenti ai bisogni individuali di salute. Il paziente viene seguito per verificare che le terapie prescritte vengano correttamente seguite.</p> <p>Indicatori di valutazione: 1) soggetti inseriti nella pratica; 2) soggetti presi in carico sui classificati cronici</p>
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> Soggetti cronici residenti in Lombardia</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 3.400.00</p>	<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Prescrizione / dispensazione elettronica (farmaci e/o dispositivi medici)	
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p>	<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none">• Stratificazione della popolazione• Banca dati dell'Assistito (BDA)• Health Literacy	
<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p>4 – Modelli di stratificazione della popolazione 5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali</p>		

<p>AREE INTERNE - 4.2a Gestione delle cronicità nelle aree interne. Infermiere di famiglia e di comunità - ICT - formazione</p>	<p>Promotore</p> <p>ASUR - Distretto Area Vasta 1 / Marche</p>	<p>Valenza temporale</p> <p>2019-05-23 - Attiva</p>
<p>Sintesi del progetto</p> <p>La pratica si basa sull'adozione di un approccio multidisciplinare integrato, coinvolgendo figure professionali diverse per garantire una presa in carico del paziente completa, attraverso l'istituzione di percorsi assistenziali condivisi.</p> <p>L'istituzione e l'inserimento nei processi di cura della figura dell'Infermiere di Comunità (IFeC) ha reso possibile implementare la medicina di iniziativa e forme di supporto socio-sanitario attraverso PDTA condivisi con la medicina generale.</p> <p>La pratica si avvale di servizi digitali in ambito sanitario, come Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line, il cruscotto per il controllo di gestione e analisi della spesa.</p>		<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>Gli obiettivi specifici includono: 1) Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e comunità, per la promozione dell'autonomia del paziente cronico a domicilio. 2) Utilizzo di tecnologie ICT per migliorare i collegamenti ospedali territorio, per monitorare le patologie croniche e per prevenire le complicanze e gestire le terapie domiciliari, 3) Miglioramento dei livelli di assistenza e riduzione dei ricoveri ospedalieri tramite attività formative/informative rivolte ai pazienti e agli operatori sanitari, 4) Implementare il supporto socio-sanitario mediante percorsi assistenziali condivisi con la medicina generale.</p> <p>Indicatori di valutazione: 1) Anziani over 65 trattati in ADI; 2) Farmacie di servizi attivate; 3) Servizi a domicilio e di prossimità presso gli Uffici Postali.</p>
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> Paziente cronico superiore a 65 anni residente trattato con ADI nel bacino di utenza dell'ASUR</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati:</u> 5.775</p>	<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line- Sistema di supporto alle decisioni (es. analisi del rischio)- Controllo per il controllo di gestione e analisi della spesa- Sistema di cooperazione tra professionisti <p><u>Servizi di telemedicina:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Televisita- Teleassistenza- Telerefertazione <p><u>Altro:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Integrazione con Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), Anagrafe Nazionale (ANA) /Anagrafe Regionale Assistenti	
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>Modularità della pratica</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p> <p>La pratica è stata trasferita in altri contesti</p>	<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none">• Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità• Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità• Modelli di Telemedicina• Modelli innovativi di ADI• Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici• Modelli di valutazione dell'ICT	
<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p>7 – Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina</p> <p>8 – La rete dei servizi delle cure intermedie</p>		

<p>SIRTE - Sistema Informativo Regionale per il Territorio</p>	<p>Promotore</p> <p>Marche</p>	<p>Valenza temporale</p> <p>2014-06-30 - Attiva</p>		
<p>Sintesi del progetto</p> <p>Il sistema informativo Rete del territorio (SIRTE) consente l'accesso di circa 5.000 utenti abilitati, con profili differenziati per categoria di utenza e gestisce i processi interni al percorso assistenziale. L'accesso al sistema avviene tramite il PUA (Punto Unico di Accesso) che, a seguito di una prima rilevazione del bisogno, avvia la fase di valutazione del paziente, garantendo l'individuazione del corretto percorso assistenziale (cure prestazionali, cure domiciliari integrate, cure in strutture residenziali), la definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e la successiva erogazione dell'assistenza con rivalutazioni periodiche, fino alla conclusione della presa in carico.</p> <p>Il sistema prevede, inoltre, la possibilità di attivare percorsi trasversali erogabili agli assistiti presi in carico (es. trasporti programmati, assistenza protesica, ecc)</p>		<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>L'obiettivo generale è assicurare il coordinamento dei percorsi di cura tra i diversi professionisti e la continuità dell'assistenza tra differenti livelli organizzativi, ottimizzando l'integrazione tra Ospedale e territorio, con processi omogenei su tutto il territorio delle Marche, superando le specificità dei singoli territori pur nel rispetto delle stesse.</p> <p>Gli obiettivi specifici includono l'integrazione del sistema informatico SIRTE con nuove funzioni specifiche per la cronicità (es. implementazione cartelle cliniche ambulatori della cronicità), nei vari ambiti informatizzati; il potenziamento della comunicazione tra famiglia, caregiver ed operatori coinvolti nel processo di cura attraverso l'attivazione di nuovi canali (app, chat, SMS, mail, altri strumenti ritenuti idonei)</p>		
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> tutta la popolazione regionale di cui il 25% over 65.</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 1.500.000</p>	<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <table border="0"><tr><td><p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p><ul style="list-style-type: none">- Prescrizione/dispensazione elettronica- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario- Cruscotto per la gestione del transitional care- Cruscotto per il controllo di gestione e analisi della spesa- Consegna referti on line- Sistema di cooperazione tra professionisti</td><td><p><u>Servizi di telemedicina:</u></p><ul style="list-style-type: none">- Piattaforma unica regionale di Telemedicina</td></tr></table>		<p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Prescrizione/dispensazione elettronica- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario- Cruscotto per la gestione del transitional care- Cruscotto per il controllo di gestione e analisi della spesa- Consegna referti on line- Sistema di cooperazione tra professionisti	<p><u>Servizi di telemedicina:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Piattaforma unica regionale di Telemedicina
<p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Prescrizione/dispensazione elettronica- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario- Cruscotto per la gestione del transitional care- Cruscotto per il controllo di gestione e analisi della spesa- Consegna referti on line- Sistema di cooperazione tra professionisti	<p><u>Servizi di telemedicina:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Piattaforma unica regionale di Telemedicina			
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p> <p>Il modello della Piattaforma SIRTE è stato trasferito e replicato anche in Regione Valle d'Aosta</p>	<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none">• Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità• Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità• Modelli innovativi di ADI• Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici• Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti• Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti			
<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p>7 – Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina</p>				

<p style="text-align: center;">BEST PRACTICE</p> <p>Teledialisi</p>	<p style="text-align: center;">Promotore</p> <p>ASL Cuneo 2 / Piemonte</p>	<p style="text-align: center;">Valenza temporale</p> <p>2002 - Attiva</p>				
<p style="text-align: center;">Sintesi del progetto</p> <p>La pratica permette di eseguire la dialisi peritoneale (DP) a domicilio attraverso il sistema di Videodialisi e la piattaforma di eVisus Totem.</p> <p>La pratica prevede la costituzione di una Stazione Remota a domicilio del paziente (Totem), una Stazione di Controllo (SC) con funzione multiutenza collocata nella sede da cui il personale sanitario effettua le operazioni e una Centrale di Controllo Informatico che gestisce il collegamento tra i Totem remoti e la Stazione di Controllo.</p>		<p style="text-align: center;">Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>Obiettivi generali: la rimozione delle barriere e la riduzione del drop-out dalla metodica, un supporto professionale a distanza ai pazienti/caregivers ed un monitoraggio intensivo.</p> <p>Obiettivi specifici sono</p> <ul style="list-style-type: none"> -prevenzione delle complicanze legate alla DP -riduzione del passaggio dalla DP alla emodialisi ospedaliera -riduzione del consumo di risorse -promozione del senso di autoefficacia evitando il ricorso ad altre forme assistenziali a maggiore impatto economico o sociale <p>Indicatori di valutazione: accessi in videodialisi o in centro e accessi dell'infermiere a domicilio, drop-out dalla videodialisi, numero di pazienti seguiti/ora di attività infermieristica; incidenza di peritoniti, mortalità, ospedalizzazioni.</p>				
<p style="text-align: center;">Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> Pazienti uremici con indicazione alla dialisi peritoneale selezionati su valutazione multidisciplinare clinica e socio-assistenziale che devono essere addestrati e/o supportati all'autogestione delle procedure dialitiche.</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 575</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati:</u> 200</p>	<p style="text-align: center;">Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema di supporto alle decisioni; - Sistema di cooperazione tra professionisti </td> <td style="vertical-align: top;"> <p><u>Servizi di telemedicina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Televisita - Teleassistenza </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p><u>Altro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Software eViSuS Totem - Totem apposito per dialisi al domicilio </td> </tr> </table>		<p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema di supporto alle decisioni; - Sistema di cooperazione tra professionisti 	<p><u>Servizi di telemedicina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Televisita - Teleassistenza 	<p><u>Altro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Software eViSuS Totem - Totem apposito per dialisi al domicilio 	
<p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema di supporto alle decisioni; - Sistema di cooperazione tra professionisti 	<p><u>Servizi di telemedicina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Televisita - Teleassistenza 					
<p><u>Altro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Software eViSuS Totem - Totem apposito per dialisi al domicilio 						
<p style="text-align: center;">Innovazione su aspetti organizzativi e risorse umane</p> <p>Valutazione multidimensionale (clinica, psicologica, sociale, attitudinale) per la scelta del trattamento sostitutivo.</p> <p>Ruolo centrale del servizio infermieristico, presente sia nel Centro Operativo, dove un operatore può assistere in Teledialisi fino a 6 pazienti/ora, che per gli accessi domiciliari.</p>	<p style="text-align: center;">Innovazione su aspetti tecnologici</p> <ul style="list-style-type: none"> •Totem trasportabile certificato come DM in classe 1. evoluta in i grande formato per strutture) e ridotto per l'impiego domiciliare. •Software open source per la valutazione dell'autonomia dei pazienti all'autogestione in sicurezza durante la procedura di DP. •Web-app Memoterapia per migliorare l'aderenza terapeutica •Telecontrollo Biocare: alert sms su smartphone implementato nel progetto MaRea per il monitoraggio della Malattia Renale Avanzata 					
<p style="text-align: center;">Innovazione su aspetti clinici e di percorso</p> <p>eVISUS consente la connessione con la centrale di controllo con periodicità e tempi di erogazione flessibili per intensificazione del training o on demand per necessità dei pazienti</p> <p>È applicabile a domicilio, io, ambulatorio e RSA.</p>	<p style="text-align: center;">Innovazione su aspetti finanziari</p> <p>L'articolata batteria di indicatori e il trasferimento in altre Regioni con criteri comuni di valutazione con l'analisi della costo-efficacia dell'approccio</p>					
<p style="text-align: center;">Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>Modularità della pratica</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Trasferimento/gemellaggio</p> <p>La pratica è stata trasferita in altri contesti: Sardegna; Abruzzo; Emilia-Romagna; Lombardia; Veneto.</p>	<p style="text-align: center;">Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelli di Telemedicina; • Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti; • Modelli di valutazione per pazienti attraverso questionario. 					

Capitolo di riferimento del Manuale

7 – Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e telemedicina

PDTA BPCO	Promotore ASL TO3 / Piemonte	Valenza temporale 2018 - Attiva
Sintesi del progetto <p>La pratica rappresenta un'azione di medicina di iniziativa. Il servizio aziendale di epidemiologia mette a disposizione dei MMG elenchi di soggetti >60 anni a rischio per BPCO (case finding).</p> <p>Il MMG avvia con l'assistito attività di informazione e counselling rispetto alla patologia e alla necessità di cambiamento degli stili di vita. Il MMG inserisce il paziente nel percorso specifico di sanità di iniziativa e follow up che prevede controlli periodici, counselling infermieristico e incontri di gruppo sugli stili di vita, educazione terapeutica e gestione della terapia.</p> <p>La pratica coinvolge specialisti ambulatoriali, infermieri e operatori ospedalieri per la gestione coordinata delle agende cliniche mediante una cartella informatizzata interconnessa attraverso il sistema informativo dedicato.</p>		Obiettivi Generali e Specifici <p>La pratica prevede il miglioramento della gestione del ritorno a domicilio dopo la fase acuta, gestita efficacemente dagli operatori e dai servizi territoriali, in termini di medicina d'iniziativa, educazione agli stili di vita e consolidamento della continuità ospedale-territorio.</p> <p>Gli obiettivi specifici sono: 1) Gestire la fase di ritorno al domicilio del paziente dopo la fase acuta; 2) Intervento di medicina di iniziativa con sottoscrizione del contratto per l'inserimento del paziente nel percorso specifico per ridurre e contenere riacutizzazioni; 3) Organizzazione di incontri di gruppo per gli assistiti con interventi di promozione della salute e attività motoria di gruppo.</p>
Popolazione target e bacino di utenza <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> La popolazione residente nell'ASL TO3 affetti a rischio BPCO. In particolare, la popolazione arruolata è composta da soggetti con età maggiore o uguale a 60 anni.</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 584.596</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati:</u> 175.027</p>	Tipologia di servizi digitali/telemedicina <p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario <p><u>Altro:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Gestione coordinata delle agende cliniche mediante una cartella informatizzata interconnessa (MMG, IFEC, Medici specialisti) attraverso il sistema informativo dedicato	
Elementi utili alla trasferibilità Modularità della pratica	Componenti Cassetta degli attrezzi <ul style="list-style-type: none">• Medicina di iniziativa• Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità• Equipe multidisciplinare multiprofessionale• Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA	
Trasferimento/gemellaggio		
Capitolo di riferimento del Manuale 7 – Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina		

Infrastruttura ICT abilitante federata	Promotore Piemonte	Valenza temporale 2019-01-01 - Attiva
Sintesi del progetto <p>La pratica riguarda la definizione dell'architettura logica del sistema informativo regionale per gestire le patologie croniche. Vengono sviluppati algoritmi per classificare la popolazione in base a diversi criteri, tra cui patologie croniche, prestazioni di ricovero, età, prescrizioni farmaceutiche, accessi al pronto soccorso, Charlson Index e condizione di invalidità.</p> <p>In particolare, due gruppi di pazienti sono identificati: quelli affetti da diabete, scompenso cardiaco, vasculopatie cerebrali, BPCO e cardiopatia ischemica, e i pazienti fragili sopra i 65 anni.</p> <p>Una piattaforma online fornirà servizi informativi ed educativi, oltre a raccogliere informazioni sulle abitudini del cittadino per promuovere uno stile di vita salutare.</p>		Obiettivi Generali e Specifici <p>La pratica prevede la definizione dell'architettura logica del sistema informativo regionale di supporto alla gestione del percorso di cronicità.</p> <p>Gli obiettivi specifici sono: 1) cooperazione e collaborazione tra gli attori attraverso un'infra-struttura regionale centralizzata; 2) interoperabilità con i sistemi informativi degli Enti Locali per l'erogazione dei servizi di assistenza; 3) forte coinvolgimento del MMG, responsabile della redazione e dell'aggiornamento del piano di cura personalizzato e del patient-summary; 4) interazione da parte del paziente con altri attori interessati, ai fini della fruizione del percorso di cura.</p>
Popolazione target e bacino di utenza <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> Popolazione piemontese</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 4.240.736</p>	Tipologia di servizi digitali/telemedicina <p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario- Stratificazione della popolazione- Sistema di supporto alle decisioni (es. analisi del rischio)- Sistema di cooperazione tra professionisti- Integrazione con FSE, CUP, Flussi aziendali, ANA	
Elementi utili alla trasferibilità <p>Possibilità di riutilizzo delle soluzioni ICT</p>	Componenti Cassetta degli attrezzi <ul style="list-style-type: none">• Banca dati dell'Assistito (BDA)• Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti• Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità• Stratificazione della popolazione	
Trasferimento/gemellaggio Capitolo di riferimento del Manuale <p>4 – Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti</p> <p>7 – Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e telemedicina</p>		

Masterplan Chronic Care - Piano per il potenziamento e l'armonizzazione dell'assistenza alle persone affette da patologie croniche nella Provincia Autonoma di Bolzano 2018-2020

Promotore

AZIENDA SANITARIA DELLA P.A. DI BOLZANO / Provincia Autonoma di Bolzano

Valenza temporale

2018 – 2020

Sintesi del progetto

La pratica promuove una presa in carico della fragilità, basata su uno studio epidemiologico locale, con percorsi assistenziali per le patologie croniche ricorrenti. Vengono utilizzati il sistema ACG e altre classificazioni, con budget di salute standardizzati e scale condivise. Le attività comprendono la creazione di uno Sportello Unico di Assistenza e Cura, Unità per il PAI, Comprensori Sanitari, l'implementazione del numero unico europeo 116117, Posti letto di natura sociale, collaborazioni con il terzo settore e corsi di autogestione della malattia cronica.

