

**PROGETTO PON GOV CRONICITÀ**  
**Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT**

**TAVOLO 2 - PRIMA TAPPA DEL ROADSHOW  
REGIONALE A TORINO:  
LE BUONE PRATICHE DEL PON GOV  
CRONICITÀ**

**Torino, 11 Aprile 2022**

**Franco Ripa**

Dirigente Settore programmazione sanitaria e socio-sanitaria

Direzione Sanità e Welfare - Regione Piemonte

# ASL e AO/AOU Regione Piemonte



# Domande (a cui rispondere?)



- Qual è il contesto di riferimento?
- Come si sta strutturando il sistema sanitario nella Regione Piemonte?
- Quali sono gli sviluppi futuri?

# La Regione Piemonte

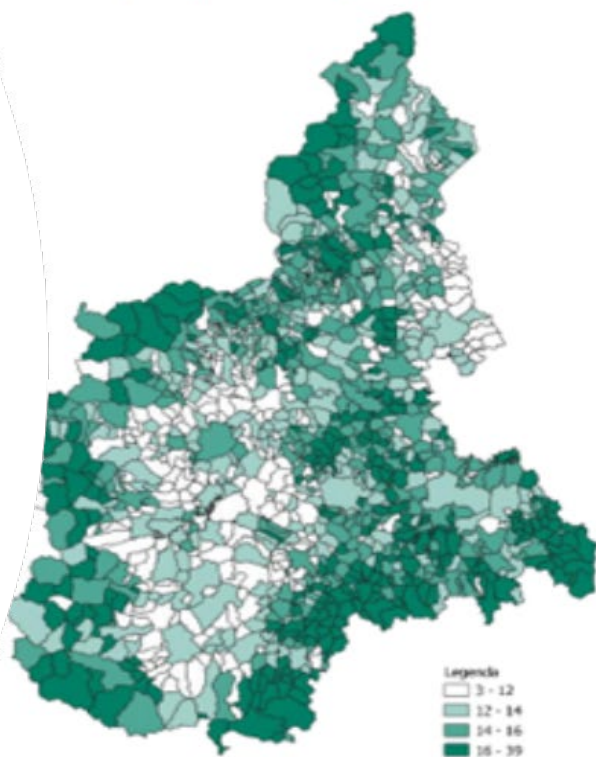
- Popolazione: 4.274.945 ab.
- Province: 8
- Comuni: 1.181
- Superficie complessiva:  
25.387,07 kmq
- Densità Abitativa  
(abitanti/Kmq):169,8



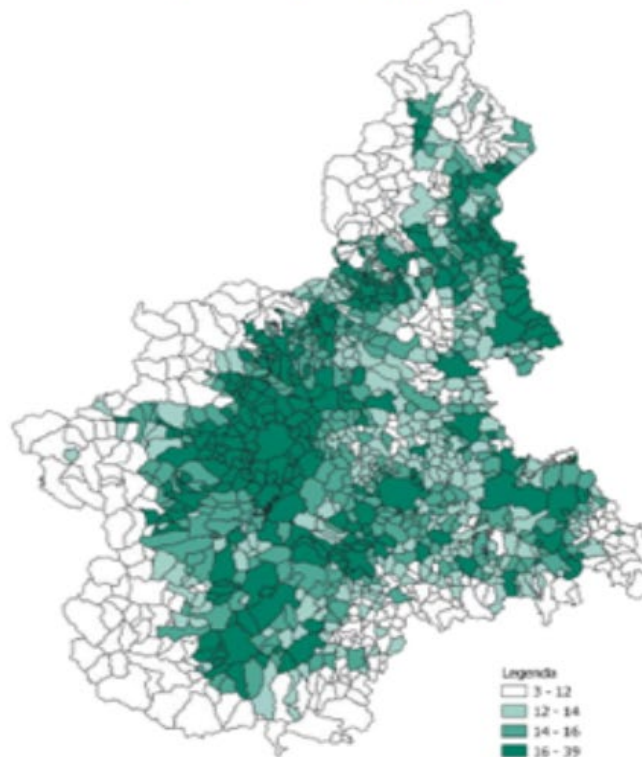
# Popolazione anziana e densità

**Figura 2.** Comuni per incidenza della popolazione di 75 anni e più e per densità di popolazione (a) al 1° gennaio (b). Piemonte. Anno 2019

