

Congresso congiunto AMD - SID Piemonte - V. d'Aosta

“ *HAPPY
BIRTHDAY:
Forever young* ”

Innovazione
farmacologica
e tecnologica:

il futuro
della Diabetologia



Centro Congressi
The Place
Via E. Fenoglioletti, 20

Torino
11-12 ottobre
2024

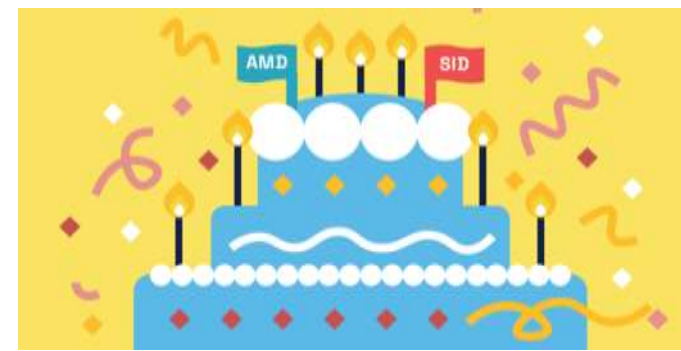
08.30 - 09.00 Registrazione partecipanti

III sessione:

La gestione del diabete in Piemonte
Dal chronic care model alle Reti Integrate per la Salute
**“La cosa bella del lavoro di squadra è che hai sempre
gli altri dalla tua parte” Margaret Carty**
Moderatori: Carlo Bruno Giorda, Milena Tagliabue

09.00 - 09.30 **Dal chronic care model alle Reti Integrate per la salute**
Umberto Goglia

Umberto GOGLIA, MD,PhD
- **SAI Diabetologia Territoriale**
Referente AFT Distretto SUD-OVEST
- **ASL CUNEO 1 -**





George Edward Pelham Box (1919 – 2013), statistico britannico, pioniere del controllo di qualità dei processi, nella analisi delle serie storiche, nel disegno degli esperimenti e inferenza bayesiana

Tutti i Modelli sono sbagliati. Ma alcuni sono *utili*



modello s. m. [lat. **modĕllus*, dim. di *modŭlus*: v. modulo]

6. Nel linguaggio scient., il termine viene riferito a un'ampia classe di ipotesi e costruzioni complesse e articolate, ideali o rappresentate materialmente, di origine anche intuitiva e creativa, proprie di una determinata scienza o specializzazione ma tali da poter essere estese ad altri campi (di validità all'inizio provvisoria ma sempre meglio adeguate all'esperienza attraverso successive verifiche e modificazioni), con cui viene rappresentato tutto o in parte l'oggetto di una ricerca che si propone di organizzare dati e conoscenze, ma anche di sperimentare ulteriormente, per poi interpretare, spiegare, generalizzare, confrontare ed esemplificare didatticamente. Nella forma più semplice, può essere un elemento, o

didattica

sperimentazione

dati

organizzazione

complessità



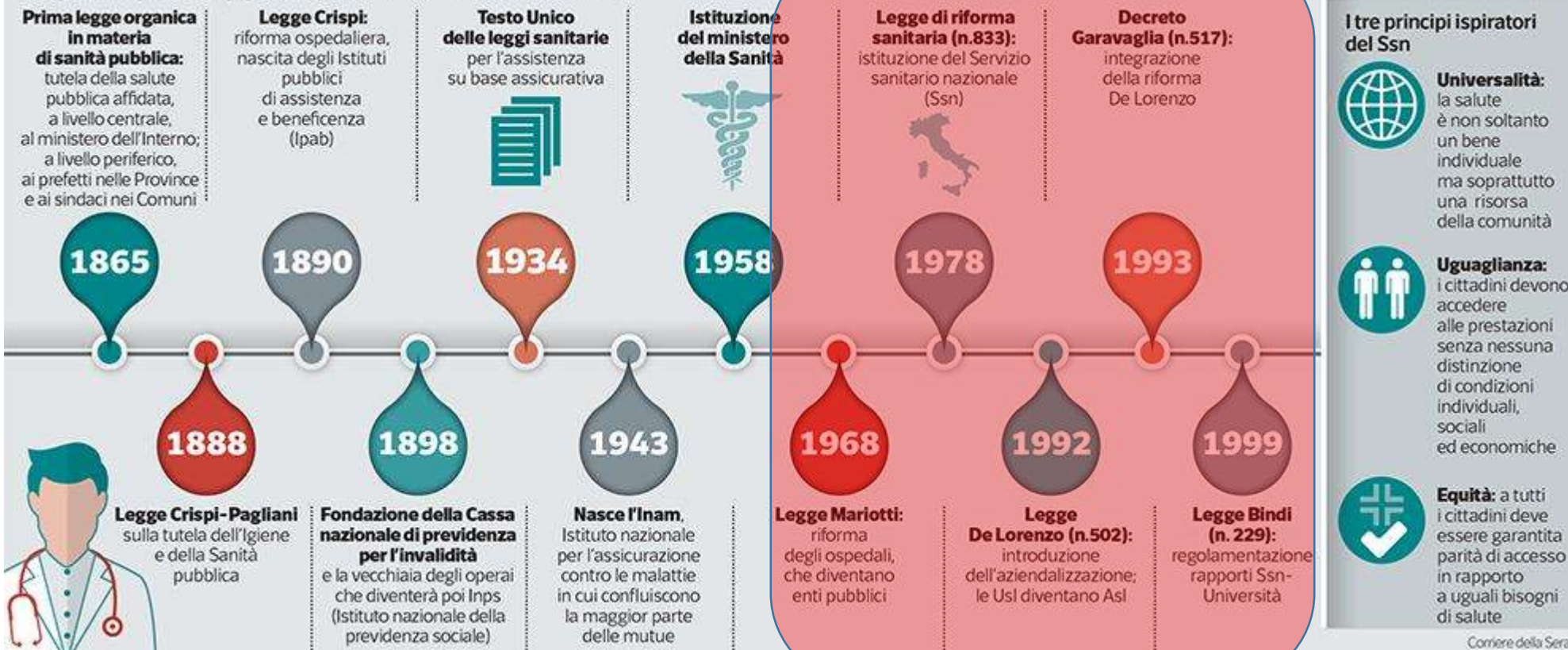
Le principali tipologie di sistemi sanitari nei Paesi socialmente avanzati

Modello	Nazione	Chi copre la spesa sanitaria	Modalità di accesso alla copertura sanitaria	Requisiti	Finanziamento prevalente	Prestazioni erogate
LIBERO MERCATO						
BISMARCK						
BEVERIDGE						

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI E PROGRAMMATORI (contesto generale)



Le principali tappe verso il Ssn e le riforme



***PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI E
PROGRAMMATORI
(contesto specifico)***



**Legge costituzionale n. 3/2001 – Riforma del Titolo V della Costituzione
Legge 189/2012 (cd. Legge «Balduzzi»)**



Patto per la Salute 2019 – 2021 / 2014 - 2016



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

PIANO NAZIONALE CRONICITA' (2016)



23 settembre 2022

Il Servizio Sanitario Nazionale si è tradizionalmente organizzato e ha investito quasi esclusivamente nel **settore delle malattie acute**, secondo il paradigma dell'attesa e del modello biomedico di sanità : il sistema , *i professionisti sanitari , si mobilitano soltanto in occasione della manifestazione di un evento acuto* o comunque a fronte di una richiesta del cittadino

SALUTE E TERRITORIO Le Case della Salute.
Innovazione e buone pratiche.
Gavino Maciocco, Antonio Brambilla



OSSERVATORIO NAZIONALE
SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

1921 — 2021
UN SECOLO
DI STORIA
D'AVANTI A NOI



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e

Sanità Pubblica-Sezione di Igiene

La cronicità in Italia



Allegato statistico

Tavola 1 - Persone (valori assoluti in migliaia) per presenza di patologie croniche e tipologia di patologia - Anno 2017 e proiezioni anni 2028 e 2038

Tipologia di patologie	2017	2028	2038
Persone con almeno una malattia cronica	24.040	25.233	25.589
Persone con almeno due malattie croniche	12.578	13.907	14.673
Diabete	3.411	3.634	3.908
Ipertensione	10.702	11.846	12.523
Bronchite cronica	3.553	3.731	3.856
Artrosi/artrite	9.723	10.803	11.506
Osteoporosi	4.772	5.279	5.757
Malattie del cuore	2.499	2.689	2.926
Malattie allergiche	6.428	6.313	5.940
Disturbi nervosi	2.732	2.925	2.978
Ulcera gastrica o duodenale	1.435	1.586	1.611

Fonte dei dati: Elaborazioni Osservasalute su dati Istat - Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anno 2017.



Prospetto 1. Persone che dichiarano di essere affette da diabete per sesso e classe di età. Anni 2010, 2019-2022. Tassi per 100 persone e valori assoluti (in migliaia)

CLASSI DI ETA	2010		2019		2020		2021		2022	
	Tassi	V.A.	Tassi	V.A.	Tassi	V.A.	Tassi	V.A.	Tassi	V.A.
Uomini										
Fino a 44	0,5	77	0,8	120	0,8	112	0,9	131	1,0	142
45-54	3,3	136	4,2	202	3,7	177	3,9	183	4,0	183
55-64	8,4	312	8,9	357	8,4	349	9,1	385	9,2	394
65-74	12,6	359	16,4	530	15,2	499	18,5	628	18,5	586
75-84	19,6	353	22,7	464	21	434	20,9	408	23,5	529
85 e oltre	17,5	75	22,6	154	21	151	22,6	166	24,4	171
65 e oltre	15,5	787	19,3	1.148	17,9	1.083	19,7	1.203	21,0	1.286
Totale	4,5	1.311	6,2	1.827	5,9	1.722	6,6	1.901	7,0	2.005
Totale standardizzato (a)	4,8		5,9		5,5		6,1		6,3	
Donne										
Fino a 44	0,6	101	0,9	126	0,8	102	1,0	130	1,0	129
45-54	2,7	116	2,2	109	2,0	99	2,5	122	3,2	153
55-64	6,6	252	6,1	258	6,4	281	6,5	290	6,3	283
65-74	13,1	452	12,6	449	12,9	474	13,3	505	13,2	486
75-84	19,5	483	18,0	496	20,2	539	19,7	529	20,3	563
85 e oltre	22,1	209	18,5	242	22,3	323	21,8	289	19,7	268
65 e oltre	16,6	1.144	15,5	1.187	17,2	1.336	16,9	1.322	16,9	1.318
Totale	5,2	1.612	5,5	1.679	5,9	1.818	6,1	1.864	6,3	1.883
Totale standardizzato (a)	4,8		4,6		4,7		4,9		4,9	
Totale										
Fino a 44	0,6	178	0,9	245	0,8	215	1,0	261	1,0	271
45-54	2,9	251	3,2	311	2,9	275	3,2	305	3,6	336
55-64	7,5	564	7,5	614	7,4	630	7,8	675	7,7	677
65-74	12,8	811	14,4	979	14,0	973	15,7	1.133	15,6	1.072
75-84	19,5	836	20,0	960	20,5	972	20,2	937	21,7	1.092
85 e oltre	20,7	284	19,9	396	21,9	474	22,1	455	21,3	439
65 e oltre	16,1	1.931	17,2	2.335	17,5	2.419	18,2	2.525	18,7	2.604
Totale	4,9	2.923	5,8	3.506	5,9	3.539	6,3	3.766	6,6	3.888
Totale standardizzato (a)	4,8		5,2		5,1		5,5		5,6	



ANNUARIO STATISTICO ITALIANO 2020

Tavola 4.13 segue Popolazione residente per condizioni di salute, malattie croniche dichiarate, consumo di farmaci negli ultimi due giorni precedenti l'intervista, sesso, classe di età e regione
Anno 2019, per 100 persone della stessa classe di età, sesso e zona