Obiettivi Generali e Specifici

La pratica prevede che i servizi sociali e sanitari si occupino delle esigenze specifiche della persona, della famiglia e della società, migliorare l'offerta di servizi: utilizzare strumenti di coordinamento per implementare in modo ottimale le risorse destinate al trattamento di persone con cronicità e fragilità.

Gli obiettivi specifici sono: 1. favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche; 2. riqualificare la rete dei servizi garantendo continuità assistenziale e i bisogni della persona; 3. migliorare l'integrazione tra cure primarie, medicina specialistica, ospedale e Servizi sociali; 4. identificare precocemente pazienti con patologie croniche; 5. diffondere conoscenze su percorsi per aumentare le competenze; 6. garantire la corretta distribuzione e l'utilizzo di tecnologie; 7. promuovere l'aggiornamento professionale continuo; 8. evitare/ridurre il numero degli accessi alle Strutture.

Indicatori di valutazione: monitoraggio dei PDTA, appropriatezza clinica, appropriatezza prescrittiva.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: Soggetti affetti da patologie croniche (catalogate con il sistema ACG) presenti nel territorio della P.A. Bolzano. In particolare, la popolazione arruolata è composta da Pazienti affetti da diabete tipo 2 con tre percorsi a carico degli MMG e uno dei centri diabetologici e con lo sviluppo di indicatori di aderenza al PDTA. Sono in corso PDTA dello scompenso cardiaco, della BPCO e della demenza.

Numero dei soggetti target di riferimento: 179.000

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale

Altro:

- Software di cartella unica per le cure domiciliari;
- Integrazione Fascicolo Sanitario elettronico;
- Integrazione con dispositivi mobili per inserimento dati e consultazione dati;
- Integrazione con le cartelle cliniche della medicina generale.

Elementi utili alla trasferibilità

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità
- Modelli innovativi di ADI
- Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti

Trasferimento/gemellaggio

Capitolo di riferimento del Manuale

- 4 – Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti
- 6 – Transitional care della fragilità con strumenti digitali
- 8 – La rete dei servizi delle cure intermedie

BEST
PRACTICE

Piattaforma TreC –
Ecosistema di sanità digitale

Promotore

Provincia Autonoma di Trento

Valenza temporale

2008 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica offre un ecosistema di servizi sanitari che dà ai cittadini il controllo sui propri dati. La piattaforma eHealth è strettamente integrata al Fascicolo Sanitario Elettronico tramite il Personal Health Record. TreC funge da interfaccia personale per accedere al FSE e consultare la documentazione sanitaria online. La piattaforma si basa su microservizi scalabili e aggiornabili nel tempo, attualmente includendo moduli per servizi di telemedicina per pazienti con diabete e scompenso cardiaco.

Obiettivi Generali e Specifici

La pratica promuove la multicanalità e l'universalità di accesso ai servizi. Gli obiettivi specifici sono: 1) Implementazione della medicina "personalizzata", attraverso la "prescrizione di App"; 2) Implementazione della medicina "predittiva" attraverso l'utilizzo di tecniche di AI; 3) Attivazione di un Coach Virtuale Intelligente; 4) Attivazione di funzionalità avanzate di telemedicina prescrivibili e inserite nel tariffario provinciale; 5) Creazione di ambulatori infermieristici di comunità.

Indicatori di valutazione: Utenti Target piattaforma treC; Utenti target App; percentuale di pazienti soddisfatti che utilizzano il sistema; contatti di telemedicina e visite; differenze tra i valori rilevati alla fine dello studio e la baseline (HbA1c o valori glicemici a digiuno e post-prandiali o peso corporeo); incidenze di episodi di ipoglicemia e di eventi avversi.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: residenti nella Provincia Autonoma di Trento

Numero dei soggetti target di riferimento: 540.000

Numero dei soggetti arruolati nella pratica: 130.000

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Prescrizione/dispensazione elettronica;
- Cartella Clinica Elettronica e dossier sanitario;
- Sistema di supporto alle decisioni;
- App e chatbot per prevenzione e cura;
- Consegna referti online;
- Servizi di pagamento;
- Sistema di cooperazione tra professionisti

Servizi di telemedicina:

- Televisita
- Teleconsulto
- Telemonitoraggio

Innovazione su aspetti organizzativi e risorse umane

Gli ambulatori infermieristici di famiglia e comunità fungono da collegamento tra la medicina di territorio e quella ospedaliera, supportando la gestione delle patologie croniche. Si focalizzano su un approccio concertato e condiviso, strutturando il percorso di cura in linea con il PDTA e le necessità dei pazienti e delle famiglie coinvolte.

Innovazione su aspetti tecnologici

La piattaforma è una soluzione open source, flessibile e facilmente espandibile per fornire una vasta gamma di servizi. Utilizza l'intelligenza artificiale per i virtual coach e assistenti virtuali, ottimizzando la selezione degli allarmi dai dispositivi impiantabili. Inoltre, le App sono personalizzate per implementare la medicina personalizzata attraverso la "prescrizione di un App".

Innovazione su aspetti clinici e di percorso

La pratica si basa sull'utilizzo di app personalizzate prescritte dai medici, che offrono educazione attraverso microlearning. Le app includono promemoria per la terapia e le misurazioni personali integrate nel diario del paziente. Il sistema offre anche una messaggistica sicura per la comunicazione tra medico e paziente e attiva il monitoraggio remoto periodico.

Innovazione su aspetti finanziari

Inserimento delle prestazioni in televisita / Telemonitoraggio nel tariffario provinciale per il controllo remoto dei pazienti diabetici e per il monitoraggio dei pazienti portatori di device.

Elementi utili alla trasferibilità

Modularità della pratica;
Possibilità di riuso soluzioni ICT;
Condivisione di toolkit per il trasferimento.

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Health literacy
- Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità
- Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità
- Applicazioni interattive per l'informazione e l'orientamento degli utenti
- Modelli di Telemedicina
- Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti
- Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti
- Modelli di valutazione per pazienti attraverso questionario

Trasferimento/gemellaggio

La pratica è stata trasferita in altri contesti: Regione Umbria e Emilia-Romagna ASP Ragusa (TreC sistema regionale), Fatebenefratelli Isola Tiberina (TreC gravidanza fisiologica), IRCCS Forlì (TreC oncologia), Ospedale Mauriziano TO (TreC televisita base), Ospedale Maggiore Bologna (TreC Oculistica).

Capitolo di riferimento del Manuale

- 5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali
7 – Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e telemedicina

Dimissione protetta integrata	Promotore Sardegna	Valenza temporale 2008 - Attiva
Sintesi del progetto <p>La pratica presenta le attività supportate dal Sistema Informativo Sanitario Integrato della Sardegna (S.I.Sa.R.) per la gestione dei pazienti fragili ospedalizzati. Il Sistema Informativo Ospedaliero facilita l'invio delle segnalazioni di pazienti in predimissione al punto unico di accesso (PUA) nel Distretto di residenza. L'applicativo PUA-SISaR gestisce la valutazione del bisogno e l'attivazione dei percorsi di assistenza territoriale. Le segnalazioni provengono da diversi servizi, come MMG/PLS, assistenti sociali dei comuni e la Cartella Socio Sanitaria (CSS.-S.I.Sa.R.) del paziente, che fornisce dati socio-sanitari e informazioni sull'invalidità.</p>		Obiettivi Generali e Specifici <p>La pratica prevede il supporto alla gestione multidisciplinare, multidimensionale e domiciliare del paziente anziano, cronico, fragile o non autosufficiente, in maniera completamente dematerializzata attraverso una forte integrazione tra i diversi setting assistenziali durante la fase di transizione dalla dimissione ospedaliera verso il territorio.</p>
Popolazione target e bacino di utenza <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> La popolazione target è costituita da pazienti anziani e fragili residenti nel territorio regionale. In particolare, la popolazione arruolata è composta da pazienti anziani fragili post-dimissione protetta.</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 3.750</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati nella pratica:</u> 294</p>	Tipologia di servizi digitali/telemedicina <p><u>Servizi sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Prescrizione/dispensazione elettronica (farmaci e/o dispositivi medici)- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario- Sistema di cooperazione tra professionisti	
Elementi utili alla trasferibilità <p>Modularità della pratica</p> <hr/> Trasferimento/gemellaggio	Componenti Cassetta degli attrezzi <ul style="list-style-type: none">• Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità• Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità• Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità• Modelli innovativi di ADI• Equipe multidisciplinare multiprofessionale	
Capitolo di riferimento del Manuale <p>6 – Transitional care della fragilità con strumenti digitali</p> <p>8 – La rete dei servizi delle cure intermedie</p>		

Stratificazione della popolazione di cronici attraverso il ricorso alla Banca Dati Assistito (BDA)

Promotore

Sicilia

Valenza temporale

2022 - 2023

Sintesi del progetto

La Banca Dati Assistibili BDA raccoglie informazioni relative ad ogni assistibile, quali la classificazione della presenza di patologia croniche, il totale della spesa consumata, il numero di prestazioni, ecc.

La base informativa principale è data dai flussi relativi alla Nuova Anagrafe Regionale (NAR), dall'anagrafe SOGEI (Anagrafe tributaria), e dal Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM). A questa base informativa dei soggetti residenti in Sicilia, sono state integrate le informazioni relative alle prestazioni effettuate, derivate da Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), prestazioni specialistiche e farmaceutiche e Day Service.

Il confronto di record provenienti da due o più archivi differenti consente di ricostruire i dati relativi allo stesso soggetto attraverso una chiave comune ed unica.

Obiettivi Generali e Specifici

L'obiettivo generale del progetto è la di una banca dati assistibili (BDA) di tutti i residenti della Regione Sicilia.

Gli obiettivi specifici della pratica includono: 1) Costruzione di una banca dati assistibili integrata con i consumi di prestazioni sanitarie di tutti i residenti della regione Sicilia (avvenuti sia in regione che fuori regione) imputabili al singolo individuo. 2) Incrocio di diversi flussi informativi con l'obiettivo di legare tra loro le diverse informazioni, al fine di ottenere un quadro informativo sanitario quanto più possibile completo degli assistiti della Regione.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: Tutti i residenti della Regione Sicilia affetti da patologie croniche. All'interno di questo bacino, sono stati individuati e selezionati i pazienti cronici in base agli esiti delle valutazioni multidimensionali effettuate.

Numero dei soggetti target di riferimento:
Tutta la popolazione Regionale

Numero dei soggetti arruolati nella pratica:
5.000.000

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi sanità digitale:

- Gestione delle prenotazioni e listi d'attesa on line;
- Stratificazione della popolazione;
- Consegna referti on line;
- Servizi di pagamento;

Servizi di telemedicina:

- Televisita;
- Teleassistenza;
- Teleconsulto;
- Teleconsulenza.

Elementi utili alla trasferibilità

Possibilità di riuso soluzioni ICT;
Implementazioni di nuove categorie diagnostiche, possibilità di monitorare nel tempo i consumi dei soggetti patologici;
Supporto alla programmazione nell'individuazione dei profili di cura della popolazione.

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Banca dati dell'Assistito (BDA)
- Stratificazione della popolazione

Trasferimento/gemellaggio

Capitolo di riferimento del Manuale

4 – Logiche e strumenti di per la stratificazione della popolazione e clusterizzazione dei pazienti

<p>Rete Clinica Programmata per le piccole isole</p>	<p>Promotore</p> <p>Azienda USL Toscana Centro / Toscana</p>	<p>Valenza temporale</p> <p>2014 - Attiva</p>					
<p>Sintesi del progetto</p> <p>La pratica si inserisce negli indirizzi progettuali del Ministero della Salute per ottimizzare l'assistenza sanitaria nelle aree, come le piccole isole caratterizzate da difficoltà di accesso ai servizi</p> <p>La rete clinica programmata permette di effettuare visite, follow-up e monitoraggio dei pazienti in modalità Telecooperazione tra il MMG che ha in carico il paziente e gli specialisti in presenza remota e permette di abbattere tempi e costi necessari per gli spostamenti da parte dei professionisti o dei pazienti</p> <p>La pratica evolve da un progetto pilota che ha classificato le aree insulari e interne in due tipologie, a seconda del livello dei servizi e dei collegamenti su di esse distingue i modelli organizzativi di riferimento per le tre aree assistenziali, territoriale, ospedaliera e di emergenza.</p>		<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>L'obiettivo generale è consolidare e sviluppare progressivamente servizi in telemedicina per il monitoraggio della situazione clinica evitando il ricorso al ricovero ospedaliero e a trasferimenti sulla terra ferma per visite specialistiche e analisi strumentali e favorire il decentramento dell'assistenza per estendere servizi assistenziali a domicilio per persone che risiedono in zone insulari</p> <p>Obiettivi specifici nell'estensione dell'intervento sono</p> <ol style="list-style-type: none">1. Patologia: scaling-up sulle patologie principali e gestione della cronicità (dermatologia, cardiologia, pneumologia, neurologia);2. Modalità: scaling-up funzionale, per permettere la vera e propria televisita, in cui lo specialista in remoto effettua la visita del paziente.3. l'implementazione di un'infrastruttura di rete che consenta la condivisione dei dati e delle immagini tra i professionisti coinvolti durante la visita. <p>Indicatori di valutazione: Indicatori Chiave di Scalabilità Qualitativi (KSI) valutati tramite focus group</p>					
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> Tutti i cittadini dell'Isola del Giglio nell'ambito del bacino d'utenza dell'USL Toscana Centro</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 1.436</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati:</u> 1.436</p>	<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <table border="0"><tr><td><u>Servizi di sanità digitale:</u></td><td><u>Servizi di telemedicina:</u></td></tr><tr><td>- Centro Unico Prenotazione (CUP)</td><td>- Televisita</td></tr><tr><td></td><td>- Teleconsuto</td></tr></table>	<u>Servizi di sanità digitale:</u>	<u>Servizi di telemedicina:</u>	- Centro Unico Prenotazione (CUP)	- Televisita		- Teleconsuto
<u>Servizi di sanità digitale:</u>	<u>Servizi di telemedicina:</u>						
- Centro Unico Prenotazione (CUP)	- Televisita						
	- Teleconsuto						
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>Modularità della pratica; Valutazione dei costi di acquisto e manutenzione del servizio Telecooperazione con i costi dell'organizzazione tradizionale Costi socio-economici stima delle risorse umane necessarie; Percezione da parte della popolazione</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p> <p>La pratica è stata trasferita in tutte le isole minori e aree interne contraddistinte da criticità geografiche (distanza e difficoltà di accesso).</p>	<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicina di iniziativa• Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità• Modelli di Telemedicina• Equipe multidisciplinare multiprofessionale						
<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p>7 – Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina</p>							

AVVIO SCREENING PER IL RISCHIO
CARDIOVASCOLARE

Promotore

Umbria

Valenza temporale

2019-12 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica si inserisce negli interventi di medicina di iniziativa e promuove l'empowerment della popolazione target attraverso la chiamata attiva, la condivisione delle decisioni, l'educazione/informazione per l'adozione di stili di vita sani. Sulla base della stratificazione della popolazione in tre gruppi di rischio, che identificano la possibile insorgenza o sviluppo di patologia, definiti tramite i parametri clinici rilevati (fumo, indice di massa corporea, pressione arteriosa, colesterolo, glicemia) vengono stabiliti percorsi di intervento.

Il risultato della valutazione del rischio cardiovascolare sarà utilizzabile per i MMG tramite integrazione tra il software Demetra e il software di gestione della cartella clinica dei MMG, che permetterà la visualizzazione dei dati da parte dei medici delle AFT e l'acquisizione, da parte del centro screening, delle informazioni riguardanti la presa in carico e gli interventi effettuati dalle AFT e dal MMG.

Obiettivi Generali e Specifici

Obiettivi generali: Contrastare la patologia cardiovascolare e ridurre la mortalità attraverso l'attivazione di un programma di prevenzione primaria finalizzato alla valutazione ed eventuale modifica degli stili di vita nella popolazione sana tra i 45 e i 59 anni.