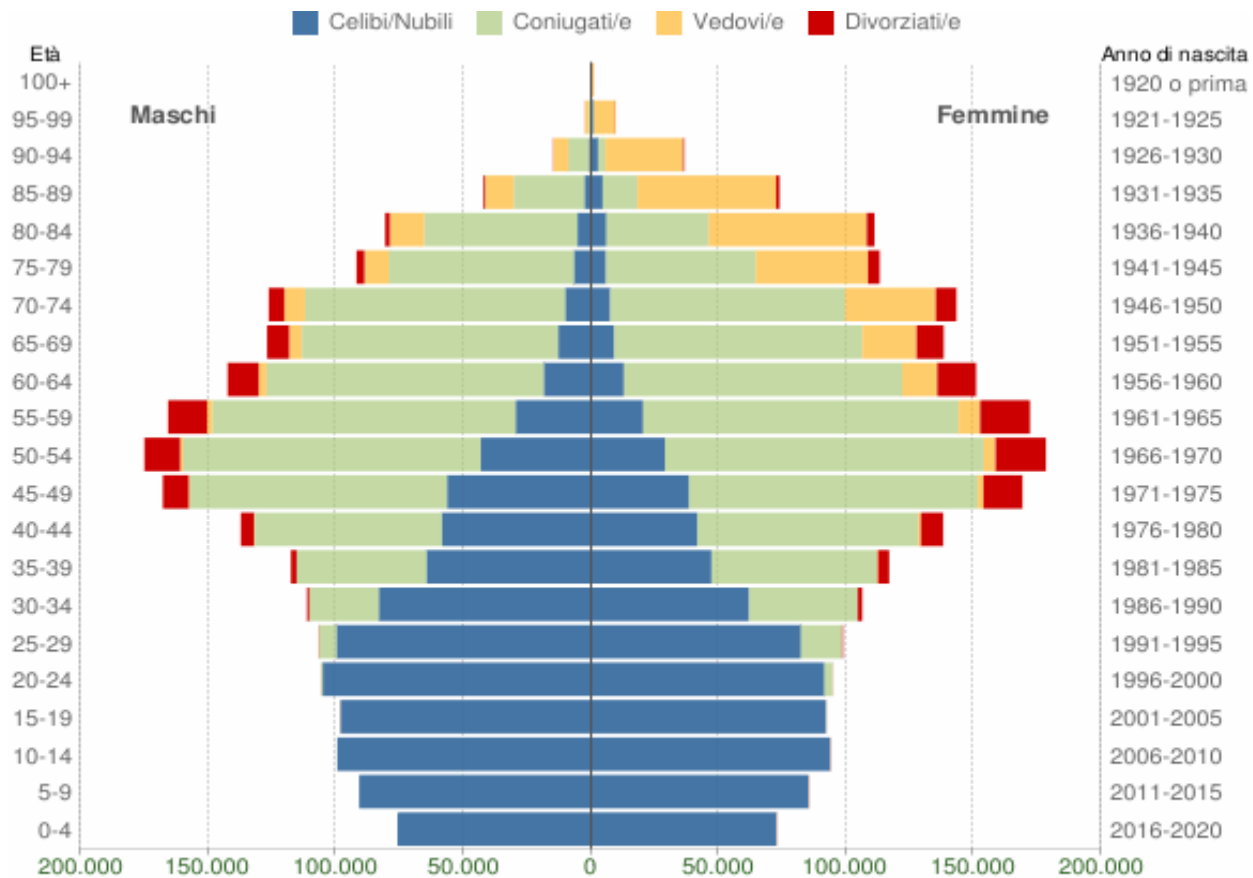
INCIDENZA DELLA POPOLAZIONE DI 75 ANNI E PIU'  
(valori percentuali, *quartili*)



DENSITA' DI POPOLAZIONE  
(residenti per kmq, *quartili*)



# La piramide di età nella Regione Piemonte



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2021

PIEMONTE - Dati ISTAT 1° gennaio 2021 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

