

4.3 PL13 Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale delle MCNT

4.3.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL13
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Dott.ssa Paola Casucci
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale - MO1-09 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT - MO1-10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia - MO1-12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale) - MO1-15 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione - MO1-17 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità - MO1-19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO1LSk Sviluppo di programmi finalizzati alla riduzione del rischio per MCNT e alla presa in carico delle persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, attraverso: interventi volti a promuovere competenze e comportamenti salutari nelle persone sane e malate e loro caregiver (health literacy, empowerment ed engagement), offerta di counseling individuale anche in contesti opportunistici, per il contrasto del tabagismo e del consumo rischioso

	e dannoso di alcol e la promozione di sana alimentazione e attività fisica, attivazione di interventi strutturati di esercizio fisico, attivazione di procedure e percorsi preventivi e terapeutico-assistenziali integrati con interventi per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multipatologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale

4.3.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed analisi di contesto

I dati della popolazione umbra raccolti nel biennio 2016-2019 mostrano che circa 6 anziani su 10 riferiscono che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più patologie tra le seguenti: ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie croniche del fegato, cirrosi. Più di ¼ degli ultra 64enni riferisce invece la diagnosi di 2 o più tra le patologie indagate. Il dato è in linea con la media nazionale.

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono diverse patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale) e rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale, oltre ad avere un notevole impatto in termini di disabilità. I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc).

Nel triennio 2016-2019 in Umbria emerge che su dieci 18-69enni intervistati 2 riferiscono una diagnosi di ipertensione, 2 di ipercolesterolemia, 3 sono sedentari, 3 fumatori, 4 risultano in eccesso ponderale ($Imc \geq 25$) e 1 consuma 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five a day), come invece raccomandato. Inoltre, quasi il 4% degli intervistati riferisce una diagnosi di diabete. Complessivamente quasi 4 persone su 10 hanno almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare menzionati sopra e solo una piccolissima quota (meno del 3%) risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.

Per diagnosticare l'ipertensione arteriosa esiste consenso sull'opportunità di effettuare un controllo ogni 2 anni negli adulti normotesi e a un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90 mmHg). L'84% dei 18-69enni riferisce di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista. 1 su 5 riferisce una diagnosi di ipertensione.

L'ipertensione è più frequente all'aumentare dell'età, tra gli uomini, tra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche, tra i cittadini italiani e in coloro che sono in eccesso ponderale. Circa l'80% delle persone ipertese dichiara di essere in trattamento farmacologico e di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa. L'Umbria ha una quota di ipertesi maggiore rispetto alla media nazionale.

Per diagnosticare l'ipercolesterolemia non è raccomandato un vero e proprio screening di popolazione ma esistono raccomandazioni internazionali sull'opportunità di effettuare l'esame del colesterolo, pur non essendoci un consenso unanime sulle modalità.

Più di 8 intervistati su 10 tra i 18 e 69 anni riferiscono di aver misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia e tra questi circa 1/4 riferisce di essere ipercolesterolemico. L'ipercolesterolemia è più frequente all'aumentare

dell'età, fra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche e tra coloro che sono in eccesso ponderale. Anche la percentuale di ipercolesterolemici in Umbria è superiore alla media nazionale

Il 28% degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico e la maggior parte ha ricevuto i consigli comportamentali da parte di un operatore sanitario.

Poco meno del 5% degli umbri di 18-69 anni riferisce una diagnosi di diabete. La prevalenza di diabetici cresce con l'età (è inferiore al 2% nelle persone con meno di 50 anni ma sfiora il 10% fra quelle di 50-69 anni), è più frequente fra gli uomini, nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione o condizioni economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri, e tra le persone obese.

L'Umbria è in linea con la media del pool di ASL PASSI.

La prevalenza di persone con diabete non si modifica sostanzialmente nel tempo. Sale al 18.5% invece tra gli ultra 64enni.

Il diabete risulta essere fortemente associato ad altri fattori di rischio cardiovascolare, quali l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, l'eccesso ponderale e la sedentarietà, che risultano molto più frequenti fra le persone con diabete rispetto agli altri.

Il 40% dei diabetici 18-69enni riferisce di seguire una dieta per perdere peso, mentre il 27% fa attività fisica moderata o intensa.