Obiettivi specifici: 1) Identificare e valutare i soggetti ad alto rischio cardiovascolare. 2) Definire una metodologia che individui la popolazione eleggibile allo screening tramite criteri di stratificazione e di un algoritmo di gestione della popolazione. 3) Sperimentare la attivazione dello screening per il rischio cardiovascolare nel 50% della popolazione sana di età tra 45 e i 59 anni, residente in 2 distretti della regione. 4) Studio di fattibilità relativo alla attivazione del cosiddetto "IV screening" nella popolazione sana di età tra 45 e i 59 anni residente in Umbria.

Indicatori di valutazione: livello di rischio cardiovascolare a 10 anni.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: Popolazione sana tra i 45 e 59 anni classificata in 3 gruppi in base ai parametri clinici rilevati nel bacino d'utenza della Regione Umbria.

Numero dei soggetti target di riferimento: 170.000

Numero dei soggetti arruolati: 2.128

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario
- Stratificazione della popolazione
- Sistema di supporto alle decisioni (es. analisi del rischio)

Altro:

- Software gestione screening

Elementi utili alla trasferibilità

Modularità della pratica;
Possibilità di riuso di soluzioni ICT.

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Banca dati dell'Assistito (BDA)
- Medicina di iniziativa
- Health Literacy
- Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità
- Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità

Trasferimento/gemellaggio

Capitolo di riferimento del Manuale

8 – La rete dei servizi delle cure intermedie

Costituzione delle COT per dimissioni protette	Promotore AUSL UMBRIA N. 1 / Umbria	Valenza temporale 2017-11-13 - Attiva
Sintesi del progetto <p>La Centrale Operativa Territoriale (COT) nel territorio della USL n.1 dell'Umbria, opera per la dimissione protetta (DP) e la presa in carico post-ricovero del paziente fragile. Mediante Valutazione Multidimensionale, eseguita durante il ricovero al letto del paziente congiuntamente con l'equipe territoriale, l'Equipe DP identifica tramite la scala BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening) il paziente a rischio di dimissione difficile e lo segnala alla COT, tramite il sistema ATL@NTE, nelle 72- 48 ore precedenti le dimissioni. La COT attiva il Sistema Informativo Territoriale in integrazione con il Data Warehouse contenente le informazioni clinico/sanitarie dell'assistito, per la scelta del setting territoriale più appropriato alle condizioni del caso. L'azione della COT mira alla riduzione dei tempi fra la dimissione e l'inserimento nei servizi territoriali e ad una miglior percezione dei servizi per la continuità delle cure da parte della popolazione target</p>		Obiettivi Generali e Specifici <p>L'obiettivo generale della pratica è garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio per le transizioni fra setting assistenziali del paziente fragile</p> <p>Gli obiettivi specifici includono: 1) Analisi e accoglienza del bisogno della persona con DP; 2) facilitazione per l'accesso del dimesso in condizioni di fragilità ai vari percorsi della rete dei servizi territoriali; 3) coordinamento e monitoraggio della transizione tra un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.</p>
Popolazione target e bacino di utenza <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> Persone fragili prevalentemente anziane afferenti al bacino di utenza dell'USL UMBRIA N. 1 dimesse in modalità protetta dopo un ricovero ospedaliero.</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 460</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati:</u> 230</p>	Tipologia di servizi digitali/telemedicina <p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario <p><u>Altro:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Altre soluzioni IT hardware e/o software (incluso algoritmi AI)	
Elementi utili alla trasferibilità <p>Modularità della pratica</p> <hr/> Trasferimento/gemellaggio <p>La pratica è stata trasferita all'USL UMBRIA N. 2</p>	Componenti Cassetta degli attrezzi <ul style="list-style-type: none">• Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità• Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità• Equipe multidisciplinare multiprofessionale• Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti• Modelli di Datawarehouse per il monitoraggio degli indicatori utili per la valutazione delle prestazioni di cronicità	
Capitolo di riferimento del Manuale <p>6 – Transitional Care della fragilità con strumenti digitali</p> <p>8 – La rete dei servizi delle cure intermedie</p>		

Gestione PDTA diabete mellito tipo 2 - Progetto sperimentale di medicina di iniziativa USL Umbria

Promotore

AUSL UMBRIA N. 2 / Umbria

Valenza temporale

2014 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica attiva la medicina di iniziativa, attraverso il coinvolgimento dei MMG e della figura dell'infermiere del territorio che consente di favorire l'ingresso della popolazione target nel PDTA regionale, stimolando la corretta esecuzione degli esami, l'autogestione della malattia e l'aderenza alle terapie proposte.

Gli assistiti con diagnosi di Diabete Mellito di tipo 2 senza complicanze vengono contattati telefonicamente per il primo appuntamento. Gli assistiti vengono quindi educati (approccio "Diabetes Conversations Map") all'utilizzo appropriato dei servizi sanitari, a seguire le indicazioni per lo stile di vita e la corretta assunzione dei farmaci e all'autogestione.

La pratica impiega un sistema informatico dedicato, integrato con il Day Hospital Diabetologico e il Servizio Ambulatoriale Territoriale.

Obiettivi Generali e Specifici

L'obiettivo generale è la gestione del PDTA delle persone con diabete mellito tipo 2 tramite la medicina di iniziativa con il coinvolgimento dei MMG e l'infermiere del territorio

Gli obiettivi specifici includono: 1) Favorire l'ingresso della popolazione target nel PDTA regionale per Diabete tipo 2 che dettaglia accertamenti e i controlli raccomandati da eseguire; 2) favorire l'empowerment delle persone per un'autogestione della malattia e l'aderenza alle terapie proposte.

Indicatori di valutazione: indicatori specifici in linea con le previsioni del PDTA di riferimento.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: Pazienti con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 (criteri - HbA1C \geq 6.5 %; 2 glicemie a digiuno $>$ 126 mg/dl random, o glicemia \geq 200 mg/dl /dl.dopo 120' da OGTT (Oral Glucose Tolerance Test) senza complicanze (HbA1c circa 7) all'interno della popolazione diabetica afferente al bacino di utenza della AUSL Umbria 2.

Numero dei soggetti target di riferimento: 23.871 popolazione diabetica

Numero dei soggetti arruolati nella pratica: 529

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

Altro:

- Integrazione con Day-Hospital Diabetologico e Ambulatorio Territoriale per visite specialistiche
- Software dedicato al monitoraggio del percorso di medicina di iniziativa-PDTA diabete
- Software (incluse le App), Digital therapeutics

Servizi di telemedicina:

- Telemonitoraggio

Elementi utili alla trasferibilità

Piano della Malattie Diabetica condiviso a livello nazionale attraverso tutti gli accordi regionali con i MMG

Trasferimento/gemellaggio

La pratica è stata trasferita all'AUSL UMBRIA N. 1

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Medicina di iniziativa
- Health Literacy
- Applicazioni interattive per l'informazione e l'orientamento degli utenti
- Modelli di Telemedicina
- Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale
- Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti

Capitolo di riferimento del Manuale

- 4 - Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti
- 5 - Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali

<p>Progetto Un territorio a tutta salute - Medicina d'iniziativa, I.F.e.C. e Empowerment di comunità (Aree Interne)</p>	<p>Promotore</p> <p>AZIENDA U.S.L. VALLE D'AOSTA / Valle D'Aosta</p>	<p>Valenza temporale</p> <p>2017 - 2020</p>
<p>Sintesi del progetto</p> <p>La pratica promuove la medicina di iniziativa e l'empowerment delle comunità, creando un approccio proattivo centrato sul ruolo attivo del paziente e della collettività. Le principali azioni consistono nell'implementazione del servizio Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) nell'area sanitaria territoriale per favorire l'integrazione ospedale-territorio e l'accesso ai servizi sanitari. Inoltre, si promuove l'empowerment delle comunità per adottare stili di vita corretti, potenziando e radicando l'intervento dell'IFeC nel contesto locale.</p>	<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>La pratica prevede la riduzione delle disuguaglianze in tema di salute per le popolazioni delle aree interne, il rafforzamento e l'estensione della sanità d'iniziativa per malati cronici in un territorio a difficile accessibilità logistica. Tali obiettivi sono perseguiti tramite il consolidamento della figura dell'Infermiera di Famiglia e di Comunità (I.F.e.C.), quale strumento attuativo del Chronic Care Model.</p> <p>Gli obiettivi specifici sono: 1) migliorare i servizi con il supporto della telemedicina e teleassistenza; 2) diminuire la necessità degli accessi e di mobilità degli utenti.</p> <p><u>Indicatori di valutazione:</u> volume di attività (IFeC/anno); partecipanti al corso di formazione per facilitatori della prevenzione; sessioni formative; manuale/protocollo operativo e il Tasso di ospedalizzazione.</p>	
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> Soggetti con almeno una patologia cronica ultrasessantacinquenni residenti nell'area di riferimento (territorio di Donnas)</p> <p><u>Numero di soggetti target di riferimento:</u> 3.300</p>	<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <p><u>Servizi sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario- Cruscotto per la gestione del transitional care <p><u>Servizi di telemedicina:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Teleassistenza	
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>Modularità della pratica</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p>	<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none">• Stratificazione della popolazione• Medicina di iniziativa• Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità• Modelli di Telemedicina• Modelli innovativi di ADI• Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA	
<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p>5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali</p>		

BEST PRACTICE

Cure domiciliari

Promotore

Veneto

Valenza temporale

01/01/2017 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica si concentra sullo sviluppo pianificato e omogeneo delle cure domiciliari per garantire la continuità assistenziale e consolidare le procedure di ammissione e dimissione protetta. Offre personale infermieristico disponibile 7 giorni su 7 dalle 07:00 alle 21:00 e contattabilità rapida per le richieste assistenziali. Un numero aziendale dedicato è fornito ai pazienti presi in carico. Sono definite procedure organizzative e assistenziali a livello aziendale, inclusa la presa in carico del paziente in ADI, la definizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) e la gestione del paziente in ADI. Inoltre, si fornisce educazione terapeutica e addestramento per i familiari e i caregiver. L'obiettivo è garantire cure domiciliari efficaci e di alta qualità.

Obiettivi Generali e Specifici

La pratica prevede l'assistenza della persona nel proprio ambiente di vita, sviluppando le cure domiciliari nel territorio. Gli obiettivi specifici sono: 1) Promuovere lo sviluppo delle cure domiciliari; 2) Consolidare le ammissioni e dimissioni protetta coinvolgendo il MMG; 3) Valorizzare il ruolo dell'infermiere; Attuare del PAI con il supporto della caregiver; 4) Integrare ospedale e territorio con strumenti ICT; 5) Facilitare la creazione di una rete assistenziale integrata; 6) Sviluppare team multiprofessionali di assistenza primaria; 7) Attuare il modello della COT. Indicatori di valutazione: copertura dei servizi, popolazione presi in carico (per coefficiente intensità assistenziale, per cure palliative a domicilio/in hospice, ultra 75enni, in transizione post dimissione); tasso di eventi assistenziali di 3°-4° livello.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: Persone di tutte le età che si trovano in condizioni di dipendenza fisica o sociale o socio-sanitaria che richiedono il servizio di Cure Domiciliari nella Regione Veneto. In particolare, la popolazione arruola è composta da pazienti corrispondenti ai seguenti criteri: Livello di Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA): 30,5% (Base); 15,6% (Livello 1); 6,3% (Livello 2); 1,1% (Livello 3); 4,2% (Livello 4).

Numero dei soggetti target di riferimento: 1.127.823

Numero dei soggetti arruolati nella pratica: 43.652

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Cruscotto per la gestione del transitional care
- Stratificazione della popolazione
- Software di Cartella Unica Cure Domiciliari;
- Integrazione con Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Sistema di calendari condivisi;
- Dispositivi mobili per inserimento/consultazione dati
- Alert per segnalare eventi/parametri critici
- Strumenti di messaggistica e di videoconferenza

Servizi di telemedicina:

- Telemonitoraggio
- Teleassistenza
- Telesoccorso

Innovazione su aspetti organizzativi e risorse umane

L'aspetto informatico ha giocato un ruolo chiave, monitorando i risultati tramite il Cruscotto di Monitoraggio e utilizzando la Cartella Unica Regionale per la gestione delle cure domiciliari. L'approccio collaborativo ha migliorato la gestione delle cure e coinvolto tutti gli attori coinvolti nel processo.

Innovazione su aspetti tecnologici

La pratica coinvolge gli utenti nella costruzione del Dataset e delle funzionalità, con l'applicazione di logiche di service design e integrazione con il Fascicolo Socio Sanitario Elettronico regionale e altri servizi territoriali. L'uso del design thinking ottimizza il processo e integra i Servizi Cartella ADI con altri sistemi informativi per creare un sistema integrato ed efficace per la presa in carico e assistenza clinico-riabilitativa.

Innovazione su aspetti clinici e di percorso

INTEGRAZIONE tra sociale e sanitario
INTEGRAZIONE tra setting diversi
INTEGRAZIONE tra professionisti diversi

Innovazione su aspetti finanziari

Istituzione di un nomenclature unico regionale per le prestazioni del setting domiciliare.

Elementi utili alla trasferibilità

Trasferimento/gemellaggio

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti
- Modelli di Datawarehouse per il monitoraggio degli indicatori utili per la valutazione delle prestazioni di cronicità
- Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale
- Stratificazione della popolazione
- Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità
- Modelli innovativi di ADI
- Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA

Capitolo di riferimento del Manuale

- 8 – La rete dei servizi delle cure intermedie
- 9 – Dimensionamento dei servizi e della capacity di personale e logistica

<p>Sperimentazione dell'APP Sanità km Zero (ricetta farmaceutica dematerializzata)</p>	<p>Promotore</p> <p>Veneto</p>	<p>Valenza temporale</p> <p>2016 - Attiva</p>
<p>Sintesi del progetto</p> <p>La pratica ha sviluppato un'app per richiedere e ricevere ricette farmaceutiche tramite smartphone, ritirabili in farmacia con la tessera sanitaria. L'app consente anche di verificare i farmaci acquistati, richiedere rinnovi di prescrizioni, prenotare visite ed esami presso i CUP regionali e visualizzare il certificato vaccinale e il Certificato Digitale Covid-19. La diffusione dell'app è avvenuta attraverso eventi informativi e videolezioni per MMG, farmacisti e dipendenti del settore sanitario. La valutazione dell'app si basa sui commenti degli utenti tramite diversi canali, consentendo un miglioramento continuo delle funzionalità.</p>	<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>La pratica prevede l'implementazione e la diffusione di un'applicazione mobile per la gestione della ricetta dematerializzata farmaceutica.</p> <p>Gli obiettivi specifici sono: 1) Fornire al cittadino uno strumento per ottimizzare tempo e costi nella richiesta di rinnovo della ricetta, nella ricezione e nel ritiro del farmaco; 2) Fornire al cittadino uno strumento per una maggiore consapevolezza del suo stato di salute; 3) Permettere la prenotazione di visite ed esami in uno dei CUP della Regione; 4) Permettere al cittadino di visualizzare il proprio certificato vaccinale e il Certificato Digitale Covid-19; 5) Consultare in ogni momento l'archivio dei farmaci acquistati.</p> <p>Indicatori di valutazione: risparmio di tempo degli utenti rispetto alla pratica analogica e % di utenti attivi sulla popolazione target.</p>	
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> Popolazione veneta, in particolare gli utenti che necessitano di prescrizioni farmaceutiche ricorrenti (soprattutto chi presenta patologie croniche). In particolare, la popolazione arruolata è composta dagli utenti dell'app.</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 4.838.253</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati:</u> 342.000</p>	<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Prescrizione / dispensazione elettronica (farmaci e/o dispositivi medici)- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line <p><u>Altro:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Prenotare visite ed esami in uno dei CUP della Regione, indipendentemente dalla propria Azienda di assistenza;- Visualizzare i certificati di vaccinazione	
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>L'applicazione è facilmente replicabile nelle altre realtà regionali, utilizzando ad esempio i servizi resi disponibili dall'Infrastruttura Nazionale di Interoperabilità per il Fascicolo Sanitario Elettronico.</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p>	<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none">• Applicazioni interattive per l'informazione e l'orientamento degli utenti• Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici• Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti• Modelli di valutazione dell'ICT	
<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p>7 – Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina</p>		

PRATICHE DELLA SECONDA RILEVAZIONE

BEST PRACTICE

Presa in carico domiciliare del diabete in età pediatrica con la telemedicina

Promotore

ASL Lanciano-Vasto-Chieti / Abruzzo

Valenza temporale

2020 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica realizza un sistema di responsabilizzazione e empowerment per tutti gli attori coinvolti nella presa in carico del diabete di tipo 1° infantile. La piattaforma in cloud raccoglie e archivia i dati raccolti dalle app per smartphone per la verifica e l'analisi da parte del personale del centro di riferimento. Il servizio consente di verificare facilmente l'aderenza alla terapia attraverso la condivisione di dati, in tempo reale e prevedono la corretta temporizzazione ed esecuzione di tutte le procedure per la terapia insulinica e il monitoraggio glicemico. Il coinvolgimento della comunità scolastica implica la piena ed efficace gestione del diabete, e migliora gli esiti di cura e l'appropriatezza organizzativa.