# Previsioni composizione della popolazione

	2018	2028	2038	Variazione 2018-2038 (v.a.)	Variazione 2018-2038 (%) %
Totale	4.375.865	4.284.934	4.222.307	- 153.558	- 3,5
<= 18 anni	702.950	634.385	619.462	- 83.488	- 11,9
19 - 44	1.252.164	1.159.902	1.155.467	- 96.697	- 7,7
45 - 64	1.314.697	1.284.202	1.056.676	- 258.021	- 19,6
65 - 74	521.904	562.853	666.330	144.326	27,7
75 +	584.150	643.593	724.369	140.219	24,0

Fonte: Elaborazione IRES da ISTAT, anni vari

# Domande (a cui rispondere?)

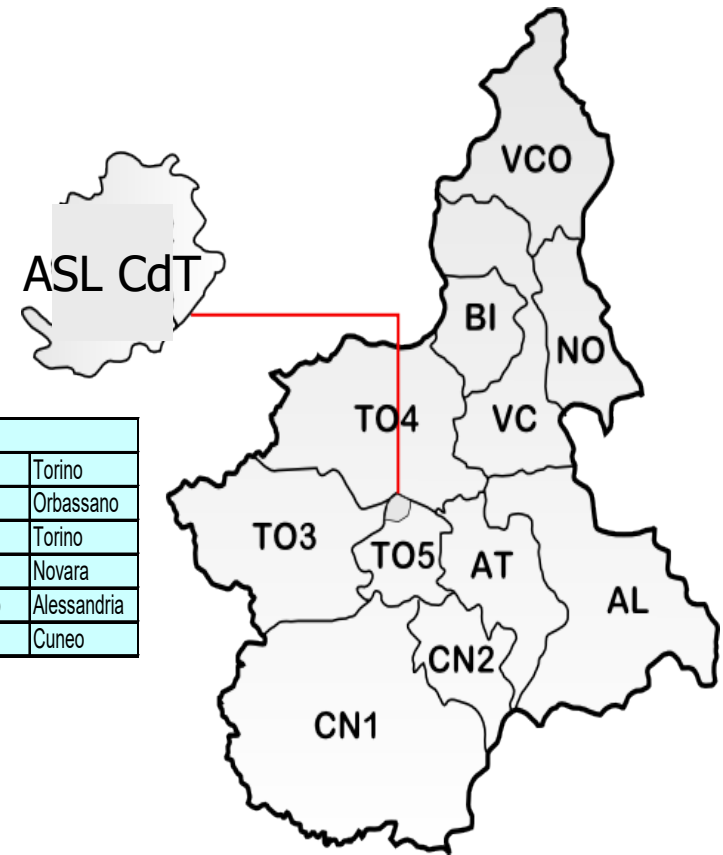


- Qual è il contesto di riferimento?
- Come si sta strutturando il sistema sanitario nella Regione Piemonte?
- Quali sono gli sviluppi futuri?

# La Sanità nella Regione Piemonte

- 12 ASL (distretti, ospedali, dipartimenti di prevenzione)
- 6 AO/AOU
- Privati
- Equiparati
- IRCCS
- Enti gestori funzioni socio-assistenziali
- Ecc.

AZIENDE OSPEDALIERE		
AOU	Città della Salute e della Scienza	Torino
AOU	San Luigi Gonzaga	Orbassano
AO	Ordine Mauriziano	Torino
AOU	Maggiore della Carità	Novara
AO	Santi Antonio e Biagio e C Arrigo	Alessandria
AO	Santa Croce e Carle	Cuneo



# Highlight (aprile 2022)



- COVID
- Recupero attività e tempi di attesa
- Piano cronicità
- Setting specifici
- Piano nazionale ripresa e resilienza – PNRR
- Ecc.

# Le sei missioni del PNRR



1. Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile
4. Istruzione e ricerca
5. Parità di genere, coesione sociale e territoriale
6. **Salute.**

# Alcuni dei “progetti trasversali” nel progetto in atto

- Il Piano Cronicità
- I percorsi di salute e diagnostici terapeutici assistenziali
- Il Centro Servizi Distrettuali Integrato (CSDI)
- La continuità assistenziale (NOCC e NDCC)
- Le centrali operative (116117 e COT)
- L’infermiere di famiglia
- La telemedicina
- I progetti europei
- Ecc.