REGIONI	Stato di buona salute (a) (c)	Con una malattia cronica o più	Con due malattie croniche o più	Cronici in buona salute (b) (c)	Diabete	Iper-tensione	Bronchite cronica, asma bronchiale	Artrosi, artrite	Osteo-porosi	Malattie del cuore	Malattie allergiche	Disturbi nervosi	Ulcera gastrica e duodenale	Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista
2019 - PER REGIONE														
Piemonte	67,7	41,5	21,1	42,2	5,4	18,6	5,5	15,6	7,0	4,4	10,9	4,7	2,6	45,2
Valle d'Aosta - Vallée d'Aoste	71,3	42,7	20,5	49,3	5,2	16,0	5,9	15,0	6,8	5,3	13,1	4,6	3,0	45,4
Liguria	66,1	45,0	24,3	43,8	6,6	21,7	5,9	18,8	8,9	4,9	10,9	5,4	2,4	48,4
Lombardia	70,3	41,0	18,6	48,4	5,1	15,9	5,6	13,5	6,5	4,1	12,7	3,9	2,1	43,8
Trentino-Alto Adige/ Südtirol	78,7	34,5	14,6	55,0	3,8	12,7	5,0	11,8	4,6	4,4	10,6	4,1	1,3	38,3
Bolzano-Bozen	83,5	30,4	12,8	59,9	3,4	11,7	4,4	9,9	4,4	4,2	10,1	4,1	1,2	33,8
Trento	73,9	38,5	16,3	51,3	4,2	13,8	5,5	13,7	4,9	4,6	11,1	4,2	1,4	42,7
Veneto	70,8	39,0	19,0	46,4	4,9	17,0	5,2	14,8	6,7	3,5	10,2	4,2	2,8	44,1
Friuli-Venezia Giulia	70,6	41,0	20,7	49,1	5,1	16,8	5,2	17,3	7,3	4,5	11,1	4,1	1,9	44,5
Emilia-Romagna	69,2	42,8	22,8	46,6	5,2	17,8	5,8	17,8	7,5	5,1	12,2	5,2	3,6	47,1
Toscana	68,7	41,9	21,3	44,4	5,8	17,4	6,6	16,8	8,4	4,1	10,6	4,8	2,3	46,9
Umbria	68,5	46,6	25,2	44,9	6,8	20,7	8,1	17,9	10,1	6,5	14,3	6,3	3,8	47,8
Marche	67,6	41,5	22,0	42,9	5,8	18,3	6,7	16,7	8,2	4,8	9,9	4,8	2,5	45,0
Lazio	69,1	40,2	20,2	42,6	5,6	17,7	6,5	15,7	8,3	3,6	11,2	4,9	2,3	40,9
Abruzzo	66,6	43,3	23,8	40,7	6,8	19,7	5,7	19,3	9,3	4,3	12,2	5,1	3,1	43,0
Molise	64,1	43,2	22,6	37,9	7,6	19,0	7,4	15,7	8,2	4,4	12,0	4,4	2,3	44,9
Campania	71,4	37,1	21,1	41,3	6,2	17,4	6,9	15,3	8,7	3,7	11,6	4,4	2,3	36,5
Puglia	68,5	40,4	21,5	40,0	6,8	18,6	6,5	15,8	9,7	4,5	10,7	5,5	2,4	42,0
Basilicata	62,8	45,0	26,1	35,4	6,7	20,9	7,8	20,6	11,9	4,9	11,6	5,3	3,6	45,3
Calabria	58,7	43,8	25,3	31,1	8,0	22,8	6,4	19,4	10,0	4,3	11,3	6,6	4,3	42,4
Sicilia	67,4	40,4	22,6	35,9	7,3	19,7	6,1	17,6	9,7	3,6	10,5	5,6	2,8	41,1
Sardegna	62,6	44,2	24,7	36,0	6,1	18,8	8,0	18,3	11,1	4,8	11,3	5,6	2,4	45,0
Nord-ovest	69,2	41,5	19,9	46,3	5,3	17,2	5,6	14,6	6,9	4,3	12,0	4,3	2,2	44,6
Nord-est	70,9	40,2	20,2	47,4	4,9	16,9	5,4	15,9	6,9	4,3	11,1	4,6	2,9	44,8
Centro	68,8	41,4	21,2	43,4	5,8	17,9	6,7	16,3	8,5	4,1	11,1	5,0	2,4	43,8
Sud	67,8	40,0	22,3	39,0	6,7	18,9	6,6	16,6	9,3	4,1	11,4	5,1	2,7	40,1
Isole	66,2	41,3	23,1	35,9	7,0	19,5	6,6	17,8	10,1	3,9	10,7	5,6	2,7	42,1
ITALIA	68,8	40,9	21,1	43,1	5,8	17,9	6,1	16,0	8,1	4,2	11,4	4,8	2,6	43,1

Fonte: Indagine multiscope "Aspetti della vita quotidiana" (R)

(a) Indicano le modalità "molto bene" o "bene" alla domanda "Come va in generale la sua salute?".

(b) Per 100 persone affette da almeno una malattia cronica.

(c) Dal 2009 il fenomeno è rilevato con un quesito standardizzato a livello internazionale e non è confrontabile con gli anni precedenti.



upB

ufficio
parlamentare
di bilancio

Focus n. 2/2023

L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale"



Sintesi

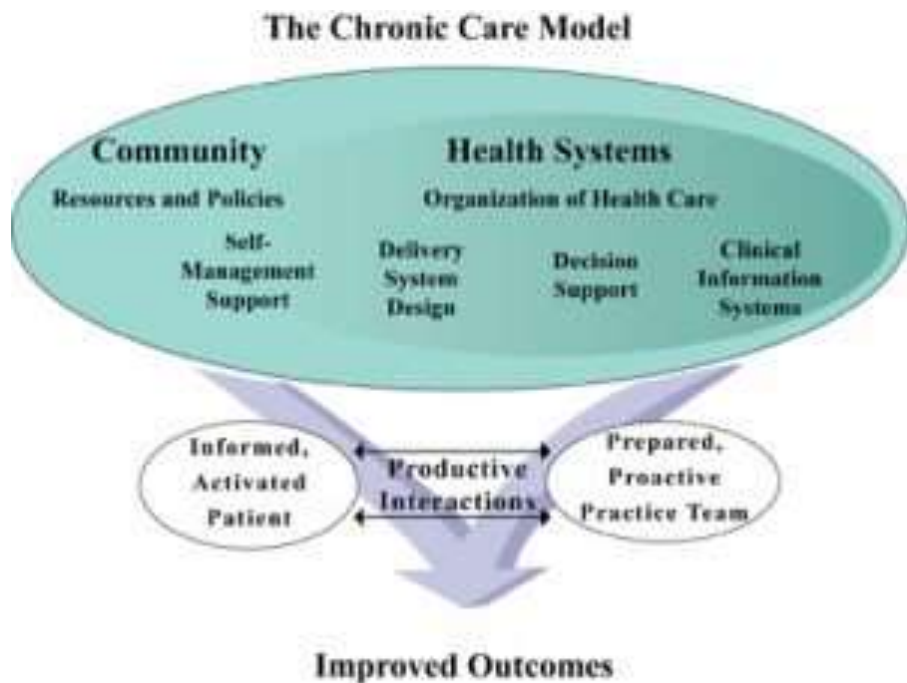
Negli ultimi anni lo spostamento delle cure dal livello ospedaliero a quello territoriale ha rappresentato una delle politiche più diffuse nei paesi europei per migliorare i servizi sanitari. In Italia, però, il ridimensionamento della capacità degli ospedali – peraltro già bassa rispetto ad altri paesi (il numero di posti letto per 1.000 abitanti è passato da 4 nel 2005 a 3,2 nel 2019, mentre la media europea è scesa da 6,1 a 5,3) – non è stato accompagnato da un adeguato rafforzamento della sanità territoriale, con carenze più evidenti in alcune Regioni.

Malgrado la nuova struttura dei servizi territoriali fosse stata immaginata già da tempo nelle sue linee fondamentali e nonostante siano state realizzate diverse esperienze rilevanti in alcune Regioni, raramente le Case della salute o le associazioni tra i medici di base sono divenute effettivi punti di riferimento per i cittadini, con disponibilità di servizi in ampie fasce orarie, e molte Regioni, soprattutto nel Mezzogiorno, non dispongono di strutture intermedie per degenze a bassa intensità clinica. Questo implica, tra l'altro, che gli ospedali vengono spesso sovraccaricati dalla richiesta di interventi che potrebbero essere svolti altrove.



modello s. m. [lat. **modĕllus*, dim. di *modŭlus*: v. modulo]

Il Chronic Care Model



Developed by The MacCall Institute
© 2003, 2004 American Medical Association

Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice* 1998; 1, 2–4.

EXPANDED CHRONIC CARE MODEL

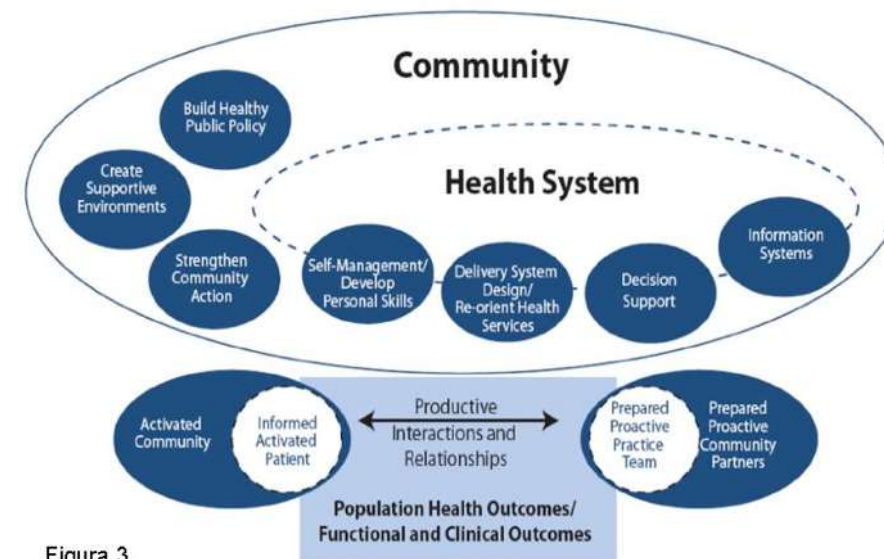


Figura 3

Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly* 2003; 7(1), 73–82.

I 6 elementi del Chronic Care Model



- 1. Le risorse della comunità.** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.
- 2. Le organizzazioni sanitarie.** Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avviene difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza.
- 3. Il supporto all'auto-cura.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. Il paziente vive con la sua malattia per molti anni; la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione – la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.), l'uso dei farmaci – può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.
- 4. L'organizzazione del team.** La struttura del team assistenziale (medici di famiglia, infermieri, educatori) deve essere profondamente modificata, introducendo una chiara divisione del lavoro e separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. I medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati, e formano il personale del team. Il personale non medico è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni (test di laboratorio per i pazienti diabetici, esame del piede, etc.) e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team.
- 5. Il supporto alle decisioni.** L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Le linee-guida sono rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team.
- 6. I sistemi informativi.** I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni: 1) come sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida; 2) come feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A_{1c} e di lipidi; 3) come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population-based". I registri di patologia – una delle caratteristiche centrali del *chronic care model* – sono liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica in carico a un team di cure primarie.



National Health Service Social Care and Chronic Disease Management Model



Figura 2

[From An NHS and Social Care Model for Improving Care for People with Long Term Conditions](#) (The NHS and Social Care Long Term Conditions Model section, 1) by the Department of Health, 2010.

