

Il Piano della Cronicità nella Regione Piemonte

Domande



- Perché parlare di cronicità in Regione Piemonte?
- Come è stato inteso il Piano della Cronicità?
- Quali potranno essere le risposte della programmazione sanitaria e socio-sanitaria?

I numeri della Sanità nella Regione Piemonte: la complessità

Città di Torino



- 4.400.000 abitanti
- 12 ASL
- 34 Distretti
- 3 AO e 3 AOU
- 3 IRCCS
- 6 Presidi classificati
- 37 CdC private accreditate
- 633.000 ricoveri
- 4.790.000 giornate di degenza
- 1.750.000 accessi di PS

Indicatori di struttura demografica

Tabella 2.7 Indicatori di struttura demografica, per regione (1 gennaio 2016)

Regioni	Abitanti	% 0-14 anni	% 65+	Età media	Indice di dipendenza strutturale (1)	Tasso di crescita per 1.000 ab. (2)	Indice di vecchiaia (3)
Piemonte	4.404.246	12,8%	24,8%	46,4	60,2	-4,6	193,7
Valle d'Aosta	127.329	13,7%	22,8%	45,3	57,6	-7,6	166,7
Lombardia	10.008.349	14,1%	21,9%	44,6	56,2	0,6	155,7
PA Bolzano	520.891	16,0%	19,1%	42,3	54,1	4,6	119,9
PA Trento	538.223	14,8%	21,1%	43,9	56,1	1,5	142,1
Veneto	4.915.123	13,8%	22,0%	43,1	55,8	3,0	159,2
Friuli-Venezia Giulia	1.221.218	12,4%	25,5%	44,8	61,0	-2,5	204,7
Liguria	1.571.053	11,5%	28,2%	46,9	65,8	-4,8	246,5
Emilia-Romagna	4.448.146	13,4%	23,6%	48,5	58,8	-7,7	175,6
Toscana	3.744.398	12,8%	24,9%	45,7	60,4	-0,5	195,4
Umbria	891.181	12,9%	24,8%	46,5	60,5	-2,2	192,4
Marche	1.543.752	13,1%	24,0%	46,3	59,0	-4,0	183,9
Lazio	5.888.472	13,7%	21,0%	45,9	53,1	-4,6	152,9
Abruzzo	1.326.513	12,7%	22,9%	44,3	55,5	-0,7	180,1
Molise	312.027	11,7%	23,6%	45,4	54,7	-3,8	201,4
Campania	5.850.850	15,2%	17,9%	46,0	49,4	-4,2	117,3
Puglia	4.077.166	13,8%	20,9%	41,7	53,2	-1,8	151,5
Basilicata	573.694	12,5%	21,9%	43,7	52,5	-3,2	175,7
Calabria	1.970.521	13,6%	20,5%	44,9	51,9	-5,1	150,8
Sicilia	5.074.261	14,3%	20,2%	43,6	52,6	-3,1	141,3
Sardegna	1.658.138	11,8%	22,1%	43,1	51,2	-3,5	187,9
ITALIA	60.665.551	13,7%	22,0%	45,7	55,5	-3,1	161,4

(1) Calcolato come rapporto tra la somma della popolazione anziana e infantile ed il numeratore la popolazione adulta (15-64 anni) ed il denominatore moltiplicato per 100.