Obiettivi Generali e Specifici

L'obiettivo generale della pratica è supportare da remoto i bambini con diabete e i loro caregiver, compreso il personale scolastico, tramite progetti digitali partecipativi che coinvolgono pazienti, famiglie, enti erogatori e professionisti. Gli obiettivi specifici includono aumentare la percentuale di pazienti a target; migliorare la qualità della vita; utilizzare piattaforme open source per caricare, archiviare e analizzare i dati; valutare gli esiti ed individuare le barriere alla transizione da un modello di cura tradizionale alla telemedicina. **Indicatori di valutazione:** misure della presa in carico in telemedicina, della formazione di genitori e insegnanti, dello stress e dell'ansia depressione; indicatori di controllo del diabete (tempo in range, glicata a target; episodi di ipoglicemia grave).

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento:
Bambini con diabete

Numero dei soggetti arruolati nella pratica:
408

Numero dei soggetti target di riferimento:
570

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi sanità digitale:

- Prescrizione / dispensazione elettronica (farmaci e/o dispositivi medici)
- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line
- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario

Servizi di telemedicina:

- Televisita
- Teleassistenza
- Teleconsulto
- Teleconsulenza
- Telemonitoraggio
- Telecontrollo
- Telerefertazione

Innovazione su aspetti organizzativi e risorse umane

Il punto di eccellenza della pratica è rappresentato dall'obiettivo di adottare una visione olistica dell'assistenza al bambino affetto da diabete improntata all'equità, compresa l'ideazione di una organizzazione clinico-assistenziale integrata con la comunità familiare e scolastica, attraverso l'ascolto dei bisogni e delle esigenze sociali.

Innovazione su aspetti tecnologici

Predilezione per applicazioni open source e facilmente integrabili, adozione di un approccio al cambiamento tecnologico basato sulla partecipazione estesa agli attori esterni (scuole), co-progettazione delle soluzioni di telemedicina più appropriate e realizzazione di azioni di supporto alla transizione digitale.

Innovazione su aspetti clinici e di percorso

Una importante azione sull'empowerment è un'ulteriore dimensione distintiva della pratica. Le azioni di empowerment coinvolgono, gran parte degli attori coinvolti incluso gli insegnanti con soluzioni del tutto originali e di prossimità, in un contesto di riferimento molto legato alla usual care e di controllo ambulatoriale periodico.

Innovazione su aspetti finanziari

Il team multidisciplinare per il servizio regionale di diabetologia pediatrica prevede l'attribuzione nell'ambito del finanziamento del FSN, e scarsi finanziamenti supplementari per la formazione del personale sanitario, della scuola e del volontariato.

Elementi utili alla trasferibilità

La creazione di un team multidisciplinare per il servizio regionale di diabetologia pediatrica (medico, infermiere, dietista, psicologa e assistente sociale) è fondamentale per garantire un'efficace gestione della malattia attraverso il riuso di soluzioni ICT e la condivisione di toolkit per il trasferimento.

Trasferimento/gemellaggio

La pratica, ad oggi non ancora trasferita, dimostra un buon potenziale di scalabilità e trasferibilità in altri contesti

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Medicina di iniziativa
- Health Literacy
- Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità
- Applicazioni interattive per l'informazione e l'orientamento degli utenti
- Modelli di Telemedicina
- Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti
- Modelli di valutazione per pazienti attraverso questionario
- Modelli di valutazione dell'ICT

Punti di forza

La pratica promuove una presa in carico sia dei bisogni di salute che di quelli sociali attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori (medici, insegnanti e genitori) e la creazione di una comunità attiva intorno al bambino diabetico con modalità proattiva e partecipativa.

Capitolo di riferimento del Manuale

- 4 – Logiche e strumenti di per la stratificazione della popolazione e clusterizzazione dei pazienti;
- 5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali;
- 7 – Modelli innovativi di cura e assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina.

BEST PRACTICE

Chronic Care Center

Promotore

A.S.L. CASERTA / Campania

Valenza temporale

2022 - Attiva

Sintesi del progetto

Il progetto parte dalla valutazione della distribuzione delle patologie croniche territoriali, attraverso una stratificazione della popolazione pluripatologica. L'MMG provvede a selezionare il paziente ed avviarlo al CCC (Chronic Care Center) dove un team multidisciplinare e multiprofessionale composto da Clinical Manager, Case Manager, specialisti di ambulatorio e infermieri di famiglia effettua tutte le valutazioni di primo livello. I dati prodotti vengono registrati nella cartella clinica informatizzata in grado di incrociare i PDTA e lo stadio di malattia del paziente al fine di programmare un PAI (Piano Assistenziale Individuale) e scandire il follow-up e il numero di accessi annuali. Il PAI viene sottoscritto dal paziente e da tutti gli attori ed ha durata annuale.

Obiettivi Generali e Specifici

Obiettivi generali: presa in carico olistica del paziente per evitare frammentazioni delle cure;

Obiettivi specifici: presa in carico del paziente nel continuum di malattia per livelli di intensità; PAI personalizzati con il supporto di cartelle cliniche informatizzate e algoritmi di incrocio dei PDTA aziendali; promozione team work, empowerment e autogestione; implementazione della telemedicina attraverso televisite.

Indicatori di valutazione: pazienti presi in carico, adesione ai PDTA, screening e vaccinazioni, accessi in PS

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo popolazione target di riferimento: la popolazione di riferimento rientra nel bacino di utenza della ASL Caserta. Più nello specifico, sono individuati soggetti compresi nelle fasce d'età 45 - 64, 65 - 74, 75 - 84, Over 85, che presentano malattie cardiovascolari, endocrine, della nutrizione e metaboliche, gastroenterologiche, neurologiche, reumatologiche, respiratorie, e degli organi di senso.

Numero di soggetti target di riferimento: 73.000

Numero di soggetti arruolati nella pratica: 3.765

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale :

- Prescrizione/dispensazione elettronica (farmaci e/o dispositivi medici)
- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line
- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario
- Stratificazione della popolazione
- Cruscotto per il controllo di gestione e analisi della spesa
- App e chatbot per prevenzione e cura

Servizi di telemedicina:

- Televisita
- Teleconsulto
- Telemonitoraggio
- Telecontrollo
- Telerefertazione

Innovazione su aspetti organizzativi e risorse umane

Accurata progettazione, robusta analisi epidemiologica della popolazione target, chiara ed efficace descrizione delle risorse coinvolte e dell'effort previsto, pregevole l'integrazione sociosanitaria.

Innovazione su aspetti tecnologici

Cartella clinica informatizzata, consultabile dal paziente tramite APP, per la redazione del piano di cura personalizzato; sistema di algoritmi che consentono l'incrocio dei PDTA aziendali. Tali tecnologie migliorano la comunicazione tra paziente e CCC e l'integrazione tra i distretti sanitari.

Innovazione su aspetti clinici e di percorso

Potenziamento del ruolo del MMG con il supporto del Clinical Manager e dell'infermiere Case Manager, l'analisi proattiva del bisogno di salute del paziente sia noto che emergente, sia per la sfera clinica che socio-sanitaria.

Innovazione su aspetti finanziari

Pianificazione puntuale dei costi di beni e servizi
Pianificazione dell'impegno per risorse umane

Elementi utili alla trasferibilità

Standardizzazione dei processi di cura orientati alla presa in carico "patient centred". Piattaforma customizzabile. Risorse umane team multidisciplinare specialistico, MMG, infermieri case manager e infermieri di comunità medico referente del centro.

Trasferimento/gemellaggio

E' in corso un gemellaggio con ASP Ragusa, pratica da cui sarà implementato e rafforzato il modello della COT collegata al Chronic Care Center

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Banca dati dell'Assistito (BDA)
- Medicina di iniziativa
- Health Literacy
- Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità
- Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità
- Modelli di Telemedicina
- Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA
- Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale
- Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti

Punti di forza

Pregevole l'integrazione sociosanitaria tramite il ruolo del Case manager ed il coinvolgimento del terzo settore ad opera della ASL e del Comune di Caserta, così come l'accompagnamento sviluppato presso il Chronic Care Center del soggetto durante tutto il patient journey, comprensivo dell'innesto fast-track dal Pronto Soccorso.

Capitolo di riferimento del Manuale

- 4 - Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti
- 5 - Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali;
- 7 - Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina

BUONA
PRATICA

PERsonalised ICT Supported
Services for Independent Living and
Active Ageing
(PERSSILAA)

Promotore

AOU Federico II, Napoli

Valenza temporale

2014 – 01-11 - Attiva

Sintesi del progetto

Il progetto offre ai professionisti sanitari, ai servizi sociali, agli anziani e ai caregiver informali la possibilità di usufruire di servizi altamente innovativi, supportati dalle tecnologie informatiche integrate con attività face-to-face, per identificare e monitorare la fragilità nei soggetti anziani in comunità.

I pazienti, vengono sottoposti ad una valutazione multidimensionale, basata sul approccio bio-psico-sociale, e quindi arruolati all'interno di programmi di prevenzione e promozione della salute e telemonitoraggio, con l'ausilio di strumenti informatici.

Il progetto mira ad intervenire proattivamente sulla popolazione anziana, per migliorarne lo stato di salute attraverso corsi di formazione sulla salute, sulla nutrizione ed di alfabetizzazione informatica.

Obiettivi Generali e Specifici

Obiettivi generali screening della fragilità negli anziani attraverso strumenti validati di valutazione multidimensionale implementazione di programmi di prevenzione e promozione della salute e monitoraggio, con l'ausilio di strumenti informatici.

Obiettivi specifici: empowerment dell'anziano fragile mirato alle funzionalità fisiche, cognitive e nutrizionali; incoraggiamento all'impegno e all'adesione a servizi di prevenzione; miglioramento dello stile di vita; fruibilità da parte di professionisti sanitari, servizi sociali, anziani e caregiver di servizi altamente innovativi, supportati dalle tecnologie informatiche; contenimento dei costi sanitari ottenuti tramite la prevenzione di eventi acuti in soggetti fragili.

Indicatori di valutazione: soggetti presi in carico; aderenza ai corsi di attività fisica adattata, indicatori di controllo di patologie cardiometaboliche

Popolazione target e bacino di utenza

Tipologia di popolazione: pazienti anziani (over 65), robusti, pre-fragili o fragili che vivono in maniera indipendente presso il proprio domicilio e che non sono risultati aderenti rispetto ai programmi di attività motoria prescritti dal proprio medico curante.

Numero dei soggetti target di riferimento: 1.500

Numero dei soggetti arruolati: 300

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Centro Unico Prenotazioni (CUP)
- Cartelle cliniche elettroniche
- App e chatbot per prevenzione e cura

Servizi di telemedicina:

- Teleassistenza
- Teleconsulto
- Telemonitoraggio
- Teriabilitazione

Elementi utili alla trasferibilità

PDTA volti all'integrazione organizzativo e tecnologico Interoperabilità tra le soluzioni informatiche, standard nella gestione dei dati e dei processi, assenza di certificazioni
Figure professionali del team multidisciplinare (previste) per 300 pazienti: n. 2 Medici Specialisti in Medicina Interna; n. 3 Physical Trainers; n. 1 Infermiere; n. 2 Tecnici; n. 2 Volontari Terzo Settore

Trasferimento/gemellaggio

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Health Literacy
- Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità
- Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità
- Applicazioni interattive per l'informazione e l'orientamento degli utenti
- Modelli di telemedicina
- Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale
- Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti
- Modelli di valutazione dell'ICT
- Modelli di Datawarehouse per il monitoraggio degli indicatori utili per la valutazione delle prestazioni di cronicità

Punti di forza

La pratica si pone a pieno titolo nell'ambito della sanità di iniziativa attraverso un approccio predittivo, proattivo, integrato, multidisciplinare e multiprofessionale nei confronti del paziente fragile promuove il collegamento ospedale-territorio, puntando sullo screening pre-fragilità, prima dell'inizio del declino funzionale, e sull'autogestione, includendo l'aspetto nutrizionale e l'attività motoria. Il percorso si completa nell'interazione con i servizi sociali e le associazioni del terzo settore, volto a coinvolgere il paziente nella comunità.

Capitolo di riferimento del Manuale

4 – Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti

7 – Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina

BUONA
PRATICA

Sanità digitale in Carcere

Promotore

AZIENDA USL FERRARA / Emilia-Romagna

Valenza temporale

2023-01-01 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica utilizza strumenti di telemedicina per la presa in carico da parte dei servizi di salute mentale e dipendenze patologiche dei pazienti detenuti presso la Casa Circondariale di Ferrara

Il piano di cura viene condiviso fra curante e personale sanitario del carcere tramite meeting multidisciplinari effettuati da remoto. Teleconsulto e televisita favoriscono la condivisione delle informazioni necessarie ai professionisti sanitari territoriali con utile anticipo rispetto al momento della fine detenzione del paziente, permettendo il coordinamento tra curanti per la predisposizione di interventi utili al momento del rientro del paziente sul territorio, struttura socio sanitaria o domicilio.

L'intervento digitale consente poi di implementare interventi di resilience education volti a potenziare l'empowerment terminata la fase di carcerazione

Obiettivi Generali e Specifici

Obiettivo generale è assicurare la presa in carico e il follow up dei pazienti detenuti presso la Casa Circondariale (CC) di Ferrara tramite strumenti di telemedicina da parte del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze patologiche e della Specialistica Ambulatoriale.

Obiettivi specifici sono garantire l'appropriatezza della presa in carico, assicurare la corretta gestione terapeutica, garantire la continuità delle cure tra diversi setting (carcere, strutture socio sanitarie e/o domicilio) attraverso l'integrazione informativa ed operativa tra le diverse équipe che hanno in carico il paziente.

Indicatori di valutazione: visite di controllo in presenza, accessi dei detenuti in PS per tutte le cause; atti di autolesionismo ; valutazione dell'empowerment

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione arruolata nella pratica: Detenuti di genere maschile >= 18 anni della Casa Circondariale di Ferrara

Numero di soggetti target di riferimento: 350

Numero di soggetti arruolati nella pratica: 100

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario.

Servizi di telemedicina:

- Televisita
- Teleconsulto

Elementi utili alla trasferibilità

Condivisione di toolkit per il trasferimento;
L'esperienza può essere replicata anche per popolazioni di dimensione numerica superiore senza particolari difficoltà qualora vengano mantenuti i rapporti e la composizione del personale dedicato

Trasferimento/gemellaggio

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Banca dati dell'Assistito (BDA)
- Medicina di iniziativa
- Health literacy
- Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità
- Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità
- Modelli di Telemedicina
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale
- Modelli di valutazione per professionisti attraverso questionario
- Modelli di valutazione per pazienti attraverso questionari

Punti di forza

Pregevoli il focus sull'equità di accesso alle cure per una popolazione a rischio di sotto-trattamento, l'ampiezza dell'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare realizzata per il coordinamento delle transizioni di setting dal carcere al territorio struttura/domicilio, il "dosaggio" dell'alternanza fra intervento diretto e in remoto e la presenza di indicatori di esito, quali la riduzione degli accessi in PS e degli atti di autolesionismo, altamente rilevanti per la popolazione in analisi. Notevole, nella consapevolezza delle difficoltà di applicabilità al contesto detentivo, l'attenzione alle strategie di empowerment, comprensiva della valutazione strutturata dei risultati dell'intervento su questa dimensione.