<https://www.saluteinternazionale.info/2011/06/assistere-le-persone-con-condizioni-croniche/>



Patient Centered Medical Home



Figura 5

Questi modelli assistenziali hanno in comune molti elementi che qui elenchiamo:

1. Il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva".
2. Un'assistenza basata sulla popolazione, sulla **stratificazione del rischio** e su differenti livelli di intensità assistenziale.
3. Il riconoscimento che le **cure primarie devono essere il punto centrale (Hub)** dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema.
4. L'erogazione di un'assistenza focalizzata sui **bisogni individuali della persona**, nel suo specifico contesto sociale.
5. La presenza di **sistemi informativi evoluti**.
6. Poter far leva sulla **partecipazione comunitaria**.
7. Investire sull'**auto-gestione dei pazienti** e dei caregivers.
8. Disporre di **linee guida** in grado di tener conto della **co-morbilità**.
9. Basarsi su **team multiprofessionali** che puntano al miglioramento continuo.

Gavino Maciocco, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

GESTIONE INTEGRATA e percorsi assistenziali



IGEA

Il Pensiero Scientifico Editore



GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI

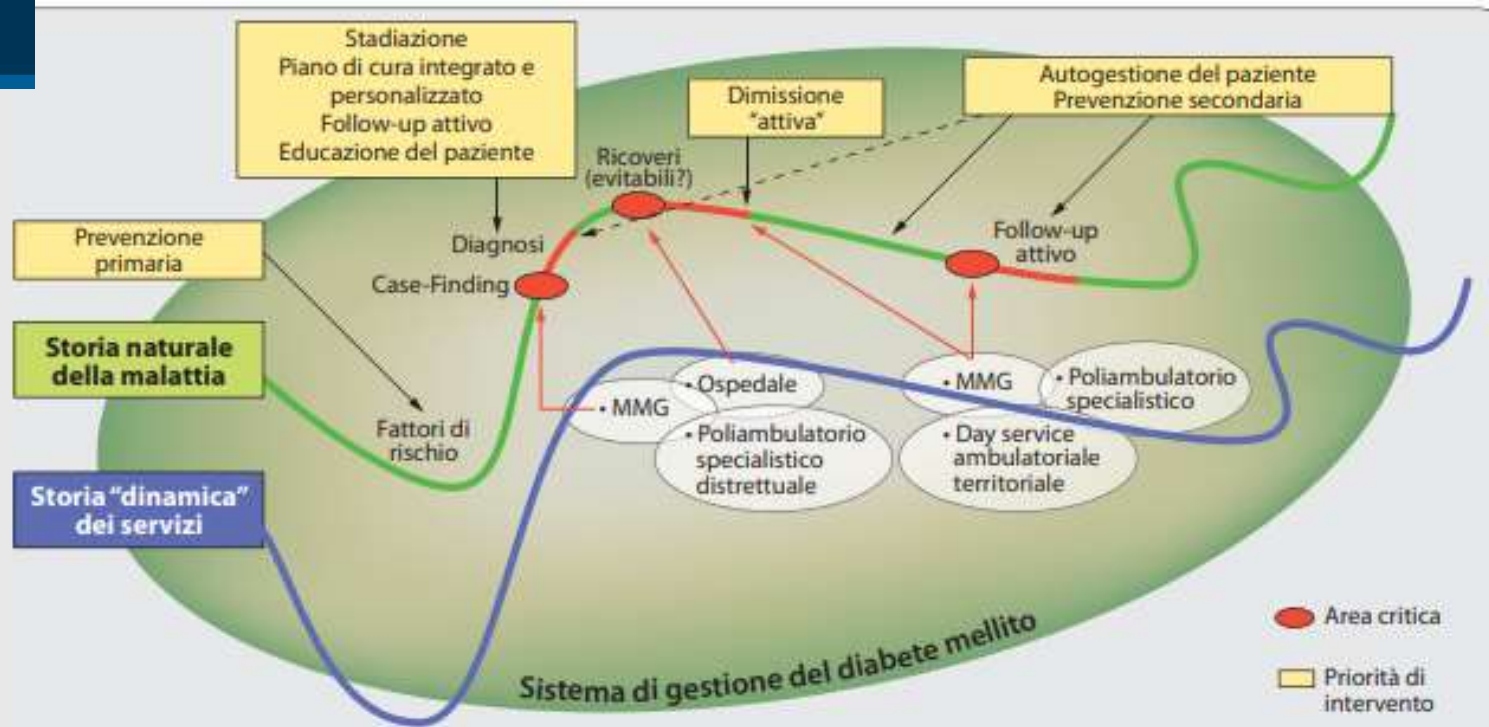


Figura 1. L'APPROCCIO "DISEASE MANAGEMENT": DA UN SISTEMA DI PROGETTI AD UN PROGETTO DI SISTEMA, CON L'IMPEGNO DI TUTTA LA RETE ASSISTENZIALE.

0008154-07/06/2024-GAB-MDS-A



Ministero della Salute

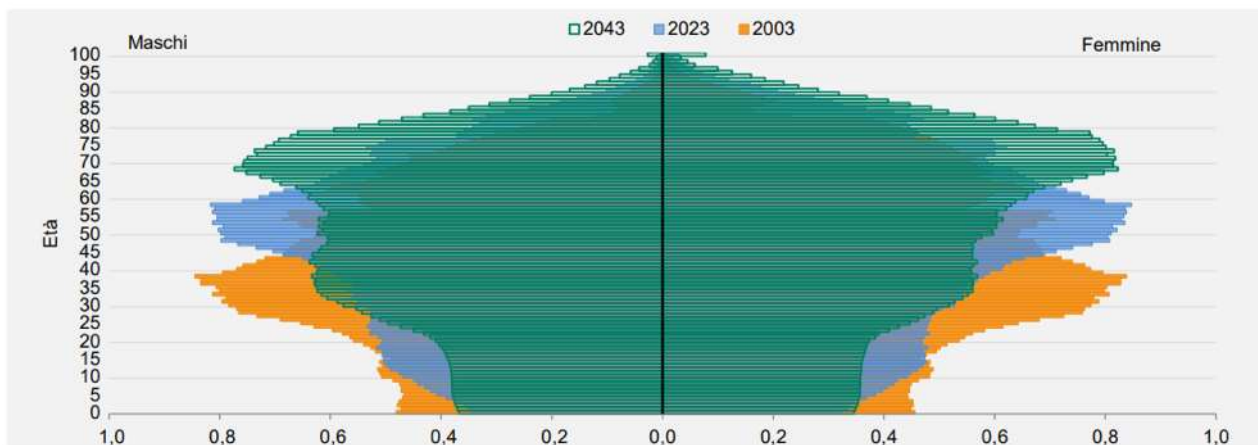
DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL FARMACO E
DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'EDILIZIA SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

Aggiornamento 2024

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1721737583.pdf>

Figura 1. Piramidi delle età al 1° gennaio 2003, 2023 e 2043 (valori percentuali)



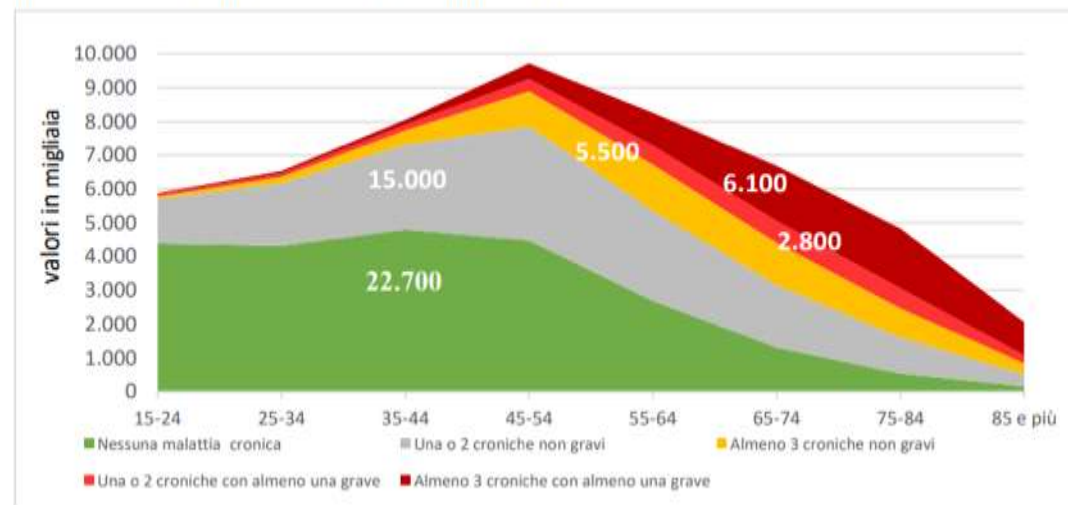
Fonte: Istat, Popolazione per sesso, ed età e Previsioni della popolazione e delle famiglie, base 1.1.2022, scenario mediano.



**Piano Nazionale della
Cronicità**

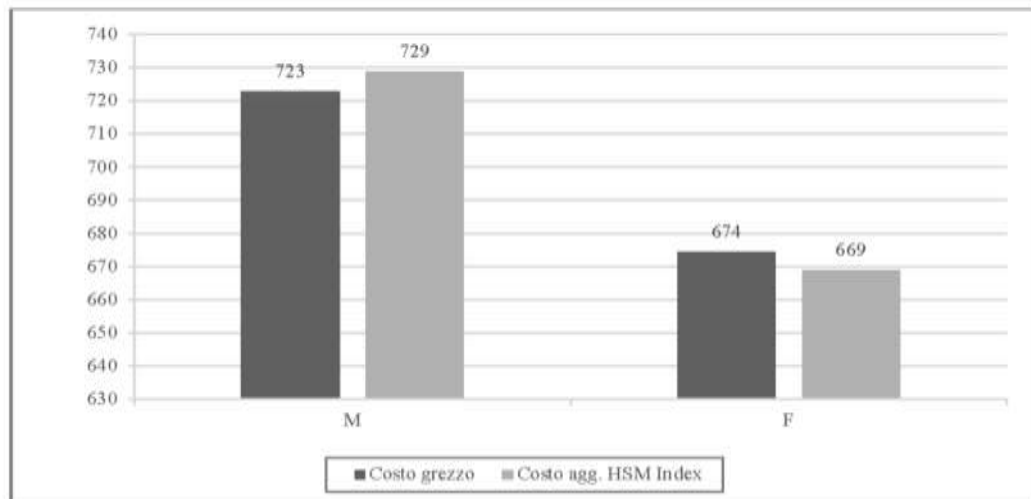
Aggiornamento 2024

Figura 4. Popolazione di 15 anni e più per presenza di malattie croniche dichiarate, gravità e multimorbilità per classe di età. Anno 2019 (Dati assoluti in migliaia).