Circa 9 diabetici su 10 riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa e/o aver controllato il colesterolo nell'ultimo anno. Tra i diabetici ipertesi, circa il 91% è in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa, mentre circa il 64% dei diabetici ipercolesterolemici assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

La maggior parte dei diabetici (48%) è seguito principalmente dal centro diabetologico, o dal medico di medicina generale (21%), o da entrambi (25%). Pochi dichiarano di essere seguiti da altri specialisti (meno del 3%).

Circa il 65% delle persone con diabete ha effettuato il controllo dell'emoglobina glicata negli ultimi 12 mesi (37% negli ultimi 4 mesi). Aumenta nel tempo la conoscenza di questo esame ma 1 persona su 6 con diabete non lo conosce o non ne conosce il significato.

L'91% delle persone con diabete dichiara di essere sotto trattamento farmacologico per il controllo del diabete, la gran parte (78%) con ipoglicemizzanti orali.

Tra i 18-69enni con diagnosi di diabete due terzi riferiscono di aver ricevuto il consiglio di praticare regolarmente più attività fisica, e il 70% di smettere di fumare.

Tra i diabetici in eccesso ponderale il 78% ha ricevuto il consiglio di perdere peso.

Il primo step per approcciare e rispondere alla sfida della assistenza e prevenzione della cronicità, è l'organizzazione della rete assistenziale regionale in Umbria.

Le azioni prioritarie che si intendono sviluppare tenendo presenti le linee strategiche del Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 sono le seguenti:

- sviluppare la medicina di genere per garantire equità e appropriatezza delle cure
- realizzare la vera integrazione fra servizi sanitari
- identificare la popolazione target
- attivare la sanità digitale

La programmazione sanitaria regionale intende proseguire strategie avviate negli anni per la gestione dei pazienti con multicronicità, attraverso la definizione di un sistema di assistenza continua, multidimensionale, multidisciplinare, che preveda la valorizzazione della rete assistenziale attraverso:

- la flessibilità dei modelli organizzativi,
- un approccio integrato,
- la stadiazione della popolazione,
- la diversità di genere
- lo sviluppo dell'empowerment e del patient engagement, anche in relazione alla riorganizzazione del sistema delle cure primarie.

Per il perseguimento dell'obiettivo specifico integrazione ospedale-territorio e gestione delle dimissioni protette, l'azione è mirata al miglioramento della qualità delle informazioni sanitarie, attraverso la puntuale e corretta registrazione dei dati nei sistemi operativi preposti, con la corretta alimentazione dei flussi informativi da essi derivanti e soddisfazione del debito informativo nei confronti del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). A tal fine è stata realizzata la formazione degli operatori interessati alla gestione dei flussi informativi. A seguito della disponibilità di tablet per l'assistenza domiciliare infermieristica, per l'utilizzo del Sistema informatizzato territoriale è stato formato tutto il personale che opera in ADI e avviato il loro utilizzo, in tutta la Regione. Strumento essenziale è la realizzazione della Centrale Operativa territoriale (COT). Nella Usl Umbria 2 la COT per garantire una presa in carico delle dimissioni protette dall'Ospedale, è in corso di attivazione, ma la funzione è comunque svolta dal PUA. Nella ASL Umbria 1 è già attivata.

Ogni Distretto lavora costantemente in stretto raccordo con i coordinatori AFT. Il raggiungimento di questo obiettivo si è articolato in maniera differente nelle due ASL, e comunque in entrambe sono state sperimentate forme di presa in carico dei pazienti cronici oltre che con l'attivazione di ambulatori dedicati, anche attraverso la sperimentazione di un progetto specifico ad essi comunque collegato, di medicina di iniziativa.

Nell'ottica di ampliare le attività distrettuali dedicate alla gestione dei pazienti cronici in collegamento con le AFT nella ASL Umbria 2 nell'ambito delle Cure Primarie nella Casa della Salute di Trevi è stata realizzata una importante sperimentazione con l'attivazione e la realizzazione del Progetto "Psicologia nelle Cure Primarie". Con la sperimentazione del progetto è stata valutata l'efficacia dell'intervento psicologico su pazienti con disturbi psicologici reattivi a situazioni di difficoltà varie del ciclo di vita e che, se intercettati in fase esordio, evitano di degenerare in problematiche importanti che possano incidere sulla vita relazionale, lavorativa e sociale dell'individuo. Il compito delle Psicologo nelle cure primarie è stato quello di fornire un primo livello di servizi di cure psicologiche di alta qualità, accessibile, efficace, cost-effective ed integrato con gli altri servizi sanitari, con l'obiettivo di valutare come intervenire in maniera precoce su fasce di popolazione che necessitano di supporto e di valutazione, in un'ottica di empowerment.