Capitolo di riferimento del Manuale

5 - Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali

6 - Transitional care della fragilità con strumenti digitali

7 - Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina

<p>Creazione del Centro di Assistenza e Urgenza della Casa della Comunità di Cervia</p>	<p>Promotore</p> <p>AZIENDA USL DELLA ROMAGNA / Emilia-Romagna</p>	<p>Valenza temporale</p> <p>2023-09-15 - Attiva</p>
<p>Sintesi del progetto</p> <p>Il CAU di Cervia sotto la gestione delle Cure Primarie, attua l'assistenza per bisogni urgenti a bassa complessità in integrazione orizzontale con: i Nuclei di Cure Primarie dei MMG e dei PLS limitrofi; i servizi infermieristici di base nella Casa della Comunità (Ambulatorio Cronicità e Ambulatorio Osservazione e Terapia), i servizi sociali territoriali; e verticale con la specialistica ambulatoriale nella Casa della Comunità e il DEA di Il livello del PO di Ravenna, riferimento icasi a media-alta complessità e le emergenze. Il CAU rappresenta un riferimento territoriale anche dei pazienti cronici per riacutizzazioni di patologia a bassa complessità. Un unico flusso informativo consente la visibilità delle informazioni cliniche tra i setting territoriali e ospedalieri e la centrale telefonica realizza un efficiente sistema di prenotazione delle visite.</p>	<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>Obiettivo generale è potenziare la risposta ai bisogni non urgenti e la continuità di assistenza ai cittadini, in maniera complementare alla rete esistente di assistenza primaria e al sistema di emergenza.</p> <p>Gli obiettivi specifici includono rispondere ai bisogni urgenti a bassa-media complessità nel setting appropriato - e rivalorizzare i servizi e i professionisti di Continuità Assistenziale; migliorare l'accessibilità delle cure primarie e l'integrazione di percorsi con le AFT, la Medicina Generale e tutta la rete di prossimità dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari del territorio.</p> <p><u>Indicatori di valutazione:</u> non disponibili</p>	
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione arruolata nella pratica:</u> la popolazione target della pratica è costituita da cittadini che accedono al CAU della Casa della Comunità di Cervia (anno 2022). In particolare, la popolazione arruolata è consistita in cittadini con bisogni urgenti di media-bassa complessità, assimilabili a codici bianchi e verdi.</p> <p><u>Numero di soggetti target di riferimento:</u> 12.156</p> <p><u>Numero di soggetti arruolati nella pratica:</u> 12.146</p>	<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario. <p><u>Servizi di telemedicina:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Telerefertazione <p><u>Altro:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- previsto futuro collegamento con centrale 116117	
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>Modularità della pratica; valorizzazione del personale infermieristico con percorsi formativi incentrati sulla presa in carico di bisogni a bassa complessità, sull'ascolto qualificato e la decodifica dei bisogni socio-sanitari</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p>	<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none">• Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità	
<p>Punti di forza</p> <p>La pratica è propedeutica alla presa in carico clinica delle urgenze a bassa complessità (comprese quelle dei pazienti con cronicità) con buona integrazione multiprofessionale, destinato ad una evoluzione con l'introduzione del 116117 e della telemedicina per il follow-up domiciliare. Particolarmente pregevole il ricorso ad una rilevazione dei fabbisogni formativi attraverso autovalutazione dei professionisti, e articolata e coerente con l'attività svolta la formazione rivolta agli infermieri sebbene incentrata sugli aspetti gestionali.</p>	<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <ul style="list-style-type: none">6 – Transitional care della fragilità con strumenti digitali7 – Modelli innovativi di cura e assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina	

BEST PRACTICE

Viva gli Anziani!

Promotore

ASL Roma 1 / Lazio

Valenza temporale

01-01-2004 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica realizza o un monitoraggio telefonico rivolto a tutti gli ultra 80enni residenti nel distretto/municipio/comune seguito da interventi individuali e si fonda sulla valutazione della fragilità bio-psico-sociale attraverso uno strumento multidimensionale breve somministrabile in 5-10 minuti telefonicamente, che ha dimostrato un elevato valore predittivo per eventi maggiori (decesso, ospedalizzazione, istituzionalizzazione). Alla stratificazione del rischio segue la stesura del PAI, e la presa in carico da parte del case manager. Il PAI viene concordato dall'assistente sociale e dall'operatore socio-sanitario con l'anziano e la sua famiglia. In caso di necessità sanitarie interviene l'infermiere di comunità che integra la propria attività con quella di altri professionisti di concerto con il case manager.

Obiettivi Generali e Specifici

Gli obiettivi generali sono il monitoraggio attivo territoriale per contrastare l'isolamento sociale e sviluppare interventi personalizzati a partire dalla valutazione della fragilità bio-psico-sociale.

Gli obiettivi specifici includono: individuare le persone con fragilità sociale e/o sanitaria; creare una rete di supporto coinvolgendo risorse formali (servizi pubblici) o informali (associazioni, individui disponibili ad aiutare) focalizzata sugli individui fragili; aiutare tutti gli anziani ultra80enni ad affrontare eventi critici come ondate di calore, cadute, rotture degli equilibri di convivenza etc...

Indicatori di valutazione: 1) soggetti in carico con VMD completata; 2) soggetti in carico con piano di interventi in corso; 3) riduzione dell'ospedalizzazione rispetto ai non assistiti; 4) riduzione dell'istituzionalizzazione.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione arruolata nella pratica: anziani di età superiore agli 80 anni con una o più patologie croniche fragili o a rischio di sviluppare fragilità

Numero di soggetti target di riferimento: 16.000

Numero di soggetti arruolati nella pratica: 6.400

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Stratificazione della popolazione

Altro:

- Cruscotto di supporto al programma dell'attività quotidiana

Innovazione su aspetti organizzativi e risorse umane

Formazione alla valutazione della fragilità; formazione all'assistenza al paziente non autosufficiente; formazione all'assistenza al paziente con declino cognitivo. Ruolo centrale dei case manager nella gestione del paziente

Innovazione su aspetti tecnologici

App di comunicazione facilitata per la segnalazione da parte della rete dei collaboratori formali e/o informali di problematiche relative alla condizione di una persona seguita dal programma (ad esempio: ha la febbre ed ha bisogno di farmaci o della spesa)

Innovazione su aspetti clinici e di percorso

Valutazione della fragilità bio-psico-sociale e stratificazione del bisogno sociale e sanitario con interventi personalizzati domiciliari dell'IfEC. Il PAI elaborato viene concordato dall'assistente sociale e dall'operatore socio-sanitario con l'anziano e la sua famiglia.

Innovazione su aspetti finanziari

La pratica promuove attivamente l'empowerment della popolazione target usando mezzi appropriati, economici (volontariato e terzo settore) e innovativi, con il risultato di un potenziale risparmio in termini di accessi impropri evitati al Pronto Soccorso e ai Ricoveri ospedalieri, che coprono ampiamente la spesa.

Elementi utili alla trasferibilità

Modularità della pratica;
Possibilità di riutilizzo delle soluzioni ICT.

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Health Literacy
- Applicazioni interattive per l'informazione e l'orientamento degli utenti
- Modelli di Datawarehouse per il monitoraggio degli indicatori utili per la valutazione delle prestazioni di cronicità

Trasferimento/gemellaggio

Il programma W gli anziani è operativo in altre città italiane (Napoli, Novara, Genova, Catania, Novara, Sassari, Brindisi, Civitavecchia, Parma, Pavia, Padova)

Punti di forza

Il punto di forza risiede soprattutto nell'integrazione sociosanitaria, inoltre aspetti di particolare pregio sono l'inclusività e la stratificazione sul livello di fragilità nel modello biopsicosociale per personalizzare gli interventi, quali l'attivazione dell'infermiere di comunità in presenza di problematiche cliniche.

Capitolo di riferimento del Manuale

4 - Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti

6 - Transitional care della fragilità con strumenti digitali

BEST PRACTICE

Cohousing supportato per persone con disagio psichico e sociale

Promotore

A.S.L. ROMA4 / Lazio

Valenza temporale

2012 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica prevede la stratificazione della popolazione con la definizione del rischio di istituzionalizzazione, di perdita di fissa dimora, di isolamento, barbonismo domestico. L'attribuzione del rischio regola l'accesso agli interventi di inclusione sociale e al programma di cohousing. I pazienti vengono poi inseriti nel programma di cohousing e presi in carico dai Centro Salute Mentale e/o dai SerD. I pazienti vengono quindi monitorati in ADI attraverso la postazione di telemedicina presente in ogni cohousing che rileva e l'aderenza alla terapia prescritta e i dati necessari ad assicurare l'aggiornamento e l'appropriatezza del PDTA, oltre che consentire l'erogazione di servizi di telemedicina, come le televisite e i teleconsulti.

Obiettivi Generali e Specifici

L'obiettivo generale principali della pratica è promuovere l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali e carenza di risorse sociali; Gli obiettivi specifici includono: realizzare un modello di presa in carico e una rete territoriale a supporto delle persone con disturbi mentali e/o dipendenze (hard-to-reach) e "invisibili" (hidden population); ridurre i ricoveri in SPDC prevenire e contrastare la istituzionalizzazione; accelerare processi di deistituzionalizzazione; prevenire e contrastare la condizione di senza fissa dimora e il barbonismo domestico; aumentare la speranza di vita; migliorare la qualità di vita;
Indicatori di valutazione: prese in carico dei pazienti dei Cohousing da parte del CSM, prese in carico da parte del SerD; aderenza terapeutica dei pazienti presi in carico.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento nel bacino di utenza della popolazione dell'ASL Roma 4, soggetti adulti con disturbi mentali o dipendenze

Numero dei soggetti target di riferimento: 20.000

Numero dei soggetti arruolati: 100

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Prescrizione/dispensazione elettronica (farmaci e/o dispositivi medici)
- Consegna referti on line
- Sistema di cooperazione tra professionisti
- Fascicolo sanitario elettronico (FSE)
- Centro Unico Prenotazione (CUP)
- Flussi regionali/aziendali

Servizi di temedicina:

- Televisita
- Teleconsulto

Innovazione su aspetti organizzativi e risorse umane

La pratica attua l'investimento 2.3 della Missione 5 PNRR, con la riqualificazione dell'housing sociale, rigenerazione della qualità, accessibilità e sicurezza, attraverso l'utilizzo di modelli e strumenti innovativi per la gestione, l'inclusione e il benessere delle persone fragili con deterioramento cognitivo e disagio mentale.

Innovazione su aspetti tecnologici

Organizzazione di postazioni di telemedicina in ogni cohousing per poter regolarmente svolgere televisite, teleconsulti, riunioni di gruppo con hardware e software che registrano i dati dei pazienti e possono essere la base delle postazioni di telemedicina e flussi informativi che possono essere centralizzati.

Innovazione su aspetti clinici e di percorso

Collaborazione tra operatori pubblici e del terzo settore con i servizi sanitari territoriali dell'ASL, in particolare il CSM e il SerD. L'innovativa integrazione tra servizi ASL (presa in carico clinica e riabilitativa) e Terzo settore (gestione delle convivenze, aderenza alle terapie e al follow-up) pone la pratica tra le migliori integrazioni tra il sistema sociale e sanitario (DM77).

Innovazione su aspetti finanziari

Si è calcolato che nel decennio in cui si sono sviluppati i 12 cohousing il risparmio economico della ASL Roma 4, calcolato solo in modo diretto attraverso il calcolo del costo complessivo risparmiato per abbattimento ricoveri in case di cura private convenzionate, in SPDC ed in pronto soccorso, è stato di circa 4 milioni di euro.

Elementi utili alla trasferibilità

Modularità della pratica.

Lo schema, ripetibile e implementabile in ogni parte d'Italia, è quello dell'integrazione tra ASL (DSM e SerD) e associazioni del terzo settore.

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Banca dati dell'Assistito (BDA)
- Medicina di iniziativa
- Health literacy
- Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità
- Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità
- Applicazioni interattive per l'informazione e l'orientamento degli utenti
- Modelli di Telemedicina
- Modelli innovativi di ADI
- Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA

Trasferimento/gemellaggio

La pratica è stata estesa ai 4 distretti di ASL RM4

Punti di forza

La pratica proposta rappresenta un esempio innovativo di integrazione tra i servizi sanitari e sociali anche se limitata oggi ad una categoria ristretta di pazienti. Lodevole l'attenzione ai diritti della popolazione target in ambito di consenso informato e tutela della privacy. Importante anche l'attenzione alla gestione del potenziale conflitto di interessi. La semplicità e i modelli innovativi della pratica la rendono altamente trasferibile.

Capitolo di riferimento del Manuale

- 4 – Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e clusterizzazione dei pazienti
- 6 – Transitional care della fragilità con strumenti digitali
- 7 – Modelli innovativi di cura e assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina
- 8 – La rete dei servizi delle cure intermedie

BEST PRACTICE

La salute a casa: il lavoro di comunità e la rete di prossimità per un benessere consapevole e sostenibile.

Promotore

ASL Roma 1 / Lazio

Valenza temporale

2022 - 2023-12-31

Sintesi del progetto

La pratica è incentrata sulla costituzione di "Team di comunità" multiprofessionale formato da tutti gli attori del progetto che opereranno, dopo formazione specifica, insieme alle comunità dell'area subdistrettuale. Il Team svolge una ricognizione ed identificazione dei bisogni sociosanitari del territorio, attraverso la segnalazione al PUA itinerante di prossimità, realizzato presso le reti sociali locali. Il Team di comunità facilita poi i processi di empowerment, partecipando alle attività dei centri di ascolto parrocchiali e interfacciandosi proattivamente con il CAD/MMG PLS locali, per identificare eventuali necessità di pazienti cronici/nuclei familiari seguiti negli ultimi anni e dimessi. Le attività del Team sono coordinate attraverso piattaforme ICT per il coordinamento e il lavoro integrato con la COT

Obiettivi Generali e Specifici

Gli obiettivi generali della pratica sono valorizzare il protagonismo nella ricerca consapevole dei propri obiettivi di salute e nella realizzazione di interventi di prevenzione/promozione della salute, ed erogare un'assistenza domiciliare più ampia ed inclusiva.

Gli obiettivi specifici della pratica includono Implementare un modello digitalizzato organizzativo socio-sanitario integrato di comunità in un'ottica di prossimità, grazie alla costituzione della Cabina di Regia, impegnata nella realizzazione, insieme alle comunità, di interventi di prevenzione e promozione della salute.

Indicatori di valutazione: ADI per pazienti con totale perdita di autonomia; Interventi comunitari di prossimità per popolazione con lieve o moderata fragilità; numero di persone over 64 prese in carico.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: la popolazione di riferimento è quello del bacino di utenza dell' ASL Roma1, al cui interno sono stati selezionati, per l'arruolamento della pratica soggetti >65 con fragilità e prefragilità residenti nel distretto 2 Micro Area Flaminio Villaggio Olimpico.

Numero dei soggetti target di riferimento: 3.896

Numero dei soggetti arruolati: 300

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Cruscotto per la gestione del transitional care
- Sistema di supporto alle decisioni
- Cruscotto per il controllo di gestione e analisi della spesa

Servizi di telemedicina:

- Teleriabilitazione
- Televisita
- Telediagnostica

Innovazione su aspetti organizzativi e risorse umane

L'integrazione tra istituzioni, comunità e enti del terzo settore attua pienamente il nuovo modello di presa in carico (DM77), per mezzo della forte attenzione all'empowerment, dell'introduzione della figura dell'osservatore di comunità e del Nucleo di intelligenza epidemiologico, che attestano lo sforzo a conoscere e condividere i bisogni specifici della comunità.

Innovazione su aspetti tecnologici

a) Piattaforma di Business Intelligence per i componenti della Cabina di regia b) Piattaforma per il lavoro integrato del Team di comunità (con filtri di accesso e accreditamento secondo la loro funzione per la privacy) collegata c/o Sistema informativo regionale alla COT per percorso istituzionale di Segnalazione e Presa in carico. Cruscotto per la gestione del transitional care.

Innovazione su aspetti clinici e di percorso

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria distrettuale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale.

Innovazione su aspetti finanziari

Elementi utili alla trasferibilità

Possibilità di riuso soluzioni ICT;
L'intervento di empowerment previsto all'interno della pratica è agevolmente applicabile a qualsiasi comunità di soggetti fragili;

Trasferimento/gemellaggio

La pratica, ad oggi non ancora trasferita, dimostra un buon potenziale di scalabilità e trasferibilità in altri contesti

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Medicina di iniziativa
- Health literacy
- Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità
- Modelli di telemedicina
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti

Punti di forza

La pratica si distingue per l'attenzione prestata alla definizione di un modello altamente in linea con gli approcci più avanzati e innovativi di gestione territoriale della cronicità e della fragilità, di integrazione socio-sanitaria e con le più recenti disposizioni normative (es. DM 77), promuovendo al contempo l'integrazione tra istituzioni, comunità e enti del terzo settore ed inserendosi a pieno titolo in un percorso evolutivo a livello regionale.