# L'aggiornamento anno 2022 dei piani cronicità (DGR 306-29185 del 12.03.2018)

## Programmazione Piano Cronicità 2022

Revisione in seguito a VDC con Aziende Sanitarie Regionali in data 22/03/2022

AZIONI	INDICATORI	MONITORAGGIO	TEMPI
<b>GOVERNANCE del PIANO LOCALE CRONICITÀ</b>			
A1	Aggiornamento piano locale cronicità	Invio Piano aggiornato a Direzione regionale	si/no Entro il 30/06/2022
	A1-R1 Incontro di confronto interaziendale per uniformare modalità di aggiornamento	Presenza di una bozza aziendale di aggiornamento del PLC	si/no Entro il 15/05/2022
A2	Formalizzare composizione Nucleo Aziendale Cronicità (conferma o revisione componenti rispetto al 2018, con possibilità di incrementare il Nucleo sino ad un max di 12 componenti; prevedere eventuale inserimento di MMG)	Comunicazione formale a Direzione regionale della composizione del Nucleo Aziendale Cronicità	si/no Entro il 30/04/2022
A3	Formalizzare composizione Cabina di Regia Cronicità (conferma o revisione componenti rispetto al 2018, con eventuale inserimento di rappresentanti delle Associazioni/Volontariato e degli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali)	Comunicazione formale a Direzione regionale della composizione della Cabina di Regia Cronicità	si/no Entro il 30/04/2022
R2 Regionale	Costituzione Cabina di regia regionale	Nota Direzione regionale	si/no Entro il 30/05/2022

# Il nuovo modello regionale dei percorsi di salute e diagnostici terapeutici assistenziali (PSDTA)

**REGIONE  
PIEMONTE**

Documento metodologico

Sviluppo dei percorsi di salute  
e diagnostici  
terapeutici assistenziali  
(PSDTA)

Direzione Sanità e Welfare  
Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari

Ottobre 2021

PSDTA - documento metodologico

1

SOMMARIO

		PAG.	
	ANALISI DELLA SITUAZIONE E SVILUPPO DEL DOCUMENTO		3
1.	INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	PAG.	4
2.	REDAZIONE	PAG.	4
3.	LISTA DI DISTRIBUZIONE	PAG.	4
4.	GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO	PAG.	5
5.	GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	PAG.	5
6.	SCOPO	PAG.	6
7.	ANALISI DEL PROBLEMA DI SALUTE/PATOLOGIA OGGETTO DEL PSDTA	PAG.	6
8.	LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO	PAG.	7
9.	CONTESTO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO IN CUI SI SVILUPPA IL PSDTA	PAG.	7
10.	CRITERI DI INGRESSO/INCLUSIONE	PAG.	8
11.	DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA	PAG.	8
12.	RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PSDTA	PAG.	12
13.	DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PSDTA	PAG.	14
14.	VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI	PAG.	15
15.	PIANO DI ADEGUAMENTO	PAG.	16
16.	AGGIORNAMENTO	PAG.	17
17.	ARCHIVIAZIONE	PAG.	16
18.	ALLEGATI	PAG.	17
	GRIGLIA DI VALUTAZIONE PSDTA	PAG.	17
19.	RIFERIMENTI	PAG.	18

PSDTA - documento metodologico

2

- BPCO
- Scompenso cardiaco
- Diabete
- IRC
- Malattia parkinson
- Sclerosi multipla
- Demenze (in progress)
- Malattie reumatiche (in progress)
- Ecc.

---

# **Il Centro Servizi distrettuale integrato**

## **- CSDI (DGR n.18-4834 del 30.03.2022)**

- Organizzazione di tipo multidisciplinare e multiprofessionale,
- a sostegno dei percorsi di salute degli utenti fragili e complessi ad elevato bisogno sanitario e sociale
- presa in carico in un ambito prossimo al cittadino e alla comunità locale (Distretto e casa della salute)
- progettazione partecipata **verso le Case di comunità**

# Organizzazione CSDI: verso le case di comunità

Per ciascuna sede CSDI elenco dei seguenti servizi:

- servizi sanitari territoriali
- (amb.MMG/PLS/C.A., ambulatori specialistici, infermieristici ecc.)
- servizi socio-sanitari (unità di valutazione multidisciplinari, servizi di cure domiciliari, ecc)
- servizi socioassistenziali gestiti dai Comuni/Consorzi o delega ASL
- spazi destinati al privato sociale/volontariato ecc. per le attività di supporto alla rete pubblica
- Ecc.