Nella ASL Umbria 1, è stato attivato, in sinergia con il servizio di Pneumologica Ambulatoriale, un ambulatorio infermieristico che funge da raccordo tra MMG e Specialista Pneumologo, finalizzato alla presa in carico di pazienti con Patologia Respiratoria Cronica in Ossigeno Terapia Vengono svolte valutazioni periodiche, misurazioni PFR ed EGA, Rilascio/rinnovo Piani Terapeutici per O2 Terapia, con visite specialistiche e misurazioni infermieristico/mediche anche a domicilio per pazienti non deambulanti. Lo stesso ambulatorio, in raccordo con la Unità Ospedaliera di Anestesiologia/Rianimazione ed in collaborazione con un medico anestesista, garantisce verifiche periodiche domiciliari ai pazienti tracheotomizzati, con ventilazione meccanica.

È stato attivato inoltre, l'ambulatorio dello scompenso cardiaco: è stato assegnato alla attività un infermiere del Distretto che, in collaborazione con i cardiologi ospedalieri, garantisce la presa in carico ed il monitoraggio (esami ematici, visite specialistiche, esami strumentali visite specialistiche, il counselling) secondo quanto previsto percorsi previsti dal PDTA Aziendale. È stato inoltre attivato un servizio di ECG a domicilio, garantito dallo stesso infermiere, con monitoraggio di altri parametri, ove necessario, la cui refertazione avviene in remoto da parte dei Cardiologi Ospedalieri.

La Regione Umbria quindi si è posta l'obiettivo di avere a disposizione una modalità di classificazione della popolazione generale, stratificandola in gruppi omogenei di pazienti con livelli diversi di gravità e complessità di malattia e di domanda assistenziale. Lo strumento da utilizzare deve essere rivolto alla classificazione della popolazione e a monitorare l'evoluzione della condizione dello stato di salute degli assistiti residenti nei comuni della Regione Umbria e l'andamento dei costi a carico del sistema sanitario regionale, anche al fine di orientare il percorso di integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari per modularne l'erogazione sulla base del livello di complessità della patologia e delle eventuali limitazioni dovute a presenza di fragilità e disabilità, desunte dai dati della domanda assistenziale espressa.

E' stato avviato un percorso condiviso tra specialisti ambulatoriali, specialisti ospedalieri, rappresentanti dei MMG e direttori di distretto per la definizione condivisa di specifici PDTA nelle Aziende Sanitarie della Regione.

In particolare sono stati elaborati e condivisi i seguenti PDTA:

- PDTA PERCORSO DI ASSISTENZA AL PAZIENTE CON BPCO
- PDTA PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE DIABETICO
- PDTA MALATTIE REUMATICHE INFIAMMATORIE AUTOIMMUNI
- PDTA MALATTIA RENALE CRONICA
- PDTA DEMENZE
- PDTA SCOMPENSO CARDIACO

Inoltre in attuazione dei PDTA, sono stati istituiti Gruppi di lavoro aziendali multidisciplinari che hanno coinvolto vari professionisti. I gruppi di lavoro hanno elaborato piani operativi per contestualizzare il Piano regionale Cronicità, in ambito locale.

E' stata potenziata la formazione in tema di multi cronicità, anche attraverso la strutturazione di percorsi formativi specifici. I corsi sono stati rivolti ai MMG ai medici delle AFT ed agli operatori sanitari. Sono state attivate progettazioni per le campagne comunicative rivolte alla popolazione sul cambiamento strutturale in atto e sui temi della cronicità e degli stili di vita.

Al fine di implementare i sopracitati PDTA sono stati coinvolti i professionisti interessati. La progettazione ha previsto la partecipazione di tutti professionisti ospedalieri o territoriali coinvolti nel trattamento di questi pazienti in ciascun territorio.