Capitolo di riferimento del Manuale

6 – Transitional care della fragilità con strumenti digitali

BUONA
PRATICA

Televisite

Promotore

Azienda Ospedaliera San Giovanni
Addolorata / Lazio

Valenza temporale

2020 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica presenta come nucleo operativo il Centro Servizi di Telemedicina, che compie una sorveglianza proattiva, con cruscotti che controllano step by step i passaggi che il paziente deve compiere per attivare la tele visita. Si partecipa alle tele visite attraverso un link web cui si accede dopo aver ricevuto password OPT sullo smartphone. Il centro servizi risponde mediamente a 12-15 telefonate al giorno da parte di pazienti o dei loro care-giver. Vengono svolte in tele visita prescrizioni dematerializzate, piani terapeutici, esami specialistici, prenotazioni di tele visite di controllo. L'applicativo permette di vedere l'attività del singolo ambulatorio e del singolo medico. Il servizio offre ai pazienti presi in carico, una continuità assistenziale nel setting ospedaliero e domiciliare.

Obiettivi Generali e Specifici

L'obiettivo generale è migliorare la qualità di vita del paziente del caregiver e delle famiglie attraverso l'offerta di servizi di telemedicina che migliorano la continuità assistenziale. Gli obiettivi specifici includono: costante controllo della salute del paziente attraverso tele visite implementate dopo la condivisione di referti e dati clinici dei pazienti; garantire un adeguato livello di alfabetizzazione tecnologica ed educazione sanitaria ai pazienti arruolati per facilitare il raggiungimento dell'autonomia nell'autogestione della propria patologia.

Indicatori di valutazione: misure sulla trasmissione e ricezione dei dati relativi alla Tele visita, tele visite richieste.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento:
Stima soggetti coinvolti (popolazione)

Numero dei soggetti target di riferimento:
9.918

Numero dei soggetti arruolati nella pratica:
4.959

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi sanità digitale:

- Prescrizione / dispensazione elettronica (farmaci e/o dispositivi medici);
- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line;
- Cruscotto per la gestione del transitional care;
- Cruscotto per il controllo di gestione e analisi della spesa;
- Consegna referti on line;
- Sistema di cooperazione tra professionisti.

Servizi di telemedicina:

- Tele visita.

Elementi utili alla trasferibilità

Modularità della pratica;
Possibilità di riuso soluzioni ICT.

Trasferimento/gemellaggio

La piattaforma per l'erogazione del servizio di tele visita, è utilizzata anche per l'erogazione del medesimo servizio ai pazienti della ASL Roma 4

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Medicina di iniziativa;
- Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA;
- Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti;
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale;
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti;
- Modelli di valutazione per pazienti attraverso questionario;
- Modelli di valutazione dell'ICT.

Punti di forza

La pratica si caratterizza per l'attenzione all'utenza, attraverso il supporto proattivo del centro servizi telemedicina, sia nella gestione di aspetti tecnici che includono la valutazione delle competenze ed abilità all'uso appropriato delle piattaforme tecnologiche, che nella preparazione asincrona alla tele visita, attraverso il ricorso ad un questionario di orientamento.

Capitolo di riferimento del Manuale

5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali;

7 – Modelli innovativi di cura e assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina.

BUONA PRATICA

Curare@casa_Ospedale Virtuale

Promotore

ASL Roma 2 / Lazio

Valenza temporale

2018-12-31 - 2025-12-31

Sintesi del progetto

Curare@Casa ASL ROMA2 ha realizzato una *corsia virtuale* mediante un'infrastruttura tecnologica capace di virtualizzare il controllo sul paziente dimesso dopo un ricovero per acuzie, e attivando una collaborazione clinica remota che coinvolge il medico di medicina generale, gli infermieri territoriali, la farmacia territoriale e i caregiver.

La corsia virtuale assicura il telemonitoraggio e la teleassistenza del paziente a rischio di riospedalizzazione, e il ricorso ai medici dei reparti ospedalieri in videoconferenza, da parte del paziente e del caregiver per risolvere eventuali criticità. La piattaforma supporta la presa in carico territoriale precoce e tempestiva e mira a ridurre gli accessi evitabili al Pronto Soccorso nella fase di transizione post-dimissione.

Obiettivi Generali e Specifici

Gli obiettivi generali includono: l'integrazione tra cure primarie e cure per acuti e la continuità assistenziale attraverso la presa in carico territoriale post-dimissione in assistenza domiciliare dei pazienti, a rischio di re-ospedalizzazione mediante «corsie virtuali», come nuovo setting aziendale; la riduzione del rischio di re-ospedalizzazioni istituzionalizzazione evitabile, attraverso il "tutoring" post-dimissione. Gli obiettivi specifici comprendono garantire la presa in carico territoriale precoce e tempestiva, direttamente a domicilio; assicurare telemonitoraggio e teleassistenza del paziente dimesso dall'ospedale a rischio di reospedalizzazione da parte della Centrale Operativa Aziendale COA-RESTART; ridurre gli accessi evitabili al Pronto Soccorso dei pazienti, già in carico alle Unità Operative ospedaliere attraverso un percorso dedicato di ricovero di stabilizzazione; attivare il percorso da Territorio corsia virtuale tramite la COA RESTART.

Indicatori di valutazione: riduzione dei ricoveri nei reparti specialisti; riduzione dei tempi di attesa; riduzione degli accessi al PS.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: l'ambito di riferimento è quello del bacino di utenza della ASL Roma 2. Nello specifico, il target è costituito da pazienti con patologie cardiovascolari, malattie ematologiche, malattie gastroenterologiche, salute mentale età adulta e neuropsichiatria infantile, malattie neurologiche. All'interno di tale bacino sono stati selezionati, per l'arruolamento nella pratica, i pazienti in ADI a seguito della valutazione multidimensionale.

Numero dei soggetti target di riferimento: 305.906

Numero dei soggetti arruolati: 10.800

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale :

- Cartella clinica elettronica (EHR)/ dossier sanitario
- Stratificazione della popolazione
- Sistema di supporto alle decisioni
- App e chatbot per prevenzione e cura
- Consegna referti on line
- Sistema di cooperazione tra professionisti
- Software (incluse le App)
- Diagnostica in vitro
- Digital Therapeutics

Servizi di telemedicina:

- Televisita
- Teleassistenza
- Teleconsulto
- Teleconsulenza
- Telemonitoraggio
- Telecontrollo
- Teleriferazione

Elementi utili alla trasferibilità

Modularità della pratica; Il progetto presenta caratteristiche di scalabilità ed adozione a livello strutturale nell'ambito dell'Organizzazione Sanitaria anitaria

Trasferimento/gemellaggio

La pratica, ad oggi non ancora trasferita, dimostra un buon potenziale di scalabilità e trasferibilità in altri contesti

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Medicina di iniziativa
- Health Literacy
- Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità
- Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità
- Applicazioni interattive per l'informazione e l'orientamento degli utenti
- Modelli di Telemedicina
- Modelli innovativi di ADI
- Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA

Punti di forza

La progettazione della pratica è coerente con gli indirizzi nazionali per l'organizzazione dei servizi di presa in carico dei pazienti che prevedono una valutazione multidimensionale e ricorrono ad un utilizzo efficace della telemedicina. Pregevole l'elemento di innovazione rappresentato dal ricorso ad App e Chatbot.

Capitolo di riferimento del Manuale

5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali

7 – Modelli innovativi di cura e assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina

8 – La rete dei servizi delle cure intermedie

<p>Telemonitoraggio - teleconsulto specialistico - telerefertazione/telecardiologia</p>	<p>Promotore</p> <p>Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata / Lazio</p>	<p>Valenza temporale</p> <p>2005 - Attiva</p>
<p>Sintesi del progetto</p> <p>La pratica assicura ai pazienti presi in carico in regime di ADI continuità assistenziale attraverso il monitoraggio di parametri clinici e la refertazione di esami diagnostici. I pazienti vengono selezionati e arruolati attraverso una valutazione della idoneità del paziente/caregiver a fruire delle prestazioni di telemonitoraggio, a cui fanno seguito corsi specifici di formazione all'utilizzo degli appositi device. Inoltre, la pratica pone in essere interventi di prevenzione primaria e secondaria e di follow-up. Nell'ambito della dimissione protetta, è previsto il telemonitoraggio per pazienti in dimissione dal reparto di chirurgia.</p>	<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>Gli obiettivi generali sono implementare attraverso l'utilizzo degli strumenti di telemedicina, la continuità assistenziale nel setting domiciliare, migliorare la qualità di vita dei pazienti, dei caregiver e delle famiglie, incrementando il numero di pazienti in dimissione protetta; migliorare l'assistenza sanitaria per la popolazione carceraria.</p> <p>Gli obiettivi specifici includono: assicurare il costante monitoraggio di parametri clinici e la refertazione di esami diagnostici per ridurre il rischio di insorgenza di complicanze in persone a rischio o affette da patologie croniche, creando una équipe multidisciplinare intorno al paziente.</p> <p>Indicatori di valutazione: corretta trasmissione e ricezione dei dati relativi al telemonitoraggio.</p>	
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> all'interno del bacino di utenza dei pazienti afferenti l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata sono individuati i pazienti affetti da malattie cardiovascolari, malattie endocrine, della nutrizione e metaboliche, malattie dell'apparato urinario, malattie dell'apparato genitale maschile e malattie respiratorie, che possono essere presi in carico attraverso strumenti di telemedicina</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 1.470 Telemonitoraggio + 540 Telecardiologia</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati:</u> 915</p>	<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <p><u>Servizi di sanità digitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cruscotto per la gestione del transitional care - Cruscotto per il controllo di gestione e analisi della spesa - Consegna referti on line - Servizi di pagamento - Sistema di cooperazione tra professionisti <p><u>Servizi di telemedicina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teleconsulto - Telemonitoraggio - Telerefertazione 	
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>Modularità della pratica; Possibilità di riutilizzo di soluzioni ICT; Condivisione di toolkit per il trasferimento; Determinazione di canoni per l'uso delle tecnologie in altri contesti; Uso condiviso delle piattaforme tecnologiche.</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p> <p>La pratica è stata estesa alla popolazione carceraria di Civitavecchia e Regina Coeli</p>	<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti • Equipe multidisciplinare multiprofessionale • Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti 	
<p>Punti di forza</p> <p>Gli scopi, i metodi della pratica sono chiaramente definiti, gli obiettivi sono misurabili, verificabili e realisticamente raggiungibili. La formazione è prevalentemente di tipo tecnico/tecnologico. La pratica è sostenuta da un ventaglio di tecnologie informatiche e di comunicazione abbastanza ampio e adeguato rispetto alle finalità perseguite. La pratica è già stata trasferita in altri setting.</p>	<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p>5 - Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali</p> <p>7 - Modelli Innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina</p>	

BEST PRACTICE

L'infermiere di famiglia e comunità come modello innovativo di integrazione ospedale-territorio nella gestione della cronicità

Promotore

ASL Roma 6 / Lazio

Valenza temporale

2020-04-01 - 2023-12-31

Sintesi del progetto

La pratica è incentrata sul ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità (IFeC) in attività sanitarie proattivamente orientate alla salute della comunità. Il percorso di presa in carico viene attivato su pazienti anziani con patologie croniche ad alta prevalenza segnalati dal MMG. L'intervento dell'IFeC comprende la valutazione infermieristica, che esplora i bisogni assistenziali e le condizioni di vulnerabilità sociale, l'educazione sanitaria e la stesura del PAI e viene registrata su una cartella informatizzata aziendale, condividendo i risultati con il MMG, UVM e servizi sociali e con gli erogatori di assistenza domiciliare esterni all'azienda a realizzare l'integrazione multiprofessionale territoriale prevista dal DM 77. L'IFeC orienta alla fruizione dei servizi territoriali, organizza gli interventi attiva se necessario il PUA o i servizi di supporto

Obiettivi Generali e Specifici

L'obiettivo generale è mantenere, e migliorare nel tempo, l'equilibrio e lo stato di salute della famiglia, nella comunità, aiutandola a evitare o gestire le minacce alla salute
 Gli obiettivi specifici includono: rafforzare le attività territoriali di ASL Roma 6; integrare i percorsi di Cure Primarie, Intermedie e Ospedaliere; sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario; favorire un approccio proattivo trasversale per seguire, guidare e aiutare il paziente nei suoi bisogni di salute; promuovere l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi; riconoscere tempestivamente situazioni di rischio sanitario.
Indicatori di valutazione: proporzione di soggetti presi in carico, valutazioni diagnosi infermieristiche e stratificazione del rischio, tassi di ospedalizzazione e riospedalizzazione; miglioramento delle capacità di autogestione, soddisfazione delle cure.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: nell'ambito del bacino ASL RM6 fra i soggetti anziani (>65 anni) con patologia cronica (MCNT definizione OMS), la pratica si rivolge a soggetti >65 anni con ipertensione, BPCO, diabete, scompenso cardiaco in base alla gravità e alla valutazione dei modelli di presa in carico

Numero dei soggetti target di riferimento: 130.557

Numero dei soggetti arruolati : 600

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale :

- Cartella clinica elettronica (EHR)/ dossier sanitario, cartella ambulatoriale
- Stratificazione della popolazione
- Software (incluse le App)
- Sensori

Servizi di telemedicina:

- Teleassistenza
- Telemonitoraggio

Innovazione su aspetti organizzativi e risorse umane

Attenzione ad affrontare tutti gli aspetti che consentono la piena operatività della figura dell'IFeC, sia dal punto di vista assistenziale che gestionale
 Definizione del ruolo sviluppata in 4 focus group attraverso il Dizionario delle Competenze Ce.Ri.S.Ma.S.

Innovazione su aspetti tecnologici

Integrazione del Care Classification System V2.5 nel sistema informatico dell'UCP per la condivisione delle documentazione infermieristica e del PAI con il MMG, finestra dedicata all'interazione per la programmazione degli interventi

Innovazione su aspetti clinici e di percorso

Valutazione infermieristica articolate sui 12 modelli di Gordon

Innovazione su aspetti finanziari

Strategia Value Based Health Care (Vbhc)
 Preliminare valutazione e programmazione delle risorse necessarie, umane, strutturali, tecnologiche e finanziarie necessarie, in integrazione con gli obiettivi aziendali

Elementi utili alla trasferibilità

Condivisione di toolkit per il trasferimento

Trasferimento/gemellaggio

Altre aziende sanitarie della Regione Lazio, Campania e Sicilia hanno effettuato benchmark del modello implementato dalla ASL Roma 6.

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Health Literacy
- Medicina di iniziativa
- Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti
- Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità
- Modelli di Telemedicina
- Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici
- Modelli di valutazione per professionisti attraverso questionario
- Modelli di valutazione per pazienti attraverso questionario

Punti di forza

La pratica declina compiutamente attività, ruolo, e competenze, dell'IFeC come figura perno della visione di un'assistenza territoriale proattiva, radicata nella decodifica e risposta al bisogno di salute anche in relazione ai suoi determinanti sociali. Prevede l'attenzione alla dimensione empowerment, con aggiornamento ripetuto delle misure di capacità di autogestione. Articolata la serie di indicatori di monitoraggio proposti, e altamente significativi i risultati presentati.

Capitolo di riferimento del Manuale

- 4 - Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e clusterizzazione dei pazienti
- 5 - Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali
- 9 - Dimensionamento dei servizi e della *capacity* di personale e logistica

BUONA
PRATICA

Centrale di sorveglianza
delle fragilità e cronicità -
ASST LODI

Promotore

ASST LODI - Azienda Socio
Sanitaria Territoriale di Lodi -
Ospedale Maggiore di Lodi
Distretti e Presidi Ospedalieri /
Lombardia

Valenza temporale

2020 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica si fonda sulla riconversione della Centrale attivata durante la pandemia in Centrale di sorveglianza dei pazienti cronici e fragili. A partire dalla mappatura dei pazienti volta facilitare le transizioni di cura in interazione con la medicina generale, la condivisione dei dati permette, dopo la valutazione multidimensionale del bisogno per il paziente con necessità di cura e assistenza domiciliare, la definizione di un PAI che contempli l'erogazione di tutte le prestazioni specialistiche e assistenziali e se necessario, la dotazione di dispositivi per il monitoraggio a distanza dei parametri clinici per seguire l'evoluzione della patologia al domicilio e intervenire tempestivamente, evitando l'ospedalizzazione, e accessi inappropriati al Pronto soccorso. I dati clinici vengono condivisi con il MMG, che partecipa all'erogazione delle prestazioni di competenza del PAI e mantiene il costante contatto con il paziente.

Obiettivi Generali e Specifici

L'obiettivo generale è la riconversione della Centrale in un'unità di erogazione di cura e assistenza, pienamente integrata con MMG di riferimento, specialisti ospedalieri e rete territoriale d'offerta, operativa H12, con medici specialisti/clinical manager e infermieri di famiglia/case manager.