# **Continuità assistenziale: NOCC e NDCC (DGR 28.03.2012, n. 27-3628)**

**Presso il Distretto:** un unico Nucleo Distrettuale di continuità delle cure che prenda in carico tutti i pazienti del Distretto per la realizzazione dei percorsi integrati di cura, ne monitori la realizzazione attraverso modalità che permettano di conoscere in tempo reale le varie fasi del processo, e abbia sempre conoscenza dello status dei propri assistiti;

**Presso ciascun presidio ospedaliero:** un Nucleo Ospedaliero di continuità delle cure in grado di colloquiare con la centrale operativa del 118 da un lato e con il Nucleo Distrettuale di continuità assistenziale dall'altro.

# **Le centrali operative (DGR 22.05.2017, n. 33-5087)**

- **116117:**
- in linea con quanto previsto dalla DD 531/2019, in Regione Piemonte sono state istituite 4 centrali operative presso:
  - - Grugliasco
  - - Saluzzo
  - - Alessandria
  - - Novara
- **Sperimentazione centrali operative territoriali (COT) con AGENAS**

# Infermiere di famiglia (DGR 2.07.2021, n. 6-3472)

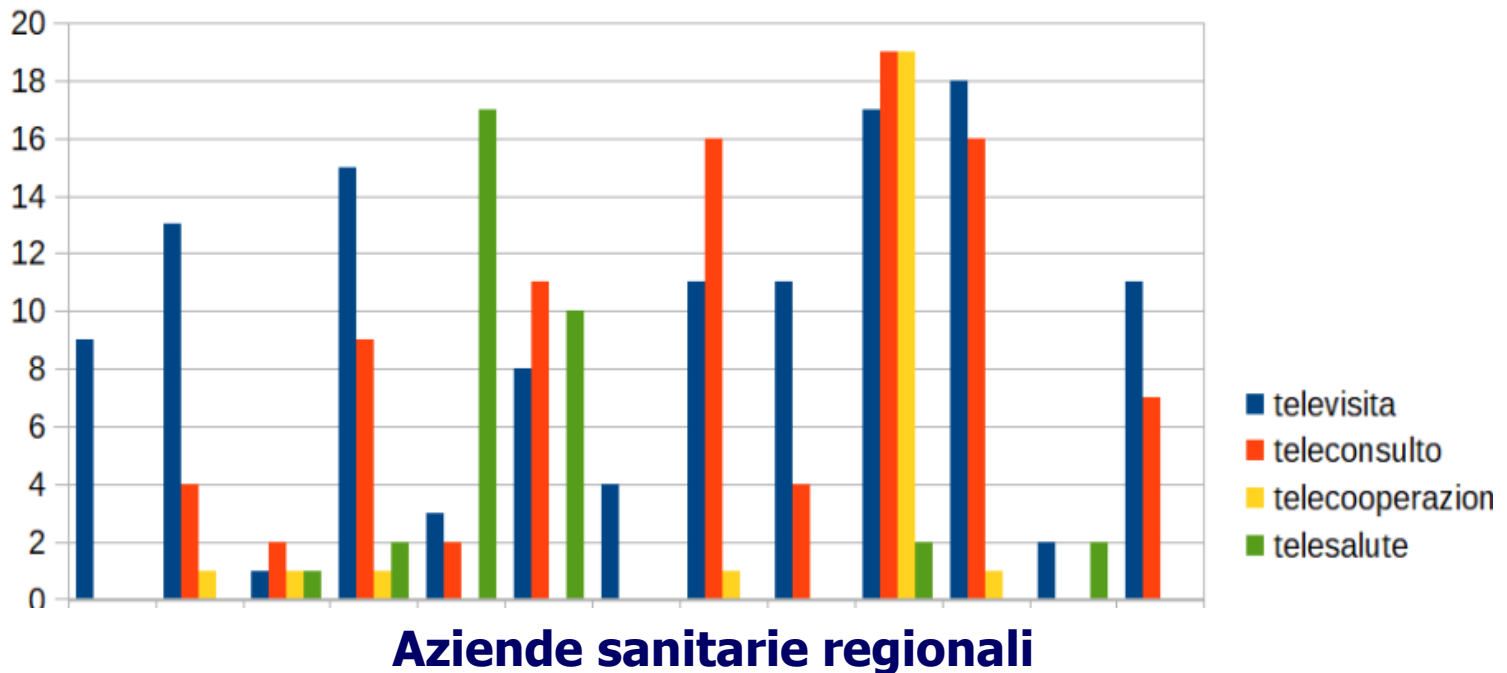
- Competenze
- Modello organizzativo
- Standard
- Valutazione
- Formazione (centri erogatori)