Inoltre il SSR vuole porre attenzione sulle malattie mentali: patologie mentali e patologie fisiche croniche, come diabete, cancro, malattie cardiache, malattie respiratorie e obesità, risultano essere in stretta relazione bidirezionale. Le malattie croniche si associano ai disturbi mentali in molti pazienti, e ciò ha pesanti ricadute, soprattutto per quanto riguarda la vita sociale e lavorativa. La presenza della malattia mentale con malattie di lunga durata ostacola la cura di sé e l'adesione ai regimi di trattamento, porta ad aumentare la probabilità di fare esperienze di disabilità, fino a provocare un aumento della mortalità.

Tra i soggetti più colpiti: donne, persone con basso livello di istruzione, persone con molte difficoltà economiche, persone affette da una o più malattie croniche. I sintomi della depressione incidono marcatamente sulla qualità della vita, sia attraverso una percezione peggiore del proprio stato di salute, sia con un aumento della media di giorni in cattiva salute fisica e mentale e con limitazioni di attività rispetto alla popolazione generale.

In particolare occorre prendere in considerazione la attuale situazione pandemica, cercando di prevedere le azioni da porre in atto per i pazienti che hanno superato la malattia. Dopo il termine della fase acuta infatti possono determinarsi manifestazioni cliniche subacute e croniche che possono precludere un pieno ritorno al precedente stato di salute. I sintomi attribuiti a questa condizione sono numerosi ed eterogenei, possono riguardare soggetto di qualunque età e con varia gravità della fase acuta di malattia. L'OMS recepisce e contestualizza raccomandazioni sul tema che si definisce Long-COVID. Si ritiene opportuno quindi, anche in presenza di aspetti che ancora sono da definire, porre attenzione alla materia.

4.3.3 Scheda di programma

4.3.3.1 Descrizione dal PNP

Il Piano regionale della cronicità, gli sviluppi normativi recenti nonché le strategie del PNRR, pongono l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione; il monitoraggio per fattori di rischio; e la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Per essere realmente efficaci, infatti, i servizi sanitari devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria o sociale. Tale approccio ha l'obiettivo di mantenere l'utenza di riferimento in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura. In tale ottica, particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, condizione oggi sempre più diffusa in termini di incidenza e prevalenza, e per la quale il Piano regionale della Cronicità, ha individuato le diverse fasi principali del percorso assistenziale:

- valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio);
- valutazione delle priorità d'intervento;
- definizione del profilo d'offerta più appropriata di servizi socio-assistenziali;
- promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce e medicina di iniziativa;
- presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;
- erogazione di interventi personalizzati;
- valutazione della qualità delle cure erogate.

La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale.

E' doveroso introdurre il modello di personalizzazione dell'assistenza conosciuta come "medicina di iniziativa". Infatti lo stesso si realizza grazie alla stratificazione della popolazione consentendo agli interventi di medicina di iniziativa di essere più efficaci nei confronti di quei sottogruppi di popolazione che potrebbero maggiormente beneficiarne per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza, nel rispetto del principio di equità e di centralità del paziente e delle sue scelte, ma anche in ottica di riduzione degli interventi inappropriati e dei costi associati.

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

La necessità di differenziare e contestualizzare le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, sulla base dei differenti bisogni, risulta dirimente alla luce delle evoluzioni sociali ed epidemiologiche dell'Umbria descritte nel Piano regionale della Cronicità.

Il target di popolazione maggiormente rappresentativo ad oggi è costituito da persone, solitamente anziane, spesso affette da più patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo status socio-familiare e ambientale o l'accessibilità alle cure. Tali soggetti sono a rischio più elevato di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari: accessi al Pronto soccorso o ricovero in ospedale. La condizione di fragilità, che anticipa l'insorgenza di uno stato più grave e irreversibile, dovrebbe essere individuata precocemente, con strumenti di valutazione multidimensionali e fortemente predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e socio-sanitari e variabili di contesto.

La Medicina d'Iniziativa quindi diviene un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta il cittadino in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo assiste in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Medicina di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica, alla prevenzione delle complicanze, alla presa in carico globale della multimorbilità. Essa prevede un approccio di presa in carico attento alle differenze di genere e che tenga conto di tutti gli altri aspetti e le fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e che caratterizzi tutti i setting assistenziali, al pari degli ambiti di ricerca clinica e di formazione di tutti i professionisti sanitari, per facilitare diagnosi e trattamenti equi, differenziati ed efficaci appropriati.