Gli obiettivi specifici includono la presa in cura domiciliare di almeno 7.000 pazienti cronici della fascia a maggiore complessità; predisporre le condizioni necessarie affinché il paziente fragile giunga in Pronto Soccorso già inquadrato e sia valutato per il motivo dell'accesso nel complesso del suo livello di autonomia, fragilità, polipatologia.

Indicatori di valutazione: numero, tempi e durata della presa in carico; indicatori PNE Tasso di ospedalizzazione per diabete, BPCO escompenso cardiaco; riduzione degli accessi in PS patologia/specifici.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: Residenti territorio ASST Lodi. In particolare, la popolazione arruolata è composta da pazienti fragili/cronici del territorio lodigiano e i loro caregiver.

Numero dei soggetti target di riferimento: 7.000

Numero dei soggetti arruolati: 1.442

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi sanità digitale:

- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line;
- SGGT;
- Cartella clinica infermieristica elettronica aziendale;
- Piattaforma aziendale CAMELIA;
- Monitoraggio domiciliare - piattaforma informatica Zcare (durante il Covid)

Servizi di telemedicina:

- Telemonitoraggio

Elementi utili alla trasferibilità

Condivisione del toolkit per il trasferimento

Trasferimento/gemellaggio

La pratica, ad oggi non ancora trasferita, dimostra un buon potenziale di scalabilità e trasferibilità in altri contesti

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità
- Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità
- Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti
- Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici
- Modelli di valutazione per pazienti attraverso questionario
- Modelli di Datawarehouse per il monitoraggio degli indicatori utili per la valutazione delle prestazioni di cronicità

Punti di forza

La pratica, nata da una pregevole e intelligente riconversione in favore dei pazienti cronici di una sperimentazione per l'assistenza attraverso una struttura di sorveglianza per il COVID, si distingue per le attività di mappatura dei pazienti gestite dalla centrale per facilitare anche i passaggi di cura e la sviluppata interazione con la medicina generale e la rete emergenza-urgenza, con obiettivi concreti di miglioramento sia organizzativi che di esiti quali ad esempio una più rapida stabilizzazione del paziente in osservazione breve intensiva. L'ampia analisi rispetto ai diversi fattori di scalabilità e trasferibilità evidenzia il potenziale della pratica per una "semplice" sostenibilità e l'ampia possibilità di trasferimento in contesti con analoghe caratteristiche di ospedali hub su territori circoscritti.

Capitolo di riferimento del Manuale

5 - Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali

7 - Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina

IMPLEMENTAZIONE DELLA
CARTELLA SOCIALE
INFORMATIZZATA
INTEGRATA NELL'ASST DI
LODI

BUONA
PRATICA

Promotore

ASST LODI / Lombardia

Valenza temporale

2020-01-01 - Attiva

Sintesi del progetto

Nel 2020 ASST di Lodi ha avviato l'implementazione della Cartella Sociale informatizzata Health meeting, trasversale alle Aree di intervento sociale ASST, strumento di presa in carico integrata fra ASST e Ambito Territoriale di Lodi, in collegamento con i Comuni mediante lo strumento Urbi Smart PA Digitale. La funzione della cartella sociale condivisa è la registrazione della presa in carico, l'emersione delle diverse componenti del bisogno e la condivisione del setting assistenziale integrato e degli interventi previsti per una reciproca lettura dei dati tra enti sociali e sanitari.

Obiettivi Generali e Specifici

L'obiettivo generale è individuazione di uno strumento che consenta una presa in carico integrata sociale e socio sanitaria fra ASST e Ambito territoriale di soggetti connotati da bisogni complessi affetti da patologie cronico-degenerative nel territorio lodigiano, Gli obiettivi specifici sono: 1. consentire una gestione integrata dei servizi sociali intraistituzionale e interistituzionale; 2. coordinare gli attori e mettere in sinergia le istituzioni del territorio; 3. facilitare la visione della situazione della persona, i bisogni e le risorse; 4. evitare sovrapposizioni professionali e di budget; 5. raccogliere dati omogenei; 6. reperire le informazioni e gli interlocutori istituzionali responsabili o referenti; 7. formalizzare i passaggi della presa in carico e ricostruire il percorso assistenziale storico dell'utente; 8. analizzare i dati a fini programmatori.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: Abitanti del Comune di Lodi Vecchio con condizione cronico-fragile. La popolazione arruolata è composta da utenti che si rivolgono direttamente ai servizi sociali dei comuni e ai servizi socio sanitari dell'ASST di Lodi.

Numero dei soggetti target di riferimento: 7.553

Numero dei soggetti arruolati: 66

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Sistema di cooperazione tra professionisti

Servizi di telemedicina:

- Televisita

Elementi utili alla trasferibilità

Modularità della pratica;
Personalizzazione per un suo utilizzo anche in contesti diversi;
Possibilità di riuso soluzioni ICT;
Condivisione di toolkit per il trasferimento.

Trasferimento/gemellaggio

La pratica è in corso di estensione agli altri Comuni del territorio dell'ASST di Lodi

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA
- Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale
- Modelli di Datawarehouse per il monitoraggio degli indicatori utili per la valutazione delle prestazioni di cronicità
- Stratificazione della popolazione
- Medicina di iniziativa
- Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità

Punti di forza

La pratica si distingue per la rilevanza e qualità dell'idea progettuale, volta a promuovere l'integrazione interistituzionale dei dati sanitari e sociali attraverso un ricorso appropriato ed efficace delle soluzioni ICT. Elementi distintivi della pratica sono l'adozione di un approccio preventivo volto ad evitare gli accessi impropri e il collasso sociale dei fragili, la particolare cura prestata al trattamento e alla conservazione dei dati, l'intenzione di costituire un datawarehouse a supporto dei processi di stratificazione, il ricorso alla televisita in contesto socio-sanitario e l'attenzione al riuso di soluzioni pre-esistenti.

Capitolo di riferimento del Manuale

6 - Transitional care della fragilità con strumenti digitali

8 - La rete dei servizi delle cure intermedie

<p>RETE DIABETOLOGICA MARCHIGIANA</p> <p>BUONA PRATICA</p>	<p>Promotore</p> <p>Marche</p>	<p>Valenza temporale</p> <p>2003 - Attiva</p>										
<p>Sintesi del progetto</p> <p>La rete mono-specialistica centrata sulla gestione clinica del diabete comprende 15 centri per gli adulti e 1 centro pediatrico distribuiti uniformemente in tutta la regione e facilmente accessibili, con copertura di 5 o 6 giorni a settimana. I centri utilizzano la stessa cartella clinica diabetologica, condivisa nella rete. Ogni centro è dotato di un'équipe multidisciplinare composta da diabetologi, dietisti, infermieri di diabetologia, podologi e psicologi. Per l'autogestione i pazienti hanno a disposizione un'app dedicata su PC/tablet o sullo smartphone, che fornisce: riepilogo dei dati, avvisi, monitoraggio dei dati da glucometro, Dieta, Attività fisica, Materiale didattico, Strumenti di comunicazione. Pazienti esperti formati per collaborare con i medici di base e i servizi di diabetologia fungono da guide volontarie</p>	<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>Obiettivi generali: standardizzare prevenzione, diagnosi e cura del diabete in tutto il territorio, garantendo equità sia nell'accesso alle cure che nel livello d'assistenza. Obiettivi specifici: Sviluppare un modello di gestione integrata per la prevenzione e la gestione del diabete e delle sue complicanze; Sviluppare una rete di centri diabetologici collegati da una cartella clinica elettronica condivisa; Fornire un'assistenza incentrata sulla persona, tenendo conto delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari, della cultura/religione, delle capacità e della aderenza alle diverse terapie, attraverso un team multidisciplinare.</p> <p><u>Indicatori di valutazione:</u> 1) Mortalità per diabete; 2) Score Q >25: qualità cure 12 item valutati in 1 anno.</p>											
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> Pazienti con diabete di tipo 1 e 2, pre-diabete, diabete gestazionale; Pazienti non diabetici (a rischio o sospetti)</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 80.000</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati nella pratica:</u> 69.800</p>	<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Servizi sanità digitale:</u></td> <td><u>Servizi di telemedicina:</u></td> </tr> <tr> <td>- Prescrizione / dispensazione elettronica (farmaci e/o dispositivi medici);</td> <td>- Televisita</td> </tr> <tr> <td>- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line;</td> <td>- Teleconsulto</td> </tr> <tr> <td>- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario;</td> <td>- Telerefertazione</td> </tr> <tr> <td>- Sistema di cooperazione tra professionisti.</td> <td></td> </tr> </table>		<u>Servizi sanità digitale:</u>	<u>Servizi di telemedicina:</u>	- Prescrizione / dispensazione elettronica (farmaci e/o dispositivi medici);	- Televisita	- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line;	- Teleconsulto	- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario;	- Telerefertazione	- Sistema di cooperazione tra professionisti.	
<u>Servizi sanità digitale:</u>	<u>Servizi di telemedicina:</u>											
- Prescrizione / dispensazione elettronica (farmaci e/o dispositivi medici);	- Televisita											
- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line;	- Teleconsulto											
- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario;	- Telerefertazione											
- Sistema di cooperazione tra professionisti.												
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>Condivisione di toolkit per il trasferimento, Modularità della pratica Possibilità di riuso soluzioni ICT.</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p> <p>La pratica è stata trasferita in Umbria e dal 2022 in Sardegna.</p>	<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Health Literacy; • Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità; • Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità; • Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità; • Applicazioni interattive per l'informazione e l'orientamento degli utenti; • Modelli di Telemedicina; • Equipe multidisciplinare multiprofessionale; • Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti; • Modelli di valutazione per pazienti attraverso questionario; • Modelli di Datawarehouse per il monitoraggio degli indicatori utili per la valutazione delle prestazioni di cronicità. 											
<p>Punti di forza</p> <p>La progettazione si basa su una robusta analisi epidemiologica della popolazione target, rilevante sia come fasce di età che quantitativamente rispetto alla popolazione di riferimento. Pregevoli l'esplicitazione tra gli obiettivi dell'equità di accesso, dei discriminanti sociali di salute e dell'aderenza alla cura. L'empowerment e la formazione del paziente sono realizzati attraverso attività mirate alla conoscenza della patologia, anche attraverso il coinvolgimento di "pazienti esperti", alla promozione di stili di vita, all'autogestione attraverso l'utilizzo di app. Di rilievo l'investimento sull'ambiente scolastico anche attraverso campi scuola per la diffusione della consapevolezza sul diabete fra personale docente e studenti.</p>	<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p>5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali;</p>											

<p>Definizione e implementazione di modello sperimentale di Centrali Operative Territoriali</p>	<p>BEST PRACTICE</p>	<p>Promotore Piemonte</p> <p>Valenza temporale 2022 - Attiva</p>											
<p>Sintesi del progetto</p> <p>La COT garantisce il coordinamento della presa in carico della persona tra servizi e professionisti sanitari e sociali (valutazione del bisogno attraverso triage interprofessionale sociosanitario, identificazione del bisogno, identificazione del setting); l'attivazione delle risorse della rete assistenziale e il coordinamento delle azioni, il monitoraggio del percorso del paziente nei vari setting di cura assicurando la continuità terapeutica/assistenziale e la tracciabilità dei flussi; il supporto informativo a tutti gli attori della rete sui servizi disponibili sul territorio e sulle tempistiche di attivazione; il monitoraggio e reporting dei sistemi di telemedicina a supporto della presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche; il monitoraggio dei PDTA e PCP</p>	<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>L'obiettivo generale è assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e sociosanitari. Gli obiettivi specifici sono : 1) analizzare l'attuale organizzazione e le best practices già esistenti nelle Aziende sperimentatrici 2) definire il modello organizzativo 3) sperimentare il modello approvato e valutare le ricadute sull'organizzazione delle attività del territorio. <u>Indicatori di valutazione:</u> Ricoveri evitabili per patologie curabili/ricoveri effettuati; reingressi in ospedale post-dimissione; accessi al DEA/PS; realizzazione di interventi previsti nel PLP; verifica applicazione dei PDTA nei soggetti segnalati.</p>												
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipologia di popolazione target di riferimento:</u> popolazione ASL coinvolte. In particolare, la popolazione arruolata è composta da utenti del servizio COT.</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 1.955.242</p>	<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Servizi sanità digitale:</u></td> <td><u>Servizi di telemedicina:</u></td> </tr> <tr> <td>- Cruscotto per la gestione del transitional care;</td> <td>- Televisita;</td> </tr> <tr> <td>- Stratificazione della popolazione;</td> <td>- Teleassistenza;</td> </tr> <tr> <td>- Sistema di supporto alle decisioni (es. analisi del rischio);</td> <td>- Teleconsulto;</td> </tr> <tr> <td>- Cruscotto per il controllo di gestione e analisi della spesa;</td> <td>- Telemonitoraggio.</td> </tr> <tr> <td>- Sistema di cooperazione tra professionisti</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Servizi sanità digitale:</u>	<u>Servizi di telemedicina:</u>	- Cruscotto per la gestione del transitional care;	- Televisita;	- Stratificazione della popolazione;	- Teleassistenza;	- Sistema di supporto alle decisioni (es. analisi del rischio);	- Teleconsulto;	- Cruscotto per il controllo di gestione e analisi della spesa;	- Telemonitoraggio.	- Sistema di cooperazione tra professionisti	
<u>Servizi sanità digitale:</u>	<u>Servizi di telemedicina:</u>												
- Cruscotto per la gestione del transitional care;	- Televisita;												
- Stratificazione della popolazione;	- Teleassistenza;												
- Sistema di supporto alle decisioni (es. analisi del rischio);	- Teleconsulto;												
- Cruscotto per il controllo di gestione e analisi della spesa;	- Telemonitoraggio.												
- Sistema di cooperazione tra professionisti													
<p>Innovazione su aspetti organizzativi e risorse umane</p> <p>Nella COT confluiscono altre modalità organizzative già presenti a livello aziendale come NDCC e PUA. Il governo operativo della COT è ricondotto alla responsabilità della struttura distrettuale.</p> <p>L'ASL nella propria autonomia organizzativa assicura la disponibilità di personale dedicato, in totale o in parte.</p>	<p>Innovazione su aspetti tecnologici</p> <p>La presenza di un Sistema Informativo interfacciabile con i singoli nodi della rete di offerta.</p>												
<p>Innovazione su aspetti clinici e di percorso</p> <p>La COT garantisce un coordinamento nella gestione della persona tra vari servizi e professionisti, in campo sanitario e sociale, attraverso un processo di valutazione delle necessità mediante un triage interprofessionale sociosanitario, identificando le esigenze del paziente e il contesto più appropriato per fornire l'assistenza necessaria.</p>	<p>Innovazione su aspetti finanziari</p>												
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>Modularità della pratica; Possibilità di riuso soluzioni ICT.</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p> <p>La pratica è stata estesa a tutte le ASL della regione Piemonte</p>	<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none"> Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità 												
<p>Punti di forza</p> <p>La pratica costituisce una prima sperimentazione di modello di COT finanziata nell'ambito delle progettualità del PNRR che permette una operatività immediata rispetto ad una modalità di presa in carico dei cronici olistica ed integrata in totale interazione con i sistemi ordinari. Elementi di particolare valore sono l'integrazione tra i diversi setting assistenziali, in particolare nelle transizioni di cura, circolazione delle informazioni, alimentazione di flussi condivisi, supporto informativo/formativo agli operatori, monitoraggio di PDTA e di prestazioni di telemedicina, triage multidisciplinare ed interdisciplinare di carattere anche sociosanitario.</p>	<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p>5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali;</p> <p>6 – Transitional care della fragilità con strumenti digitali</p> <p>8 – La rete dei servizi delle cure intermedie</p>												