Fonte: dati Istat, Indagine Europea sulla salute (EHIS) 2019

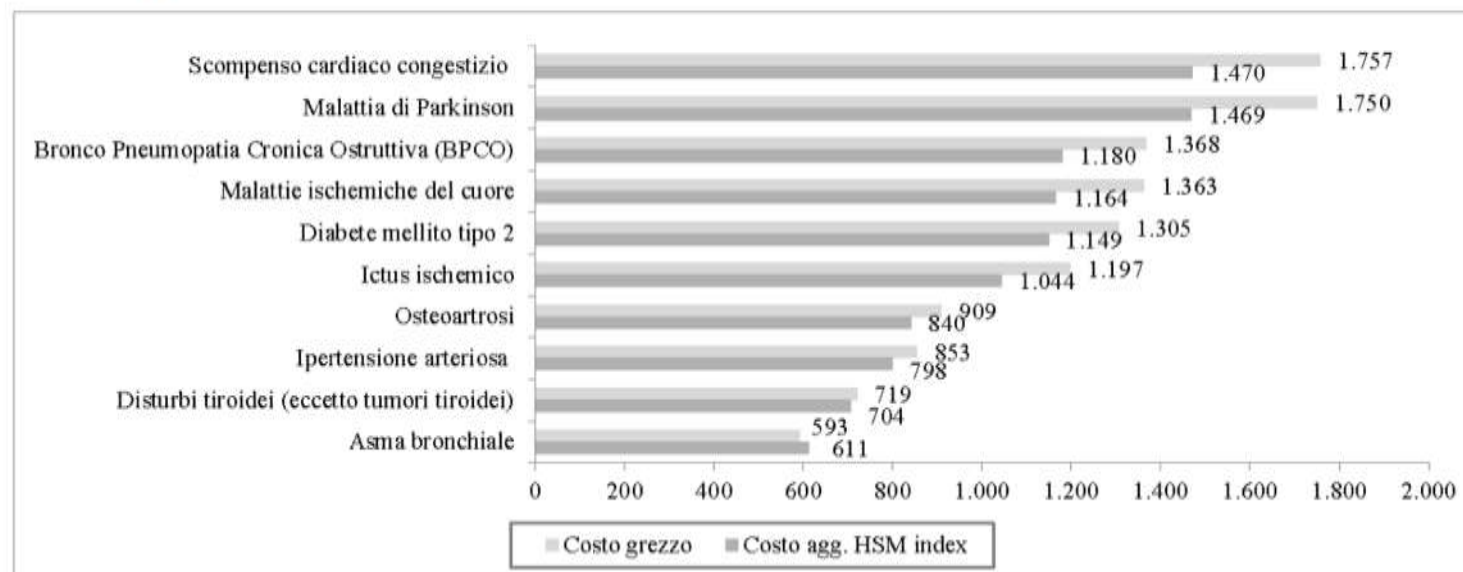
Figura 11. Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato dei pazienti assistiti dai Medici aderenti al network Health Search con almeno una patologia cronica per genere - Anno 2020 (fonte: rapporto Osservasalute 2021)



Piano Nazionale della Cronicità

Aggiornamento 2024

Figura 12. Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato per Health Search Morbidity (HSM) Index dei pazienti assistiti dai medici aderenti al network Health Search per singola patologia cronica – Anno 2020 (fonte: rapporto Osservasalute 2021).





Piano Nazionale della Cronicità

Aggiornamento 2024

Linee guida per la Gestione della Multimorbilità e Polifarmacoterapia. Principi generali (adattato)

Interazione tra operatore sanitario e paziente:

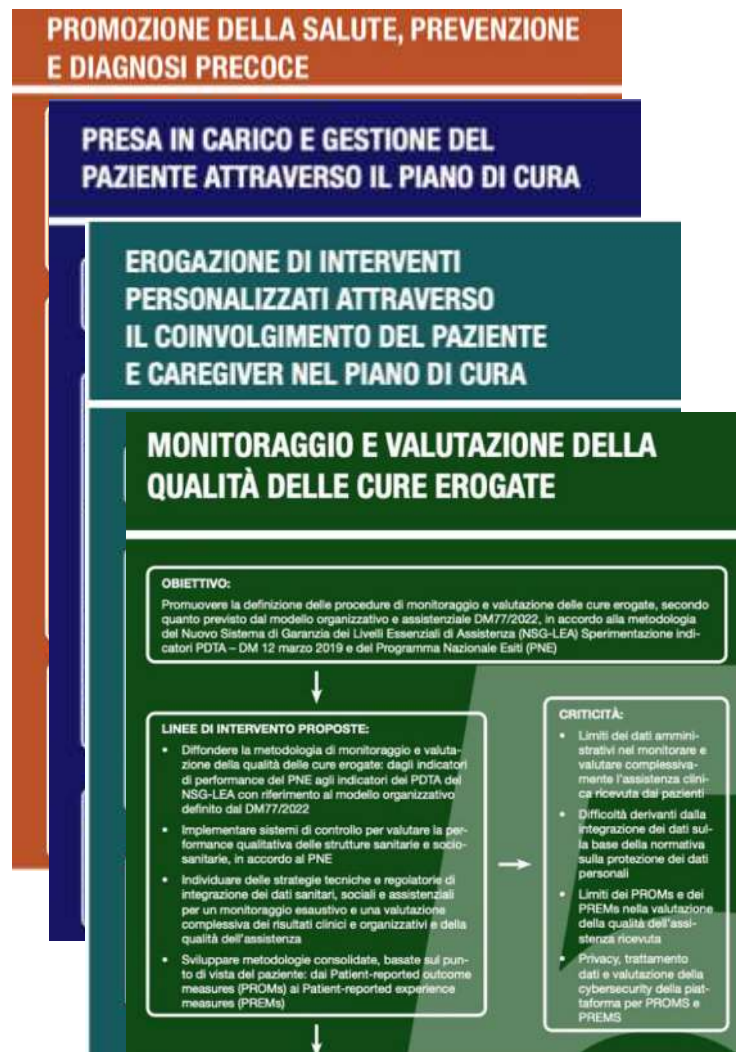
1. Identificare le traiettorie di salute, le necessità clinico-assistenziali e le priorità del paziente riguardo il suo piano di cura;
2. Concordare un piano di cura e assistenza individualizzato che tenga in considerazione le interazioni tra malattie e trattamenti, così come le preferenze del paziente per la sua assistenza e il suo contesto di vita e che comprenda definizione di obiettivi terapeutici realistici, identificazione di figure responsabili del coordinamento delle cure e dell'assistenza, una condivisione del piano di cura individualizzato con paziente, *caregiver* e professionisti sanitari coinvolti nel processo di cura, follow-up regolare e regolamentazione per accesso a cure d'urgenza;
3. Educare pazienti e/o *caregivers* all'uso dei farmaci e supportare l'autogestione della terapia, la consapevolezza dei benefici e rischi della polifarmacoterapia e informare sul processo di deprescrizione.

Operatori sanitari:

1. Contestualizzare le evidenze scientifiche;
2. Valutare il rapporto beneficio/rischio nell'usare linee guida specifiche per singole patologie, alla luce delle caratteristiche cliniche e socioassistenziali e delle preferenze del paziente;
3. Utilizzare farmaci di documentata efficacia, alla dose minima efficace con il minor numero di unità posologiche e somministrazioni giornaliere.

Percorsi assistenziali e organizzazione delle cure:

1. Migliorare il coordinamento e la collaborazione tra gli operatori sanitari e sociali e tra ospedale e territorio e promuovere e integrare la continuità delle cure;
2. Sviluppare e utilizzare tecnologie e sistemi efficaci per la condivisione delle informazioni sociosanitarie;
3. Promuovere l'educazione e la formazione professionale ai temi della multimorbilità e polifarmacoterapia e delle misure di prevenzione.





STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE

OBIETTIVO:

Sviluppare, validare e implementare sistemi di stratificazione del rischio per la presa in carico degli assistiti sulla base della complessità clinica (es. per presenza di comorbidità), del livello di rischio (es. per rischio di ospedalizzazione o di morte), del bisogno di salute (es. integrando aspetti sanitari e sociali) e del consumo di risorse, nonché per differenziare strategie di intervento



LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Promuovere la definizione di una metodologia per l'implementazione di sistemi di stratificazione standardizzati che tenga conto dell'impatto della cronicità sulla sostenibilità dei servizi sanitari
- Coinvolgere i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta nelle attività di alimentazione di dati sugli stili di vita e sui fattori di rischio dei propri pazienti
- Definire un flusso delle ospedalizzazioni e delle prestazioni diagnostiche e strumentali ambulatoriali erogate in regime privato
- Promuovere l'implementazione di registri previsti nel DPCM 3 Marzo 2017 e non ancora istituiti e l'istituzione di nuovi registri di patologia
- Auspicare l'integrazione di banche dati e flussi dati sanitari, sociali ed economici (per es. flussi informativi INPS o Sistema Integrato dei Registri dell'Istat) compatibilmente con la regolamentazione relativa alla tutela della privacy
- Rafforzare le attività di formazione del personale dedicato all'alimentazione dei flussi e da una più puntuale attività di monitoraggio degli enti regionali, nonché da azioni di supporto da parte degli enti centrali



CRITICITA'

- Sistemi informativi e protezione dei dati personali
- Stratificazione sulla base di dati amministrativi e sviluppo di un Progetto di Salute



RISULTATI ATTESI:

- Definizione a livello nazionale di programmi di stratificazione della popolazione attivati in accordo ai rischi clinici e ai bisogni di salute e sociosanitari
- Definizione di strategie di presa in carico in rapporto al livello di rischio

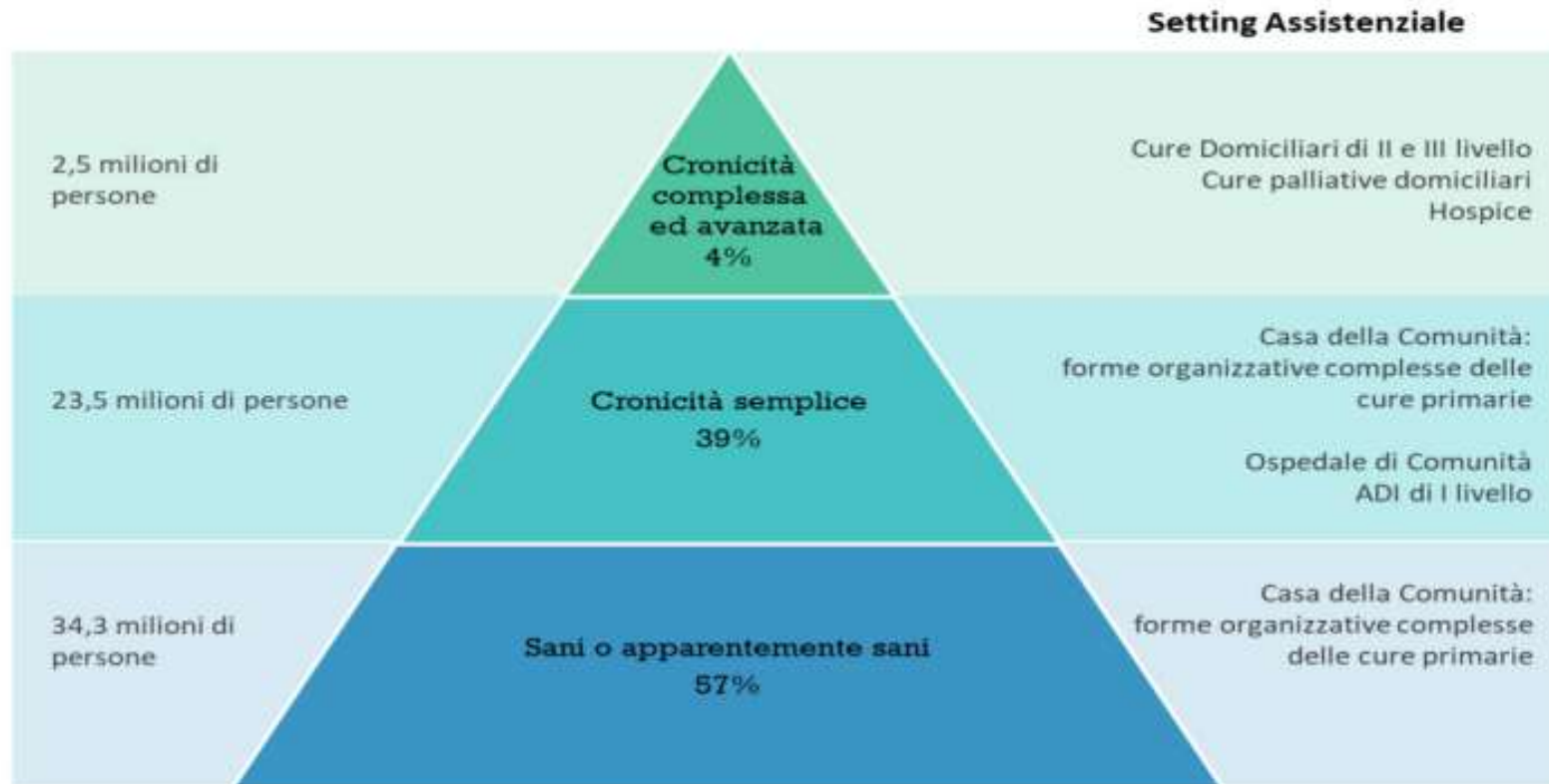
Piano Nazionale della Cronicità

Aggiornamento 2024



Aggiornamento 2024

Figura 13. La stratificazione della popolazione per bisogno e setting assistenziali (Fonte: Agenas)