Gli strumenti della Medicina di Iniziativa sono l'ingaggio proattivo precoce 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 della compliance dei pazienti ai programmi diagnostico-terapeutici, il trasferimento in back office delle ricette burocratico-autorizzative.

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

Tale approccio assicura all’individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sull’educazione alla salute; obiettivi diventano la prevenzione per soggetti considerati a rischio di patologia cronica con la definizione di percorsi condivisi e misurabili e la prevenzione delle complicanze delle patologie croniche stesse. Indispensabile a tal fine diventa il raccordo stretto tra servizi (prevenzione, cure primarie, assistenza territoriale, riabilitazione, arrivando alla definizione di PPDTA - Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici, che completano insieme alle attività riabilitative la presa in carico globale dell’individuo.

Ruolo essenziale avrà la completa realizzazione della Centrale Operativa Territoriale (COT) a garanzia della continuità assistenziale e della razionalizzazione dell’utilizzo delle risorse nella fase di dimissione protetta dall’Ospedale verso il Territorio.

Il paziente cronico è al centro del percorso e grazie all’integrazione in tempo reale tra ospedale e territorio può fruire di un percorso “protetto” – privo di discontinuità – nel passaggio da un setting assistenziale all’altro.

Grazie al sistema informatizzato il reparto può effettuare la dimissione “protetta” del paziente in qualsiasi momento, superando le difficoltà della gestione manuale basata su schede cartacee e contatti telefonici. Le Centrali Territoriali si occupano dell’organizzazione delle attività domiciliari e della ricerca ed attivazione delle risorse migliori per il setting assistenziale del paziente. Il sistema garantisce all’ospedale un feedback sulla presa in carico da parte del territorio. È possibile utilizzare la piattaforma per la compilazione delle schede mediche ed infermieristiche, per interfacciare il proprio sistema per l’invio della segnalazione e per la gestione dei PDTA.

La COT svolge un ruolo di integratore e di facilitatore tra l’Ospedale ed il Territorio. Dispone della mappa delle disponibilità e delle soluzioni offerte dal territorio e garantisce la continuità assistenziale nel percorso del paziente, organizzando le attività post dimissione e riducendo la percentuale di nuovi ricoveri non necessari.

Il sistema territoriale, costituito dal MMG, dal servizio infermieristico distrettuale (ADI) e dal servizio sociale comunale, è collegato alla Centrale Operativa Territoriale dalla quale riceve le segnalazioni in tempo reale, corredate da tutte le informazioni necessarie alla presa in carico. L’integrazione è realizzata attraverso la piattaforma insieme ad un sistema di comunicazione multicanale (sms, mail, notifica su smartphone ecc.)

Le strutture (Cure Intermedie, RSA, Hospice ecc.) sono integrate nel processo e condividono le disponibilità con la Centrale Operativa Territoriale, in modo tale da garantire l’ottimizzazione del flusso di dimissione e massimizzare il turnover sui posti letto. La piattaforma consente di rendere visibili le proprie disponibilità, effettuare l’accettazione del paziente, gestire le domande di proroga e facilitare il processo di dimissione al domicilio.

Conseguentemente le azioni da intraprendere sono:

- Valutazione dei reali bisogni della popolazione, anche mediante la stratificazione del rischio della popolazione
- Realizzare la presa in carico dei bisogni del territorio tramite la COT con la corretta assegnazione del paziente al setting appropriato di cura (Assistenza domiciliare, residenzialità, semiresidenzialità, riabilitazione)
- Integrazione tra i vari setting assistenziali
- Formazione degli operatori
- Applicazione omogenea sul territorio dei PDTA
- Monitoraggio dell’applicazione dei PDTA
- Informazione alla popolazione