<p>COReHealth - Centrale Operativa Regionale delle Cronicità e delle Reti Cliniche</p>	<p>Promotore</p> <p>Puglia</p>	<p>Valenza temporale</p> <p>2022 - Attiva</p>										
<p>Sintesi del progetto</p> <p>La pratica è volta a migliorare l'assistenza ai cittadini con patologie croniche tramite la digitalizzazione e l'efficienza dei processi di cura. La strategia di coordinamento centrale delle soluzioni adottate garantisce l'interoperabilità tecnologica. All'assistito, al momento della presa in carico della Centrale, vengono assegnati uno o più PDTA in base alle patologie croniche di cui soffre. Da questi PDTA viene creato un PAI personalizzato che include tutte le prestazioni necessarie, sia sanitarie tradizionali che di telemedicina, per garantire la cura delle proprie patologie. La presa in carico è multidisciplinare e personalizzata, adattata alle esigenze specifiche di cura.</p>	<p>Obiettivi Generali e Specifici</p> <p>L'obiettivo generale è perfezionare il modello di assistenza e cura dei cittadini con patologie croniche. attraverso la digitalizzazione dei processi, Gli obiettivi specifici sono: 1. centralizzare su un'unica piattaforma i dati epidemiologici e l'intero processo di presa in carico e gestione dei piani di prevenzione, assistenza e cura definiti; 2. promuovere la cooperazione di tutte le strutture e le figure professionali coinvolte nei processi assistenziali; 3. integrare la rete dei servizi regionali; 4. efficientare la rete di telemedicina per la gestione dei dati, delle relazioni e dei referti acquisiti attraverso gli strumenti di Telemonitoraggio, Televisita, Teleconsulto e Telecooperazione 5. avere il pieno governo sanitario, organizzativo ed economico degli interventi ed i piani attivati; 6. rafforzare la relazione con il cittadino e migliorare la percezione dei servizi. Indicatori di valutazione: Andamento download App dei pazienti</p>											
<p>Popolazione target e bacino di utenza</p> <p><u>Tipo di popolazione target di riferimento:</u> Pazienti cronici presenti all'interno del territorio regionale. In particolare, la popolazione arruolata è composta da pazienti con la prescrizione di un PAI.</p> <p><u>Numero dei soggetti target di riferimento:</u> 1.700.000</p> <p><u>Numero dei soggetti arruolati nella pratica:</u> 6.000</p>	<p>Tipologia di servizi digitali/telemedicina</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Servizi sanità digitale:</u></td> <td><u>Servizi di telemedicina:</u></td> </tr> <tr> <td>- Sistema tracciabilità dispositivi;</td> <td>- Televisita;</td> </tr> <tr> <td>- Repository clinico;</td> <td>- Teleconsulto;</td> </tr> <tr> <td>- Sinottico Paziente: dispositivo medico certificato per la raccolta dei parametri e dati clinici;</td> <td>- Telemonitoraggio.</td> </tr> <tr> <td>- Centrale Allarmi AReSS per un monitoraggio centralizzato da parte dell'Agenzia</td> <td></td> </tr> </table>		<u>Servizi sanità digitale:</u>	<u>Servizi di telemedicina:</u>	- Sistema tracciabilità dispositivi;	- Televisita;	- Repository clinico;	- Teleconsulto;	- Sinottico Paziente: dispositivo medico certificato per la raccolta dei parametri e dati clinici;	- Telemonitoraggio.	- Centrale Allarmi AReSS per un monitoraggio centralizzato da parte dell'Agenzia	
<u>Servizi sanità digitale:</u>	<u>Servizi di telemedicina:</u>											
- Sistema tracciabilità dispositivi;	- Televisita;											
- Repository clinico;	- Teleconsulto;											
- Sinottico Paziente: dispositivo medico certificato per la raccolta dei parametri e dati clinici;	- Telemonitoraggio.											
- Centrale Allarmi AReSS per un monitoraggio centralizzato da parte dell'Agenzia												
<p>Elementi utili alla trasferibilità</p> <p>Pratica di notevole interesse, progettazione, innovativa e pluripremiata a livello internazionale</p> <hr/> <p>Trasferimento/gemellaggio</p> <p>La pratica, ad oggi non ancora trasferita, dimostra un buon potenziale di scalabilità e trasferibilità in altri contesti</p>	<p>Componenti Cassetta degli attrezzi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità • Applicazioni interattive per l'informazione e l'orientamento degli utenti • Modelli di Telemedicina • Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti • Modelli di Datawarehouse per il monitoraggio degli indicatori utili per la valutazione delle prestazioni di cronicità 											
<p>Punti di forza</p> <p>La pratica COReHealth si distingue per la progettualità innovativa e l'accurata programmazione economica con contestuale utilizzo di risorse etero-finanziate. Pregevole l'integrazione sociosanitaria attraverso il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e la menzione del "Diario di Bordo", al fine di aumentare l'accettabilità della tecnologia e l'aderenza clinica dei pazienti.</p>	<p>Capitolo di riferimento del Manuale</p> <p>5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali;</p> <p>7 - Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e telemedicina</p>											



IL MODELLO ASP DI RAGUSA
CONNECTED CARE E'
GESTIONE DELLA
CRONICITA'

Promotore

ASP Ragusa / Sicilia

Valenza temporale

2020 – 01 – 01 - Attiva

Sintesi del progetto

Il nucleo organizzativo e operativo della pratica si basa sull'utilizzo delle tecnologie ICT per l'abilitazione delle COT, vera unità operativa all'interno della progettualità, assicurando in questo modo una forte integrazione sociosanitaria. Al fine di consolidare tale sistema, sono state coinvolte le amministrazioni di 12 comuni, costruendo così una stabile rete sociosanitaria tramite la collaborazione di tutti gli Enti interessati. L'attività della COT consente di coordinare gli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale; tracciare il monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro; fornire supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete; monitorare, attraverso strumenti di telemedicina, pazienti in assistenza domiciliare; decodificare, classificare e stratificare la popolazione in base ai bisogni di salute.

Obiettivi Generali e Specifici

L'obiettivo generale è creare un modello in grado di gestire attraverso un sistema di cure connesse la popolazione affetta da patologie croniche, per migliorare la qualità della vita della persona attraverso una presa in carico globale e rendendo più appropriate, fluide e sicure le transizioni tra diversi setting assistenziali.

Obiettivi specifici sono: la creazione del nuovo modello organizzativo (change management) per l'innovazione digitale, attraverso il portfolio management e lo sviluppo di processi unitari per le valutazioni di HTA; il miglioramento del livello di maturità delle soluzioni digitali, con particolare riferimento allo sviluppo di modelli di Connected Care collegati a piattaforme per l'erogazione di servizi di telemedicina assieme a strumenti di accettazione autogestita per i pazienti tramite App e Totem.

Indicatori di valutazione: aderenza al PAI, pazienti presi in carico nel setting domiciliare, degenza media, accessi in PS con codici minori,

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: cittadini (pazienti cronici o a rischio di sviluppo di patologie croniche) che si trovano nella condizione di dover convivere nel tempo con una o più patologie che, se ben controllate, permettono una buona qualità della vita

Numero di soggetti target di riferimento: 53.241

Numero dei soggetti arruolati nella pratica: 9.780

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Prescrizione/dispensazione elettronica (Farmaci e dispositivi)
- Gestione prenotazioni e liste d'attesa online,
- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario,
- Cruscotto per la gestione del transitional care,
- Stratificazione della popolazione,
- Sistema di supporto alle decisioni (es. Analisi del rischio),
- App e chatbox per prevenzione e cura,
- Sistema di cooperazione tra professionisti

Servizi di telemedicina:

- Televisita
- Teleassistenza
- Teleconsulto
- Telemonitoraggio
- Telecontrollo
- Terleriabilitazione
- Telerefertazione

Elementi utili alla trasferibilità

Capacità dell'organizzazione di governare e gestire il processo di innovazione e transizione al digitale.

Modularità della pratica, possibilità del riuso soluzioni ICT, condivisione di toolkit per il trasferimento

Trasferimento/gemellaggio

È in corso un trasferimento presso la ASL di Caserta

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Banca dati dell'Assistito (BDA)
- Modelli di Datawarehouse per il monitoraggio degli indicatori utili per la valutazione delle prestazioni di cronicità
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale
- Modelli di cartelle informatizzate per la gestione della cronicità
- Modelli innovativi di ADI
- Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA
- Pianificazione dell'assistenza individuale informatizzata ai pazienti
- Modelli di Telemedicina
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti
- Modelli di piattaforme per la gestione della cronicità
- Applicazioni interattive per l'informazione e l'orientamento degli utenti

Punti di forza

Complessa e robusta progettazione, solidamente incardinata nei principi del project management e ben focalizzata sugli obiettivi e i vantaggi delle soluzioni digitali integrando anche soluzioni in riuso (a TreC PA di Trento).

Elementi distintivi ampiezza dei servizi di sanità digitale e telemedicina, integrazione con i sistemi correnti, valutazione del gradimento dei servizi, gestione dei rischi, chiara definizione delle risorse

Particolarmente pregevoli il lavoro di stratificazione della popolazione, la creazione di un Clinical data repository la promozione di iniziative per l'empowerment attraverso sinergie tra investimenti del PNRR (servizio civile digitale, a per la formazione digitale dei cittadini), l'attenzione alla formazione degli operatori su tutte le dimensioni chiave connesse al processo di cambiamento in atto

Capitolo di riferimento del Manuale

- 4 – Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e clusterizzazione dei pazienti
- 5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali
- 6 – Transitional care della fragilità con strumenti digitali
- 7 – Modelli innovativi di cura e assistenza basati su sistemi ICT e telemedicina
- 8 – La rete dei servizi delle cure intermedie
- 10 – Change Management

Valutazione multidimensionale, teleconsulto multiplo per la condivisione periodica multiprofessionale e multidisciplinare dei piani assistenziali individuali e follow up proattivo di pazienti con multimorbidità complesse (JADECARE)

Promotore

AREs Toscana

Valenza temporale

2022-01-01 – 2023-12-31

Sintesi del progetto

La pratica prevede la stratificazione della popolazione nel setting delle cure primarie, la valutazione multidimensionale e la presa in carico di pazienti con multimorbidità complesse, relativamente stabili, attraverso la condivisione del caso in teleconsulto multidisciplinare attraverso lo strumento della Piattaforma Regionale del Teleconsulto. I team multiprofessionali e multidisciplinari conducono le seguenti attività: valutazione multidimensionale infermieristica, discussione del caso clinico (problemi del paziente, esami diagnostici di follow up, visite specialistiche programmate e assistenza infermieristica) e attività di follow up infermieristico proattivo.

Obiettivi Generali e Specifici

Obiettivi generali: Fornire elementi innovativi e funzionali per la presa in carico integrata del paziente con multimorbidità complesse. Favorire l'integrazione e cooperazione tra servizi sanitari territoriali e ospedalieri.
Obiettivi specifici: Identificare la popolazione dei pazienti con multimorbidità complesse. Favorire una migliore comunicazione e integrazione fra cure primarie e cure specialistiche ambulatoriali territoriali e ospedalieri.

Indicatori di valutazione:

pazienti con multimorbidità complessa identificati, arruolati e sottoposti a VMD;
teleconsulti eseguiti nel follow-up, in rapporto alla successiva revisione del PAI.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: nell'ambito del bacino di utenza della Azienda USL Toscana Nord/Ovest, vengono individuati dai MMG i loro assistiti con multimorbidità complesse. All'interno di tale bacino sono stati selezionati i pazienti sottoposti a valutazione multidimensionale e inseriti all'interno di un PAI.

Numero dei soggetti target di riferimento: 2.180

Numero dei soggetti arruolati nella pratica: 36

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi sanità digitale:

- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario
- Sistema di cooperazione tra Professionisti
- Piattaforma di Teleconsulto

Servizi di telemedicina:

- Teleconsulto.

Elementi utili alla trasferibilità

Modularità della pratica
Possibilità di riuso della soluzione ICT

Trasferimento/gemellaggio

Su specifica richiesta della ASL Toscana Sud Est e della Zona Distretto Pratese, la pratica è attualmente in sperimentazione nelle AFT di Montevarchi e Follonica (ASL Toscana Sud Est) e nella AFT di Vernio (Zona Distretto Pratese)

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Medicina di iniziativa
- Strutture territoriali per l'erogazione dei servizi di assistenza alla cronicità
- Modelli di Telemedicina
- Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA
- Equipe multidisciplinare multiprofessionale
- Modelli di valutazione per professionisti attraverso questionario

Punti di forza

L'approccio alla stratificazione della popolazione a supporto dell'identificazione dei casi più idonei al percorso supportato dal teleconsulto; l'utilizzo delle cartelle cliniche in uso ai MMG come punto di partenza per analisi e documentazione; l'accurata definizione delle attività dell'infermiere di comunità nel ruolo di Case Manager. Particolarmente pregevole è anche l'incardinamento della medicina generale come regia delle cure.

Capitolo di riferimento del Manuale

- 4 - Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti
- 5 - Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali.
- 6 - Transitional care della fragilità con strumenti digitali.
- 7 - Modelli innovativi di cura ed assistenza basati su sistemi ICT e telemedicina.

Proximity

Promotore

AZIENDA U.S.L. / Valle D'Aosta

Valenza temporale

2022 - Attiva

Sintesi del progetto

La pratica si rifà al modello Population Health Management. A partire dalla stratificazione mediante algoritmi di clustering viene selezionata la popolazione con patologie croniche ad alta prevalenza. Il paziente aderente viene preso in carico e avviato al PDTA pertinente agli operatori sanitari di riferimento (MMG, specialista) e supportato nel percorso di cura dalla Centrale di Care Management contattabile telefonicamente h12. Infermieri e Social Media Manager che operano nella Centrale valutano ad intervalli definiti l'aderenza al piano di cura, prevedendo secondo le esigenze individuali telemonitoraggio e visite remote e interventi di empowerment.

Obiettivi Generali e Specifici

Gli obiettivi generali sono l'erogazione di servizi in ambito territoriale ed l'incremento della resilienza del sistema di assistenza.

Gli obiettivi specifici includono: Sviluppo di un Sistema Informativo integrato; Implementazione di una soluzione compliant; Empowerment del paziente; Tracciabilità del percorso assistenziale; Individuazione attiva dei pazienti; Stratificazione della popolazione; Predisposizione di mappe geografiche.

Indicatori di valutazione: pazienti arruolati che rimangono nel percorso di cura ; feedback positivo di customer satisfaction degli operatori sanitari e dei pazienti; riduzione pressione arteriosa media nei pazienti ipertesi presi in carico; riduzione tasso di ospedalizzazione di pazienti scompensati presi in carico.

Popolazione target e bacino di utenza

Tipo di popolazione target di riferimento: Pazienti con MCNT (Ipertensione, Cardiopatia Ischemica, Scompenso cardiaco, BPCO, Diabete, Alzheimer, Parkinson, Demenze)

Numero dei soggetti target di riferimento: 35.400

Numero dei soggetti arruolati nella pratica: 60

Tipologia di servizi digitali/telemedicina

Servizi di sanità digitale:

- Prescrizione / dispensazione elettronica (farmaci e/o dispositivi medici)
- Gestione delle prenotazioni e liste d'attesa on line
- Cartella clinica elettronica (EHR) e dossier sanitario
- Stratificazione della popolazione
- App e chatbot per prevenzione e cura
- Consegna referti on line
- Sistema di cooperazione tra professionisti

Servizi di telemedicina:

- Televisita
- Teleassistenza
- Teleconsulto
- Teleconsulenza
- Telemonitoraggio

Elementi utili alla trasferibilità

Modularità della pratica;
Possibilità di riuso soluzioni ICT

Componenti Cassetta degli attrezzi

- Stratificazione della popolazione
- Modelli per la gestione della policronicità attraverso PDTA
- Modelli di Telemedicina
- Servizi di contatto e supporto dei pazienti cronici
- Modelli di valutazione dell'ICT
- Medicina di iniziativa
- Strumenti a sostegno dell'empowerment dei pazienti

Trasferimento/gemellaggio

Punti di forza

La pratica si fonda sull'attivazione, nell'ambito di un finanziamento europeo di public procurement, di una soluzione tecnologica matura, basata sui principi del Population Health Management, già usata in altre Regioni, applicata alla gestione di patologie croniche altamente prevalenti.

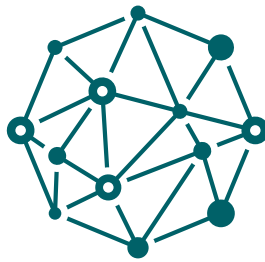
La progettazione, ben radicata nella teoria PHM, è molto articolata nella descrizione dell'architettura informativa e nella definizione dei passaggi per l'attivazione dei servizi ICT, con strumenti molto aggiornati di interazione e valutazione della soddisfazione dell'utente.

Capitolo di riferimento del Manuale

4 – Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti

5 – Modelli di presa in carico della cronicità e PDTA valorizzando gli strumenti digitali.

7 – Modelli innovativi di cura e assistenza basati su sistemi ICT e Telemedicina



OSSERVATORIO
CRONICITÀ



Progetto del



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
CUP J51H16000170007

Coordinamento tecnico-scientifico *agenas*.  AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Per tutte le informazioni relative al progetto PON GOV Cronicità è possibile consultare il sito web osservatoriocronicita.it