Piano Nazionale della Cronicità



Aggiornamento 2024

PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

OBIETTIVO:

Migliorare la presa in carico e la gestione del paziente con cronicità attraverso interventi mirati ad un'ottimizzazione dell'organizzazione e del coordinamento dei servizi sanitari in linea con quanto definito dal DM77/2022 e ad una completa integrazione sociosanitaria

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Sviluppare e ottimizzare il ruolo dei Punti Unici di Accesso (PUA)
- Promuovere modelli operativi di presa in carico attiva (Sanità di Iniziativa) che, muovendo dalla stratificazione della popolazione, consentano un'assistenza proattiva degli assistiti già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa
- Promuovere lo sviluppo di strumenti di valutazione multidimensionale uniformi nei setting di assistenza, definiti in base a criteri standardizzati, finalizzati all'identificazione dei fabbisogni di natura sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare
- Promuovere modelli di assistenza globale che integrino aspetti sanitari e sociali
- Valorizzare l'Infermiere di Famiglia o Comunità al ruolo ricoperto e all'utilizzo degli strumenti operativi utilizzati
- Sviluppare la rete di cure palliative e terapia del dolore in linea con la vigente normativa
- Garantire la formazione continua degli operatori sanitari e sociosanitari ai temi della cronicità e ai percorsi a essa dedicati

CRITICITÀ:

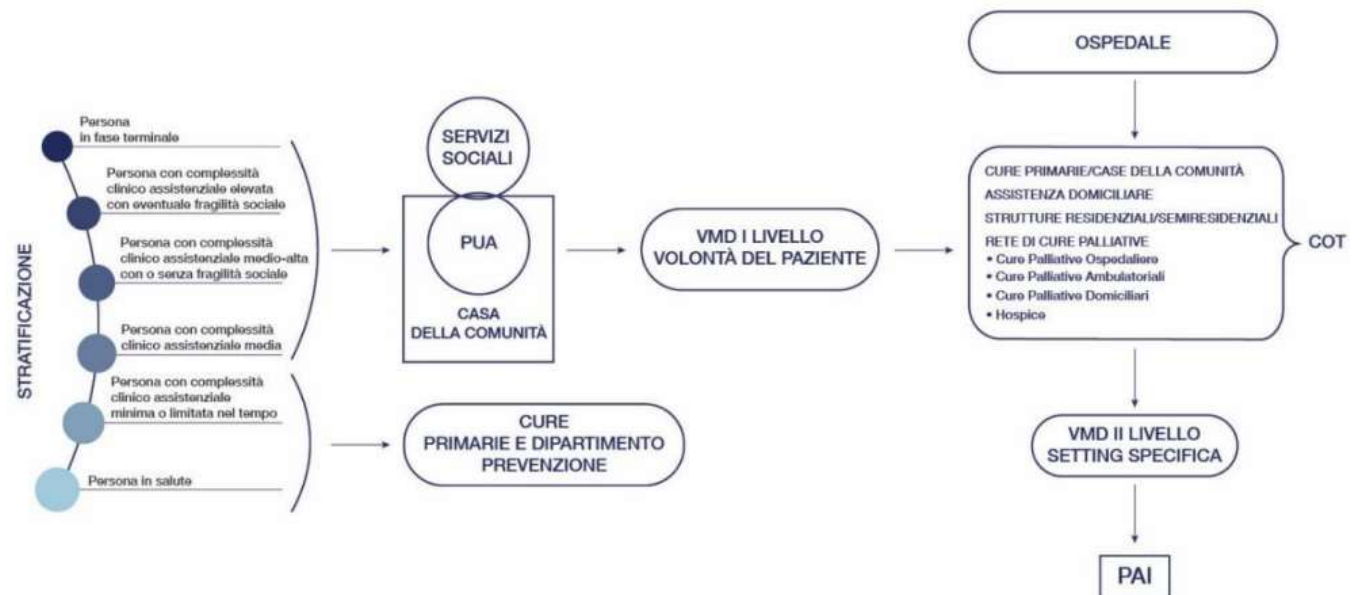
- Ricambio generazionale del personale sanitario
- Percorso formativo dell'Infermiere di Famiglia o Comunità
- Integrazione sociale e sanitaria

RISULTATI ATTESI:

- Implementazione di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza e diversi setting di cura, nel rispetto del principio di prossimità
- Incremento di progetti di formazione del team multidisciplinare, anche nell'ambito della digitalizzazione dei servizi
- Potenziamento di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sanitari e sociosanitari, compreso il coinvolgimento attivo della comunità

Figura 14. Modello di stratificazione e assistenza territoriale

FIGURA:
STRATIFICAZIONE E PRESA IN CARICO



Piano Nazionale della Cronicità



Aggiornamento 2024





Una Nuova Visione del PDTA / PSDTA

Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)

Tenendo conto del contesto normativo nazionale e regionale, e sulla base delle evidenze scientifiche disponibili (linee guida in prima istanza), tutti i punti precedentemente trattati (PUA, rete dei servizi, VMD con individuazione del gruppo multidisciplinare, ruoli e responsabilità delle figure sanitarie professionali, della famiglia e del caregiver e sviluppo dell'integrazione sociosanitaria), dovrebbero essere ben definiti all'interno di un PDTA. Infatti, questo strumento oltre a riportare gli aspetti clinici essenziali, è fondamentale per racchiudere

In quest'ottica, è possibile assumere la seguente definizione di PDTA: **il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto.**



Una Nuova Visione del PDTA / PSDTA

Un PDTA deve essere progettato per assicurare la presa in carico, l'appropriatezza delle cure (ovvero, la procedura corretta sul paziente giusto al momento opportuno e nel setting più adatto), la continuità assistenziale (intesa come integrazione di cure, di professionisti e di strutture) e la standardizzazione dei costi. Inoltre, il PDTA dovrà essere personalizzato, in relazione ai bisogni di cura e assistenziali dei pazienti (con particolare attenzione alla gestione territoriale) in una logica di salute globale che presti attenzione anche alla malattia vissuta e ai bisogni non-clinici. Dovrà, infine, essere modulato in rapporto alla stadiazione (con particolare attenzione alle comorbilità, alle cronicità complesse e all'utilizzo di tecnologie ad alto costo), gestito attraverso lo strumento del follow-up attivo (medicina di iniziativa, assistenza proattiva), concordato con il paziente (Patto di cura).



MONITORAGGIO Normativo e Operativo

Monitoraggio normativo

- La Regione/PA ha recepito il Piano con formale atto (L.R., DGR, DCA ecc...)
- La Regione/PA ha rilevato il numero di Aziende sanitarie che hanno recepito il percorso regionale con atto deliberativo

Monitoraggio dei nuovi assetti organizzativi e operativi

- La Regione/PA ha definito PDTA per le patologie oggetto del presente Piano
- La Regione/PA ha implementato unità operative/Centri specialistici
- La Regione/PA ha implementato reti assistenziali dedicate

Modernità e Lungomiranza di AMD



In questo numero
Supplemento numero 3 - 2023
In copertina

[Scarica il fascicolo completo](#)

PREFAZIONE

Performance measurement and performance management for diabetes – SCORE

G. Di Cianni

JAMD 2023;26(53):54-55

<https://doi.org/10.36171/jamd23.26.53.1>

TEMA 1

DIABETE, PDTA e DM 77

JAMD 2023;26(53):57-58

PDF

Proposta di implementazione e Diagnostico-Terapeutico-Assi DM1 e DM2 della Rete Endocrin Piemonte alle indicazioni del DI

K. Bonomo, E. Cantino, U. Goglia, R. Manti

JAMD 2023;26(53):59-515

<https://doi.org/10.36171/jamd23.26.S3.2>

Abstract

PDF

Assistenza diabetologica all'int piano di applicazione del DM 77 Ilesiente

A. Mattina, P.G.M. Bianco, U. Lupo, D. Saddi,
JAMD 2023;26(53):516-522

<https://doi.org/10.36171/jamd23.26.S3.3>

Abstract

PDF

La costruzione del polo diabetologico secondo gli obiettivi della Missi

A. Giancaterini, L. Molteni, M. Mori, P. Ponza,
JAMD 2023;26(53):523-528

<https://doi.org/10.36171/jamd23.26.S3.4>

Abstract

PDF

TEMA 2

Telemedicina e diabete

JAMD 2023;26(53):529-530

PDF

Integrazione dei servizi di telemedicina in ambulatorio di diabetologia territoriale

D. Cataldo, A. Di Flaviani, I. Giordani, L. Morviducci

JAMD 2023;26(53):531-535

<https://doi.org/10.36171/jamd23.26.S3.5>

Abstract

PDF

La gestione della cronicità nel paziente di telemedicina

C.N. Anicò, R. Celleno, M.A. Sculli

JAMD 2023;26(53):536-541

<https://doi.org/10.36171/jamd23.26.S3.6>

Abstract

PDF

Organizzazione di un ambulatorio di "tecn servizio di diabetologia territoriale

V. Guardasole, G. Cazzetta, I. Romano, F. Fico, G. De Morelli,
JAMD 2023;26(53):542-546

<https://doi.org/10.36171/jamd23.26.S3.7>

Abstract

PDF

Percorso organizzativo-assistenziale per l' avanzati di infusione insulinica automatica diabetologiche italiane

D.E. Disoteco, E. Gabellieri, A. Girelli, I. Pastore, A. Rossi

JAMD 2023;26(53):547-553

TEMA 3

Il ruolo del teleconsulto nella gestione del paziente diabetico

JAMD 2023;26(53):554-555

PDF

Percorso per il teleconsulto medico-Diabetologico e Casa di Comunità

D. Daffra, C. Lencioni, M. Occhipinti, V. Resi, E. Salu

JAMD 2023;26(53):556-561

<https://doi.org/10.36171/jamd23.26.S3.9>

Abstract

PDF

Sviluppo di un PDTA sul teleconsulto Regione Lombardia

C. Massafra, P.S. Morpurgo

JAMD 2023;26(53):562-567

<https://doi.org/10.36171/jamd23.26.S3.10>

Abstract

PDF

TEMA 4

Diabete di tipo 2 e approccio multidisciplinare e multiprofessiona

JAMD 2023;26(53):568-569

TEMA 4

Diabete di tipo 2 e appro multidisciplinare e multi

JAMD 2023;26(53):568-569

PDF

Miglioramento e appro progetto di approccio mu di tipo 2 ad elevata comp

L. Biasi, F. Pellicano

JAMD 2023;26(53):570-575

<https://doi.org/10.36171/jamd23>

Abstract

PDF

Presenza in carico e follow u della persona con diabet

C. Alagona, V. Frison, A. Marangoni

JAMD 2023;26(53):576-580

<https://doi.org/10.36171/jamd23>

Abstract

PDF

PDTA del diabete e Rete ideale a quello reale

M. Cristofaro, A. Minnucci, L. Sant

JAMD 2023;26(53):581-588

<https://doi.org/10.36171/jamd23>

Abstract

PDF

TEMA 5

Complicanze del diabete e loro gestione: il piede diabetico

JAMD 2023;26(53):589-590

PDF

Strutturazione di un centro di secondo livello p diagnosi e cura del piede diabetico in un conte lombardo

E. Spreafico, A. Caretto, F. Cecoli, M. Barrasso, G. Di Vieste

JAMD 2023;26(53):591-596

<https://doi.org/10.36171/jamd23.26.S3.14>

Abstract

PDF

Screening e prevenzione primaria del Piede di podologo nelle Case di Comunità. Progetto pilo Toscana