**Tabella 1| Fabbisogno Formativo totale suddiviso per ASL**

ASL (valori in unità)	To3	To4	To5	VC	BI	N O	VCO	CN1	CN2	AT	AL	CdT
<b>Fabbisogno IFeC (ex L.77/2020)</b>	92	80	49	28	27	55	27	66	27	32	67	137
<b>Personale da formare con corso</b>	81	50	44	18	14	49	19	50	21	12	49	132

# Telemedicina nelle Aziende Sanitarie (DGR 3 luglio 2020, n. 6-1613; DGR 16 ottobre 2020, n. 13-2103 )

Figura 2. Servizi di telemedicina per tipo previsti dalle iniziative censite nelle ASR a dicembre 2020



Fonte: Direzione Sanità e Welfare – IRES Piemonte

# Esempi strutturati di Telemedicina



Tabella 4

Esperienze regionali di modelli innovativi.

Regione	Relatore	Esperienza	Descrizione
Friuli-Venezia Giulia	Dott.ssa Beatrice Del Frate Dott. Andrea Di Lenarda	Smartcare	Modello di integrate-care sostenuto da soluzioni digitali. Smartcare nasce per valorizzare l'assistenza domiciliare integrata, supportandola con le tecnologie di telemonitoraggio pazienti cronici ad alta probabilità di instabilizzazione tendenzialmente multimorbili, almeno un bisogno sociale da un lato e un bisogno clinico complesso dall'altro, già in ADI e a cui è stato dato supporto col telemonitoraggio a distanza, da parte di un team multidimensionale composto anche dall'infermiere e dall'assistente sociale.
Veneto	Dott.ssa Maria Cristina Ghiotto	Cure domiciliari	Re-ingegnerizzazione dei processi. Processo orizzontale che prevede la continuità di cura a partire da una dimissione o quando la domanda viene direttamente dal territorio, <i>in primis</i> dal Mmg. Creato per arrivare allo sviluppo di un flusso informativo, che possa permettere a tutti gli attori coinvolti nel servizio di comunicare con lo stesso linguaggio, scambiandosi gli stessi dati e informazioni creando una sorta di circolarità delle informazioni sull'ADI. Tutto il flusso è stato messo in allineamento con il fascicolo, già predisponendo le specifiche tecniche interoperabilità tra la cartella unica regionale e FSE. Per ogni fase sono state definite micro-fasi, che si chiudono con la cartella unica, che entra in gioco nel momento in cui il paziente viene inserito in ADI.
PA Trento	Dott. Diego Conforti	TreC	Progetto di telemedicina: la piattaforma TreC nasce con l'intento di dare uno strumento al cittadino per connettersi in rete con i professionisti della salute e con il Servizio sanitario provinciale. Il modello si è evoluto nel tempo guardando a quello anglosassone di <i>personal health record</i> , consentendo al cittadino di accedere al proprio fascicolo sanitario integrato con il sistema informativo pubblico per registrare e gestire le informazioni e i dati relativi alla sua salute. Si basa sull'interazione con Aziende Sanitarie e FSE (le ricette specialistiche, quelle farmacologiche, i pagamenti on-line, l'accesso al fascicolo sanitario elettronico Dossier), si amplia con la raccolta dei dati personali (intolleranze, storia clinica familiare, misurazione del peso, ecc.) e con l'acquisizione dei dati dal Cloud (TreC Cardiologia, diabete, TreC pediatria, ecc.).
Piemonte - ASL Cuneo 2	Dott. Franco Ripa Dott. Giusto Viglino	Dialisi peritoneale	Il sistema nasce sul campo specifico della dialisi domiciliare peritoneale, ma grazie alla sua grande fruibilità e flessibilità si è rivelato, nel tempo, un modello esportabile in altri ambiti. Partito nel 2002 con il primo prototipo fino ad arrivare al 2020 in cui si è passati dal totem master al totem Octopus, al totem Entry, Entry Plus e a un tablet dedicato, che è ancora oggetto di analisi. Il sistema da un punto di vista tecnico è costituito da un totem a domicilio del paziente telecomandato a distanza (sistema plug & play); stazioni di controllo (posta in ospedale, o in qualsiasi altro luogo) con computer, videocamera e sistema vivavoce che permettono un lavoro multitasking dell'operatore, potendo seguitare contemporaneamente fino a sei pazienti da remoto. Tale sistema può essere portato in abitazione, in Rsa e/o in ambulatori periferici. La rete che si può creare, in base alle autorizzazioni, può comprendere il centro SPOKE, la consulenza dell'Hub, collaborazioni con i Mmg e coinvolgere nella gestione i famigliari dei pazienti (caregivers a distanza).
Lazio	Dott. Antonio Mastroianni	Lazio Lazioadvice - DOCTOR	Riorganizzazione della rete territoriale basata sulla telemedicina e sulle Centrali Operative Proattive. Si è partiti sviluppando un assetto organizzativo sostenuto da un impianto informativo che integra l'esperienza Covid, nella consulenza e nel monitoraggio.