AZIONI

AZIONE 1- FORMAZIONE

AZIONE 2 - EMPOWERMENT

AZIONE 3 – SANITÀ DIGITALE

AZIONE 4 – AZIONE EQUITY – INFORMAZIONE

CRONOGRAMMA

Attività					
AZIONE 1 - FORMAZIONE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Formazione specifica e interdisciplinare, per migliorare le conoscenze e le competenze specifiche e favorire il lavoro di squadra, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali. (INDICATORE: almeno un incontro ad inizio attività e un in incontro in corso anno per descrivere obiettivo e monitorare l'andamento)	Regione	X	X	X	X
AZIONE 2 – EMPOWERMENT	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Empowerment, leva fondamentale per l'efficacia e l'efficienza del sistema. Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza alla cronicità è il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia. Per ottenere un buon grado di "empowerment" è necessario che le informazioni fornite alla persona e a tutti i componenti del suo contesto (familiari, caregivers) da ogni figura professionale coinvolta nel processo di cura siano univoche, semplici, comprensibili, omogenee e costantemente ripetute e rinforzate. Sono previsti programmi di promozione e di educazione alla salute (INDICATORE: una campagna di comunicazione per la popolazione all'anno)	Regione	X	X	X	X
AZIONE 3 – SANITÀ DIGITALE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale) con strumenti informatizzati e digitali che permetteranno il monitoraggio, la consultazione, l'assistenza a distanza del paziente cronico. Indispensabile attivare la COT regionale, come strumento facilitante la presa in carico complessiva del cittadino in una logica di equità, appropriatezza, efficacia ed efficienza. (INDICATORE: numero di pazienti assistiti previsti/numero di pazienti arruolabili nella presa in carico = 100 % dei pazienti assistiti)	Regione	X	X	X	X
Attivazione e messa a regime dei PPDTA selezionati prioritariamente dal Piano cronicità regionale e tenendo conto della formulazione di specifici PDTA per i Long COVID e pazienti con problemi di salute mentale		X	X	X	X
Integrazione tra i vari setting assistenziali ogni anno a partire dal 2022		X	X	X	X
Applicazione omogenea sul territorio dei PDTA ogni anno a partire dal 2022		X	X	X	X
Monitoraggio dell'applicazione dei PDTA ogni anno a partire dal 2022		X	X	X	X
AZIONE 4 – AZIONE EQUITY - INFORMAZIONE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Modalità di informazione e di comunicazione per la popolazione interessata efficaci e orientate all'empowerment dei cittadini al fine anche di affrontare scelte consapevoli (INDICATORE: almeno 1 campagna dedicata alla sanità di					X

iniziativa)					
Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	Regione	X	X	X	X

AZIONI EQUITY

AZIONI CON INDICATORE

4.3.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

- Piano Nazionale della Cronicità 2016
- Piano regionale cronicità DGR 906/2017
- Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. WHO Regional Committee for Europe 2016
- Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018 nell'analisi di contesto e programmazione strategica e nei suoi progetti specifici, costruiti sulla base delle migliori evidenze di efficacia, allo scopo di concorrere attraverso azioni intersettoriali al raggiungimento di tutti gli obiettivi centrati del PNP stesso e quelli individuati come espressione tipica del territorio e dei suoi bisogni di salute
- DGR. n.212/2016 Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale” attuativo del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (D.M. 2 Aprile 2015 , n. 70);
- D.L. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio, convertito nella legge n. 77/2020, all'art. 7
- Accordo con i MMG

4.3.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL13_OT02	attivare la collaborazione, l'alleanza e la sinergia con tutti i settori, non solamente sanitari, le cui politiche a vario titolo hanno impatto sui determinanti di salute oltre a quelli sanitari, quelli sociali nonché collaborazione con le associazioni di volontariato
PL13_OT02_IT05	Tavoli tecnici intersettoriali
formula	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health anche in coerenza con gli Accordi/Programmi intersettoriali di cui all'indicatore 1.
Standard	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2023
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PL13_OT03	Aumentare le competenze e conoscenze delle equipe con medici specialisti, MMG e PLS, infermieri e altri operatori sanitari. Aumentare conoscenze e competenze dei
-----------	---

	caregiver in tema di prevenzione ed educazione sanitaria
PL13_OT03_IT03	Formazione (A)
formula	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PL13_OT04	promuovere la conoscenza e competenza sulla gestione delle patologie croniche in termini di corretti stili di vita e programmi che facilitino la presa in carico del paziente cronico
PL13_OT04_IT04	Comunicazione ed informazione
formula	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024
Fonte	Regione

EQUITÀ

PL13_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL13_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

4.3.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL13_OS01	attuare i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) con una logica di prevenzione, trasformandoli in percorsi di prevenzioni diagnostici terapeutici assistenziali (PPDTA)
-----------	--