I. Casadidio, C. Goretti, C. Lamanna, F. Pancani, M. Seghieri

JAMD 2023;26(53):597-602

<https://doi.org/10.36171/jamd23.26.S3.15>

Abstract

PDF

TEMA 6

Il diabete gestazionale e i processi di presa in carico

JAMD 2023;26(53):5103-5104

TEMA 6

Il diabete gestazionale e i processi di presa in carico

JAMD 2023;26(53):5103-5104

PDF

PDTA del diabete gestazionale e Telemedicina nella Regione Friuli Venezia Giulia

A. Petrucco, M. Carpentieri, S. Galasso, C. Gottardi, A. Da Porto

JAMD 2023;26(53):5105-5110

<https://doi.org/10.36171/jamd23.26.S3.16>

Abstract

PDF

Riprogettazione dei processi assistenziali dedicati alla donna con diabete gestazionale nell'UOSD di Endocrinologia e diabetologia dell'AO San Giovanni Addolorata - Roma

D. Fava, F. Lanti, V. Mastrilli

JAMD 2023;26(53):5111-5116

<https://doi.org/10.36171/jamd23.26.S3.17>

Abstract

PDF



Modernità e Lungomiranza di AMD



TEMA 1

DIABETE, PDTA e DM 77

JAMD 2023;26(53):57-58

PDF

Proposta di implementazione e adeguamento del Percorso di Salute e Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale Diabete Mellito (PSDTA) DM1 e DM2 della Rete Endocrino-Diabetologica della Regione Piemonte alle indicazioni del DM 77/2022

K. Bonomo, E. Cantino, U. Goglia, R. Manti

JAMD 2023;26(53):59-515

<https://doi.org/10.36171/jamd23.26.53.2>



La Modernità e Lungomiranza di AMD



TEMA 1

Proposta di implementazione e adeguamento del Percorso di Salute e Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale Diabete Mellito (PSDTA) DM1 e DM2 della Rete Endocrino-Diabetologica della Regione Piemonte alle indicazioni del DM 77/2022

Proposal for the implementation and adaptation of 1DM and T2DM mellitus Clinical Pathway of the Piedmont Region Diabetes Endocrine Network to the indications of the National Decree 77/2022

Katia Bonomo¹, Elena Cantino², Umberto Goglia³, Roberta Manti⁴
¹SSD Malattie Endocrine e Diabetologia, ASLTO3, Pinerolo (TO). ²SC Endocrinologia e Malattie Metaboliche, ASL AT, Asti. ³SC Endocrinologia e Diabetologia Territoriale, ASLCNI, Cuneo. ⁴SC Diabetologia Territoriale, ASLTO5, Chieri (TO)

Corresponding author: ka.bonomo@tiscali.it

Tabella 1 | Figure professionali coinvolte nella presa in carico del paziente con DM: viene indicata la pertinenza operativa, se territoriale (T), in area ospedaliera (O) o in entrambe (T/O). SAI = specialista ambulatoriale interno. In grassetto è indicata la preponderanza del setting lavorativo.

Figure Professionali		Area di Pertinenza		
		T	O	T/O
MEDICI				
Personale Convenzionato	MMG	X		
	SAI	X		X
Personale Dipendente	Dirigenti Medici Specialisti		X	X
PROFESSIONI SANITARIE	Dietisti			X
	Psicologi			X
	Podologi	X		
INFERMIERI	Infermieri Professionali dedicati			X
	Infermiere di famiglia o di comunità	X		
COMPARTO	Amministrativi			X
PERSONALE SOCIO-SANITARIO	Assistenti Sociali	X		

La Modernità e Lungomiranza di AMD



TEMA 1

Proposta di implementazione e adeguamento del Percorso di Salute e Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale Diabete Mellito (PSDTA) DM1 e DM2 della Rete Endocrino-Diabetologica della Regione Piemonte alle indicazioni del DM 77/2022

Proposal for the implementation and adaptation of IDM and T2DM mellitus Clinical Pathway of the Piedmont Region Diabetes Endocrine Network to the indications of the National Decree 77/2022

Katia Bonomo¹, Elena Cantino², Umberto Goglia³, Roberta Manti⁴

¹SSD Malattie Endocrine e Diabetologia, ASLTO3, Pinerolo (TO), ²SC Endocrinologia e Malattie Metaboliche, ASL AT, Asti, ³SC Endocrinologia e Diabetologia Territoriale, ASLCN1, Cuneo, ⁴SC Diabetologia Territoriale, ASLTO5, Chieri (TO)

Corresponding author: ka.bonomo@tiscali.it

Tabella 2 | Figure professionali coinvolte nei processi con il rispettivo livello di coinvolgimento e responsabilità.

PROCESSI	ORGANIZZAZIONE						
	MMG	Altro Specialista	Infermiere servizio	COT	Diabetologo	Paziente	Direzione Distretto
Invio DEMA Medicina Primaria	R	-	-	A	I	I	I
Invio DEMA Specialistica	-	R	-	A	I	I	I
Valutazione Richiesta	I	-	R	I	A	-	I
TV	I	-	C	I	A	C	I
TC Diabetologo-Medico	R	-	C	I	A	I	I
TC Diabetologo-Infermiere	-	-	R	I	A	C	I
Presa in carico	R	I	C	-	A	I	I
Visita Medica Diabetologo	I	-	C	-	R	I	-
Visita Medica Specialista	I	R	I	-	A	I	-
GID	R	C	I	-	A	I	I
CIG	I	R	I	I	A	I	I
ETS	I	I	R	C	A	I	-

GID = Gestione Integrata Diabete; CIG = consulto Interdisciplinare di Gruppo; ETS = Educazione Terapeutica Strutturata = TV: Televista; TC = Teleconsulto; R = Responsabile; A = Accountable; C = Consulted; I = Informed.

La Modernità e Lungomiranza di AMD



TEMA 1

Proposta di implementazione e adeguamento del Percorso di Salute e Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale Diabete Mellito (PSDTA) DM1 e DM2 della Rete Endocrino-Diabetologica della Regione Piemonte alle indicazioni del DM 77/2022

Proposal for the implementation and adaptation of 1DM and T2DM mellitus Clinical Pathway of the Piedmont Region Diabetes Endocrine Network to the indications of the National Decree 77/2022

Katia Bonomo¹, Elena Cantino², Umberto Goglia³, Roberta Manti⁴

¹SSD Malattie Endocrine e Diabetologia, ASLTO3, Pinerolo (TO). ²SC Endocrinologia e Malattie Metaboliche, ASL AT, Asti. ³SC Endocrinologia e Diabetologia Territoriale, ASLCN1, Cuneo. ⁴SC Diabetologia Territoriale, ASLTO5, Chieri (TO)

Corresponding author: ka.bonomo@tiscali.it

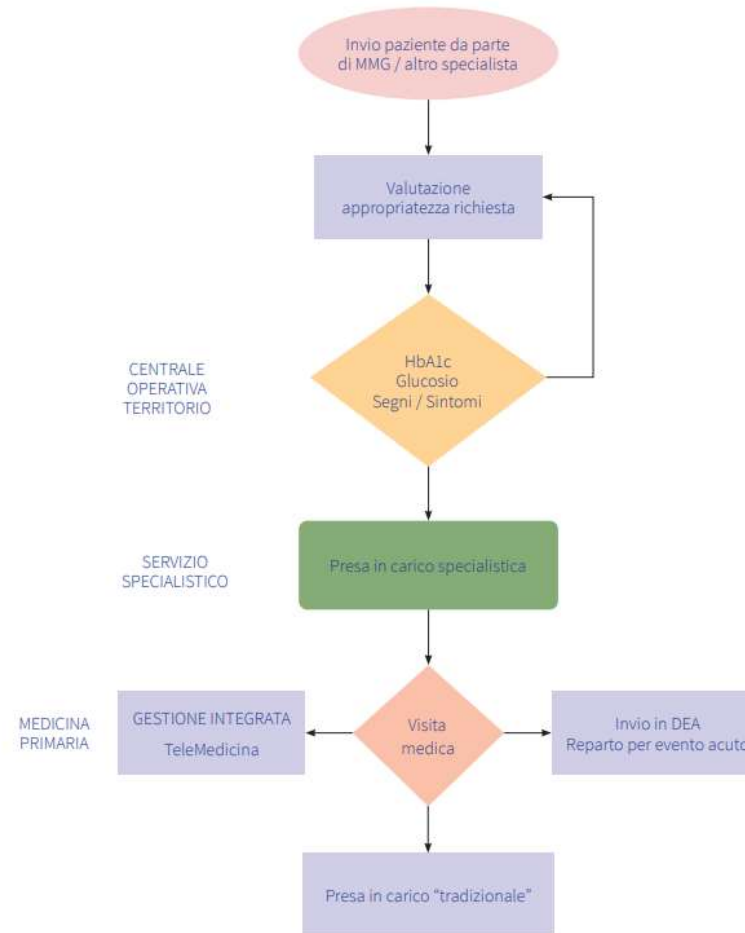


Figura 1 | Flow-chart integrativa al PSDTA, che prevede l'invio del paziente attraverso una DEMA da parte di MMG/altro specialista e la successiva valutazione della appropriatezza da parte degli operatori del COT coinvolti nella presa in carico condivisa della persona con DM. In azzurro le aree di pertinenza Medicina Primaria/Specialistica Territoriale, in verde le aree di integrazione COT, in rosso le aree ad elevata complessità organizzativa (ospedali/case di cura di secondo livello).

La Modernità e Lungomiranza di AMD



TEMA 1

Proposta di implementazione e adeguamento del Percorso di Salute e Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale Diabete Mellito (PSDTA) DM1 e DM2 della Rete Endocrino-Diabetologica della Regione Piemonte alle indicazioni del DM 77/2022

Proposal for the implementation and adaptation of IDM and T2DM mellitus Clinical Pathway of the Piedmont Region Diabetes Endocrine Network to the indications of the National Decree 77/2022

Katia Bonomo¹, Elena Cantino², Umberto Goglia³, Roberta Manti⁴

¹SSD Malattie Endocrine e Diabetologia, ASLTO3, Pinerolo (TO). ²SC Endocrinologia e Malattie Metaboliche, ASL AT, Asti. ³SC Endocrinologia e Diabetologia Territoriale, ASLCLN1, Cuneo. ⁴SC Diabetologia Territoriale, ASLTO5, Chieri (TO)

Corresponding author: ka.bonomo@tiscali.it

Tabella 3 | Indicatori di qualità per l'assistenza alla persona con diabete mellito.