# I progetti europei...cronicità

## **PITEM PROSOL – Programma Interregionale Alcotra Italia - Francia 2014-20**

Servizi innovativi di telemedicina e di cure integrate per favorire l'accesso ai servizi agli abitanti delle aree rurale e/o montane, la formazione dei caregiver, utilizzo di App mobili

## **VIGUOR – Programma Salute 2018**

Studio e confronto di modelli di integrazione delle cure a beneficio dei pazienti affetti da patologie croniche. Le organizzazioni di assistenza lavorano insieme per fornire un migliore coordinamento dei servizi per le persone che vivono con malattie croniche.

## **SNAI Strategia Nazionale Aree Interne – Agenzia per la Coesione Sociale**

Con l'opportunità fornita dalla Strategia Nazionale Aree Interne, le sperimentazioni IFeC si sono estese in alcune aree regionali. Parallelamente, si stanno sperimentando servizi di telemedicina *ad hoc*, per il monitoraggio di pazienti affetti da patologie croniche (BPCO, Diabete, Scompenso Cardiaco, Ipertensione non stabilizzata, TAO).

# Domande (a cui rispondere?)



- Qual è il contesto di riferimento?
- Come si sta strutturando il sistema sanitario a nella Regione Piemonte?
- Quali sono gli sviluppi futuri?

---

# La valutazione di impatto

- Il **cruscotto di indicatori** è costruito in relazione ai fenomeni da valutare, con riferimento al processo programmatico in atto nella Regione Piemonte considerando
  - i flussi informativi del “Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”
  - il Programma Nazionale Esiti
  - il Network - Indicatori Sistema Bersaglio S. Anna Pisa
  - alcune rilevazioni in atto nella Direzione Sanità, SEPI, IRES ecc.
-

# Valutazione di impatto: aree di analisi

- Risorse - finanziarie, fisiche, strutturali - utilizzate nell'erogare i servizi
- Contesto-Bisogno di salute
- Efficienza e appropriatezza organizzativa
- Efficacia e appropriatezza clinica
- Qualità percepita e umanizzazione delle cure
- Equità geografica e sociale.

A1) Tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura

A2) Anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto a > 75, per intensità di cura

A3) Percentuale di Case della Salute che lavorano in modalità H12 e H24

A4) Percentuale di Case della Salute con sportelli integrati per l'accesso

A5) Consumo di farmaci sentinella traccianti per 1.000 abitanti: antibiotici

A6) Consumo pro capite di prestazioni di laboratorio

---

# Tre parole chiave...

- Integrazione
- Semplificazione
- Comunicazione