PL13_OS01_IS01	definizione dei PPDTA
formula	presenza/assenza
Standard	attivazione e messa a regime dei PPDTA selezionati prioritariamente dal Piano cronicità regionale e tenendo conto della formulazione di specifici PDTA per i Long COVID e pazienti con problemi di salute mentale
Fonte	relazioni attività
PL13_OS02	Formazione specifica e interdisciplinare, per migliorare le conoscenze e le competenze specifiche e favorire il lavoro di squadra. Obiettivo prioritario è che tutto il personale dell'assistenza ottenga un'adeguata formazione e dimostrare di avere raggiunto il grado di conoscenza e competenza necessario al raggiungimento degli obiettivi assistenziali. Per tutti i PPDTA del Piano delle cronicità regionale vanno individuati percorsi specifici formativi per tutte le figure professionali coinvolte.
PL13_OS02_IS03	incontri formativi
formula	numero di incontri effettuati
Standard	almeno un incontro ad inizio attività e un in incontro in corso anno per descrivere obiettivo e monitorare l'andamento
Fonte	relazione attività
PL13_OS03	Empowerment, leva fondamentale per l'efficacia e l'efficienza del sistema. Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza alla cronicità è il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia. Per ottenere un buon grado di "empowerment" è necessario che le informazioni fornite alla persona e a tutti i componenti del suo contesto (familiari, caregivers) da ogni figura professionale coinvolta nel processo di cura siano univoche, semplici, comprensibili, omogenee e costantemente ripetute e rinforzate. Sono previsti programmi di promozione e di educazione alla salute
PL13_OS03_	campagna di comunicazione per la popolazione
formula	campagne realizzate
Standard	una campagna l'anno
Fonte	relazioni attività
PL13_OS04	Sanità digitale. Strumenti informatizzati e digitali permetteranno il monitoraggio, la consultazione, le assistenza a distanza del paziente cronico. L'informatizzazione permetterà anche la gestione facilitata dei PDTA e il loro monitoraggio. Indispensabile attivare la COT regionale, come strumento facilitante la presa in carico complessiva del cittadino in una logica di equità, appropriatezza, efficacia ed efficienza
PL13_OS04_IS02	Attivazione di progetti di tecnoassistenza
formula	numero di pazienti assistiti previsti/numero di pazienti arruolabili nella presa in carico
Standard	100 % dei pazienti assistiti
Fonte	pazienti assistiti

4.3.6 Azioni

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (1 di 4)	FORMAZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Formazione specifica e interdisciplinare, per migliorare le conoscenze e le competenze specifiche e favorire il lavoro di squadra.

Obiettivo prioritario è che tutto il personale dell'assistenza deve ottenere un'adeguata formazione e dimostrare di avere raggiunto il grado di conoscenza e competenza necessario al raggiungimento degli obiettivi assistenziali.

Per tutti i PDTA del Piano delle cronicità regionale vanno individuati percorsi specifici formativi per tutte le figure professionali coinvolte.

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (2 di 4)	EMPOWERMENT
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.1 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Empowerment, leva fondamentale per l'efficacia e l'efficienza del sistema.

Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza alla cronicità è il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia. Per ottenere un buon grado di "empowerment" è necessario che le informazioni fornite alla persona e a tutti i componenti del suo contesto (familiari, caregivers) da ogni figura professionale coinvolta nel processo di cura siano univoche, semplici, comprensibili, omogenee e costantemente ripetute e rinforzate.

Sono previsti programmi di promozione e di educazione alla salute

PROGRAMMA	PL13
------------------	------

TITOLO AZIONE (3 di 4)	SANITÀ DIGITALE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.3 Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Sanità digitale. Strumenti informatizzati e digitali permetteranno il monitoraggio, la consultazione, le assistenza a distanza del paziente cronico. L'informatizzazione permetterà anche la gestione facilitata dei PDTA e il loro monitoraggio

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (4 di 4)	INFORMAZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.9 Informazione
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

prevedere modalità di informazione e di comunicazione per la popolazione interessata efficaci e orientate all'empowerment dei cittadini al fine anche di affrontare scelte consapevoli

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	piano di comunicazione
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	coinvolgimento degli ambiti sociali dei comuni, delle associazioni e delle famiglie. Comunicati di progettazione partecipata
ATTORI COINVOLTI	operatori sanitari e dei servizi sociali, terzo settore
INDICATORE	campagna di comunicazione
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: realizzazione campagna • Standard almeno 1 campagna dedicata alla sanità di iniziativa • Fonte Regione, "passi d'argento", MMG