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	CERTIFICATORE
Formazione MMG	N° incontri con équipe MMG per discussione PSDTA per anno, per almeno 2 incontri/anno	100% dei pianificati	Direzione Distretto
Formazione Infermiere di famiglia/comunità	N° incontri con équipe Infermieristica per discussione ETS per anno, per almeno 2 incontri/anno	100% dei pianificati	Direzione Distretto
Rafforzamento Rete Territoriale	N° pazienti tipo 2 in GID per Servizio/ N° pazienti tipo 2 residenti nel Distretto o ASL	+ 5% di pazienti in GID per anno	RRD
Attivazione e Rafforzamento TLM	N° pazienti inviati da MMG al Servizio di Diabetologia gestiti in TM / N° pazienti inviati in visita tradizionale	5% dei pazienti inviati	COT
Implementazione rete specialistica "costruita" sul paziente	N° pazienti inviati in Consulto Interdisciplinare di Gruppo / N° pazienti inviati in visita specialistica	5% dei pazienti inviati	SD



La Modernità e Lungomiranza di AMD

TEMA 1

Proposta di implementazione e adeguamento del Percorso di Salute e Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale Diabete Mellito (PSDTA) DM1 e DM2 della Rete Endocrino-Diabetologica della Regione Piemonte alle indicazioni del DM 77/2022

Proposal for the implementation and adaptation of ID1 and T2DM mellitus Clinical Pathway of the Piedmont Region Diabetes Endocrine Network to the indications of the National Decree 77/2022

Katia Bonomo¹, Elena Cantino², Umberto Goglia³, Roberta Manti⁴

¹SSD Malattie Endocrine e Diabetologia, ASLTO3, Pinerolo (TO). ²SC Endocrinologia e Malattie Metaboliche, ASL AT, Asti. ³SC Endocrinologia e Diabetologia Territoriale, ASLCLN1, Cuneo. ⁴SC Diabetologia Territoriale, ASLTO5, Chieri (TO)

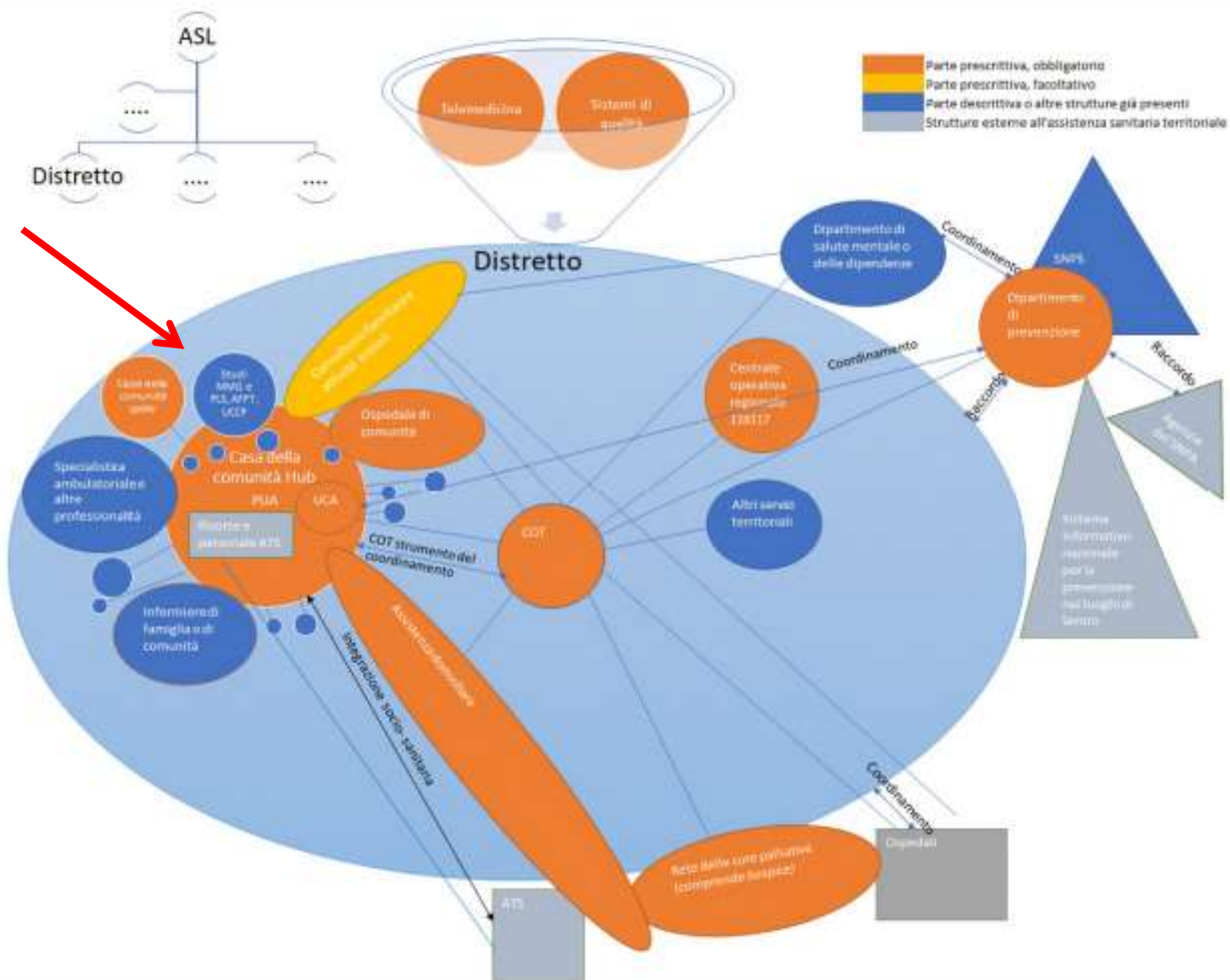
Corresponding author: ka.bonomo@tiscali.it

Tabella 4 | SWOT Analysis: si riportano i principali punti di forza, debolezza, le opportunità e le minacce che sono state individuate per l'applicazione del modello proposto.

STRENGTHS (punti di forza)	WEAKNESS (punti di debolezza)
Formazione Figure Professionali Territorio Maggiore consapevolezza della presa in carico condivisa Conoscenza e Diffusione Nota100 Ottimizzazione risorsa tempo del paziente Definizione di un percorso omogeneo per tutto il territorio regionale Definizione degli indicatori e obiettivi di monitoraggio chiari e condivisibili. Maggior raggiungimento di consapevolezza, empowerment ed engagement paziente	Disomogeneità della popolazione MMG Disomogeneità obiettivi di MMG e altri Specialisti Disomogeneità collocazione territoriale delle risorse Riduzione del tempo dedicato alla visita medica tradizionale
OPPORTUNITIES (opportunità)	THREATS (minacce)
Integrazione PSDTA con le richieste del DM 77/2022 Maggiore capillarità territoriale intervento sanitario Maggiore equità distribuzione opportunità terapeutiche	Aumento TLM con distacco del momento sanitario della visita Aumento rischio di visite di <i>screening</i> e non di intervento terapeutico (aumento inerzia clinica) Sensazione di "abbandono" del paziente dalla valutazione medica, con creazioni di percorsi privilegiati rispetto a percorsi di seconda linea (non medici)



Fig. 1 – Il modello della nuova assistenza sanitaria territoriale



AFT

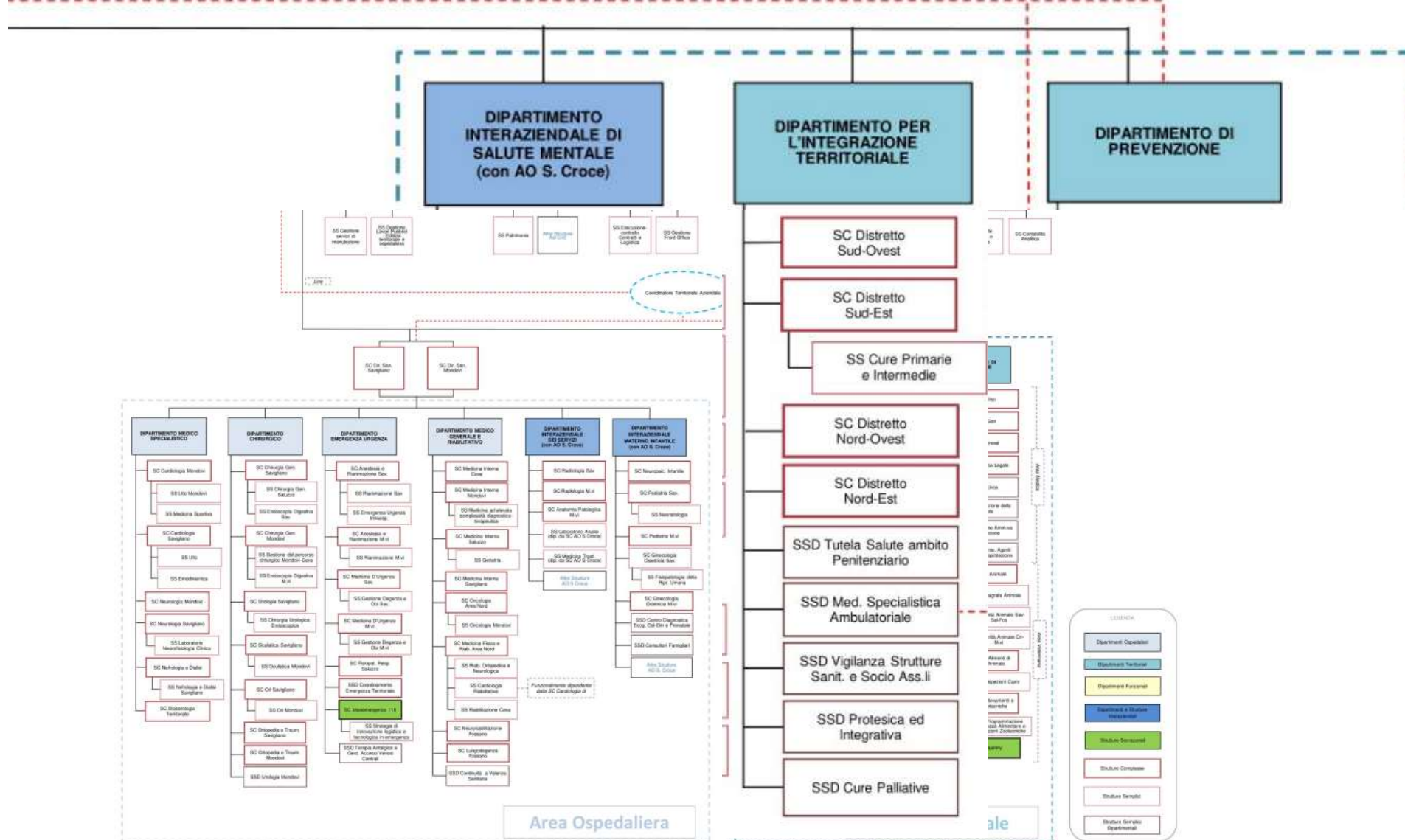
**Aggregazione
Funzionale
Territoriale**

UCCP

**Unità
Cure
Complesse
Primarie**

Coordinatore Territoriale Aziendale

ESPERIENZA di UNA ASL



LEGENDA

- Dipartimento Ospedaliero
- Dipartimento Territoriale
- Dipartimento Preventivo
- Dipartimento di Salute Integrativa
- Struttura Specialistica
- Struttura Complessa
- Struttura Semispecialistica
- Struttura Servizio Dipartimentale

ale

ESPERIENZA di UNA REGIONE



Deliberazione 0000101/01.00/2024 del 09/04/2024 Pagina 1 di 1



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria ZERO

Costituita con D.P.G.R. 18/02/2022 n. 9
Cod. fiscale/P.I. 12685160017
Sede legale: Via San Secondo, 29 bis - 10128 Torino

Verbale di deliberazione del Direttore Generale, Ing. Adriano LELI

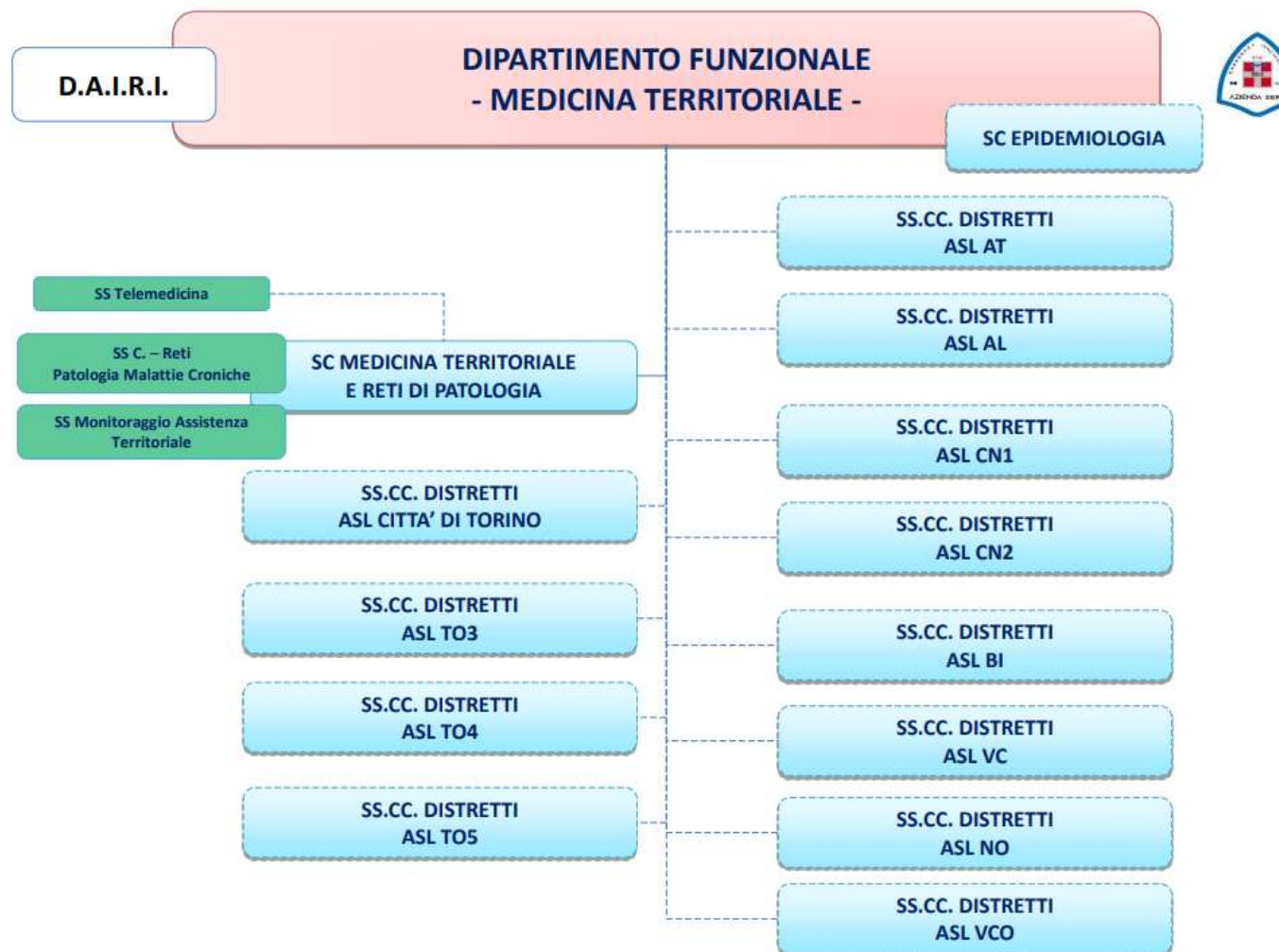
n. 101/01.00/2024 del 09 Aprile 2024

OGGETTO: Recepimento D.G.R. n. 21-8343 del 25/03/2024 "Atti aziendali delle AA.SS.RR - Azienda Sanitaria Regionale Zero. Atto nr. 0000281/01.00/2023 del 27/12/2023 integrato con Atto nr. 31/01.00/2024 del 09.02.2024 "Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Zero della Regione Piemonte di cui alla deliberazione nr. 2/01.00/2022 del 13/06/2022 come integrata con deliberazione nr. 281/01.00/2023 del 27/12/2023 - aggiornamento". Recepimento regionale con prescrizioni ai sensi della D.C.R. n.167-14087 del 3.04.2012, all. A, Par. 5.1".

L'anno *Duemilaventiquattro*, il giorno *Nove* del mese di *Aprile*, in Torino, presso l'Azienda Sanitaria ZERO, in sede di via S. Secondo, 29 bis

art.14

- evidenziato la necessità che le funzioni sovrazionali di tipo dipartimentale di coordinamento previste dall'Azienda (Management e Gestione Reti Emergenza, Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi e Ingegneria Clinica, Area Epidemiologica, Farmaceutica, Medicina Territoriale) siano ricondotte alle tipologie organizzative previste dalla D.G.R. n. 42-1921 del 27/07/2015, All. A, s.m.i. e pertanto le predette funzioni devono essere come segue rideterminate:
 - Dipartimento Strutturale - Management e Gestione Reti Emergenza;
 - Dipartimento Funzionale – Acquisti;
 - Dipartimento Funzionale – Sistemi Informativi e Ingegneria Clinica;
 - Dipartimento Funzionale – Area Epidemiologica;
 - Dipartimento Funzionale – Rete Logistica Distributiva;
 - Dipartimento Funzionale – Medicina Territoriale.



Sanità

La medicina territoriale del Piemonte tra le migliori d'Italia

Redazione

ufficiostampa.giuntaregionale@regions.piemonte.it

11 Febbraio 2023

L'assessore alla Sanità, **Luigi Genesio Icardi** si sofferma sui punteggi ottenuti con il Nuovo sistema di garanzia, che valuta in maniera distinta le tre aree di assistenza (ospedale, distretto e prevenzione) attribuendo a ciascuna un valore compreso tra zero e cento e considera raggiunta l'erogazione dei Lea se il punteggio assegnato è pari o superiore a 60 punti: **"Il Piemonte ha abbondantemente superato la soglia di adempienza in tutte e tre le aree di assistenza**, in un anno particolarmente complicato come quello in cui ha avuto inizio la pandemia. L'Area distrettuale, che comprende la medicina territoriale e ambulatoriale, si è attestata a 91,26 punti, tra le migliori a livello nazionale, l'Area prevenzione collettiva e sanità pubblica ha ottenuto 76,08 punti, collocando la nostra Regione tra le 10 con punteggio migliore. Sull'Area ospedaliera, il Piemonte raggiunge una valutazione di 75,05 punti, di poco inferiore a quella ottenuta da Lombardia e Veneto".





COSTITUZIONE DI UN GRUPPO DI LAVORO DI ESPERTI PER IL COORDINAMENTO DELLA MEDICINA TERRITORIALE REGIONALE

COMPONENTI:

- Dott.ssa Federica RICCO, Responsabile f.f. SC Medicina Territoriale e Reti di Patologia Azienda Zero, Dirigente Medico di Igiene ASL VC, individuata quale coordinatore del Gruppo di Lavoro;
- Dott.ssa Renata GILI, Collaboratore avvio attività SC Medicina Territoriale e Reti di Patologia Azienda Zero, Dirigente Medico di Igiene ASL Città di Torino;
- Dott. Antonino Maria COTRONEO, Commissario Dipartimento Funzionale Continuità delle Cure Ospedale – Territorio ASL Città di Torino;
- Dott.ssa Stefania ORECCHIA, Collaboratore avvio attività SC Medicina Territoriale e Reti di Patologia Azienda Zero, Direttore Distretto Sud-Est ASL Città di Torino;
- Dott.ssa Franca SIRI, Pediatra di Libera Scelta;
- Dott.ssa Paola VARESE, Referente Clinico dei Progetti di Telemedicina nell'ambito dell'attività della SC Medicina Territoriale e Reti di Patologia Azienda Zero, Direttore SC Medicina ad indirizzo oncologico ASL AL;
- Dott. Fabiano ZANCHI, Responsabile avvio attività SC DIPSA Azienda Zero, Direttore f.f. SC DIPSA ASL Città di Torino;
- Un rappresentante individuato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino, con competenze di MMG.

ATTIVITA':

Nell'ambito dell'Area Innovazione Strategica di Azienda Zero è istituita la SC Medicina Territoriale e Reti di Patologia, cui sono attribuite le funzioni di coordinamento in materia di Medicina Territoriale, con particolare riferimento ai percorsi di presa in carico e gestione dei pazienti fragili-cronici e di continuità ospedale-territorio, nonché delle attività relative all'assistenza primaria, nonché le attività di coordinamento e pianificazione delle misure necessarie all'attuazione del PNRR sul territorio piemontese riguardanti la sanità territoriale, che sarà riorganizzata, sotto la regia di Azienda Zero, attraverso gli ospedali di comunità, le case di comunità, le centrali operative territoriali e le altre attività definite dal DM 77/2022 e, infine, il coordinamento delle attività inerenti la Missione 6 del PNRR anche attraverso l'integrazione sociosanitaria con Servizi sociali dei Comuni del territorio piemontese sia per quanto riguarda le Case di Comunità e sia per l'assistenza domiciliare.





SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria ZERO

Costituita con D.P.G.R. 18/02/2022 n. 9
Cod. fiscale/P.I 12685160017
Sede legale: Via San Secondo, 29 bis – 10128 Torino

Verbale di deliberazione del Direttore Generale, Ing. Adriano LELI

n. 248/01.00/2024 del 19 Agosto 2024

OGGETTO: **Approvazione Linee di Indirizzo e PSDTA con analisi di impatto delle seguenti reti cliniche di patologia: Endocrino-diabetologia, Oftalmologia e Gastroenterologia**

L'anno *Duemilaventiquattro*, il giorno *Diciannove* del mese di *Agosto*, in Torino, presso l'Azienda Sanitaria ZERO, in sede di via S. Secondo, 29 bis



DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa:

Deliberazione sottoscritta digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e s.m.i. e norme collegate; conservata in originale, nella procedura di gestione atti, ai sensi di legge.

2

- 1) di approvare le Linee di Indirizzo ed il PSDTA sull'analisi di impatto delle seguenti reti cliniche di patologia: Endocrino-diabetologia, Oftalmologia e Gastroenterologia, pervenute a mezzo dei gruppi tecnici di patologia;
- 2) di dare atto che il presente provvedimento, ex se, non comporta oneri di spesa
- 3) di dichiarare la presente deliberazione immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art. 28 della legge regionale 24 gennaio 1995, n. 10, al fine di consentire lo svolgimento delle attività connesse



XII CONVEGNO NAZIONALE
FONDAZIONE AMD

ROMA
16-18 maggio 2024



2023

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

6° Rapporto GIMBE sul
Servizio Sanitario Nazionale

- L'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie è disallineata rispetto ai bisogni di salute (figura 3.27): infatti, se da un lato una quota di bisogni non viene adeguatamente soddisfatta (sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriate), dall'altro una parte della spesa sanitaria viene utilizzata per servizi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate (sovra-utilizzo), anche in conseguenza di un'aumentata domanda dei cittadini influenzata dalla medicalizzazione della società.

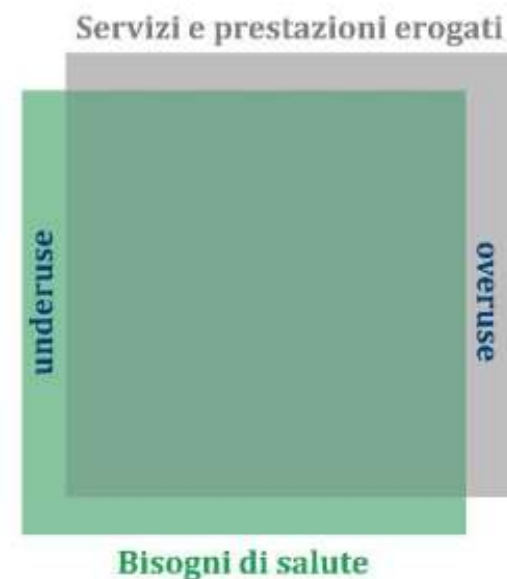


Figura 3.27. Relazione tra bisogni di salute ed erogazione di servizi e prestazioni



XII CONVEGNO NAZIONALE FONDAZIONE AMD

ROMA
16-18 maggio 2024



2023

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

6° Rapporto GIMBE sul
Servizio Sanitario Nazionale

Spesa pubblica (figura 3.28). L'81% viene utilizzato per servizi e prestazioni che migliorano gli esiti di salute (*high value expenditure*), mentre il rimanente 19% alimenta sprechi e inefficienze, di cui:

- Il 50% non si traduce in servizi (*no value expenditure*) in quanto eroso da frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, inefficienze amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza.
- Il 30% viene utilizzato per erogare servizi e prestazioni non necessari (sovra-utilizzo) e per gestire gli outcome di salute sfavorevoli conseguenti alla sovra-diagnosi e al sovra-trattamento (*low/negative value expenditure*).
- Il 20% viene utilizzato per gestire il peggioramento degli outcome di salute conseguenti alla mancata erogazione (sotto-utilizzo) di prestazioni efficaci e appropriate (*low/negative value expenditure*).

Servizi e prestazioni erogati





RISORSE

SCELTE

LIMITE