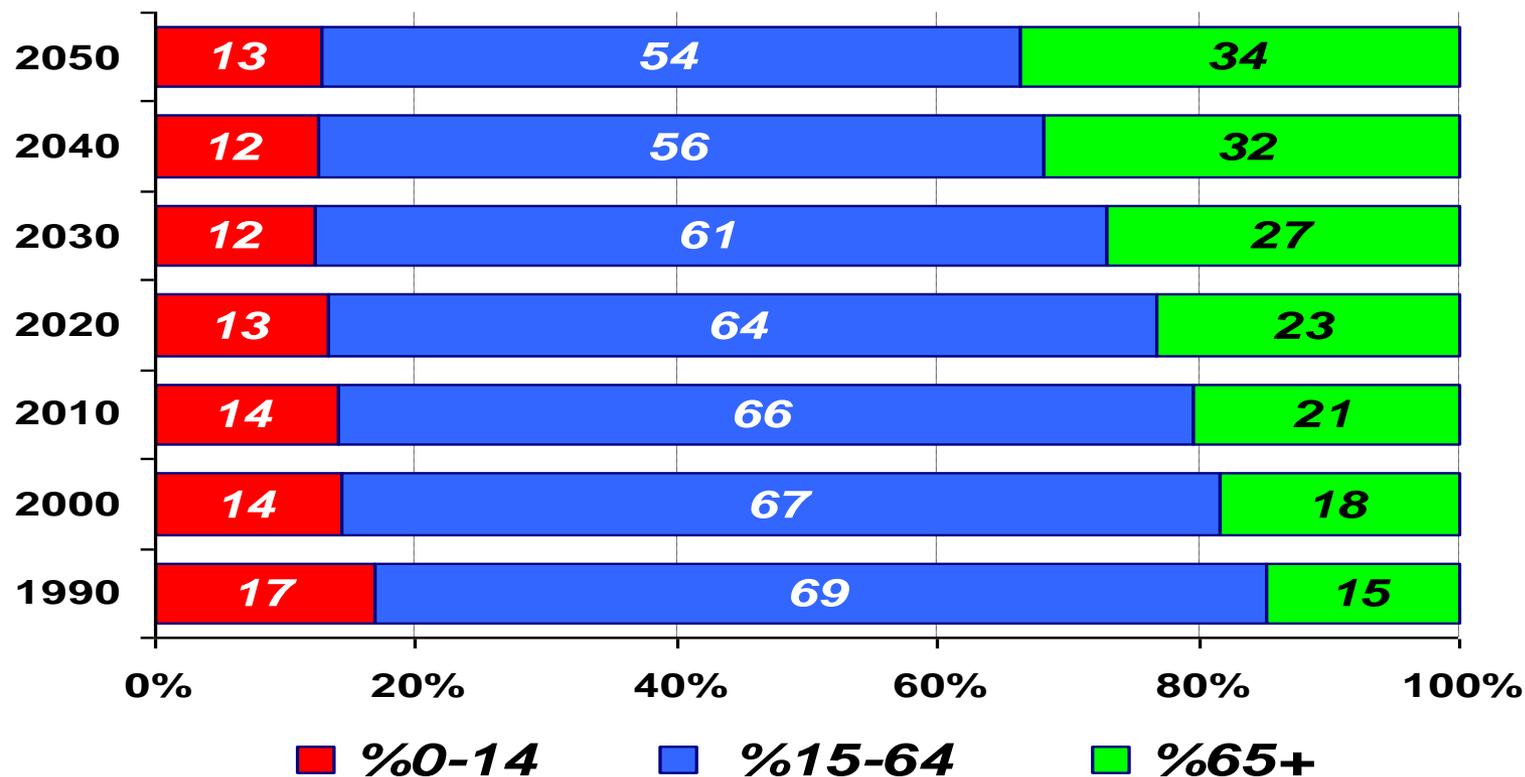
Uno dei punti critici (Piemonte)

Struttura, salute e bisogni della popolazione piemontese

Demografia	Piemonte		Italia	
	2007	2016	2007	2016
Struttura demografica				
Abitanti ¹	4.377.047	4.392.526	59.375.288	60.665.551
Popolazione ≥ 65 anni (%) ²	22,7	24,9	20	22,2
Popolazione ≥ 85 anni (%) ²	2,6	3,8	2,3	3,4
Indice di vecchiaia (x 100) ²	180,7	195,6	142,2	163,4
Indice di dipendenza (x 100) ²	54,4	60,4	51,6	55,7
Età media forza lavoro (2005-2012) ³	39,6	42,0	39,2	41,4

Fonte: Piano Regionale Prevenzione 2014-2019

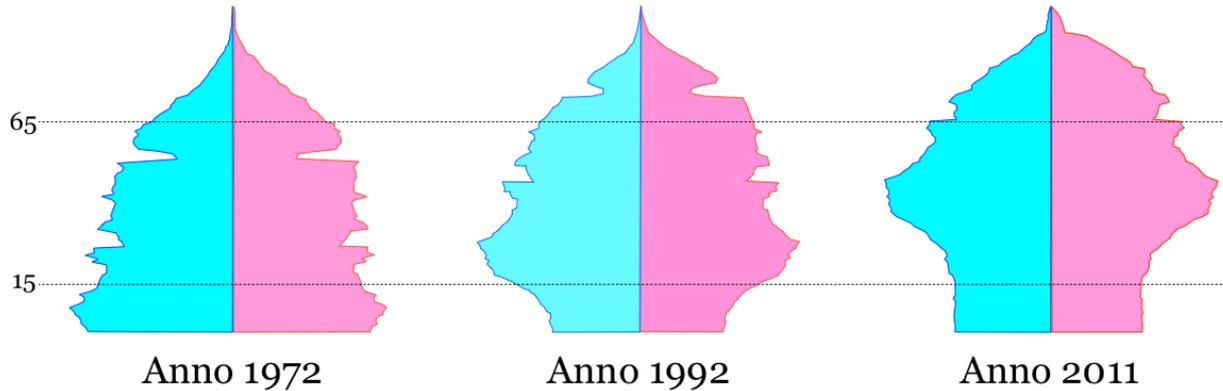
Gli anziani oggi e domani



Fonte dati ISTAT: previsioni demografiche 2005 - 2050

Situazione demografica ITALIA

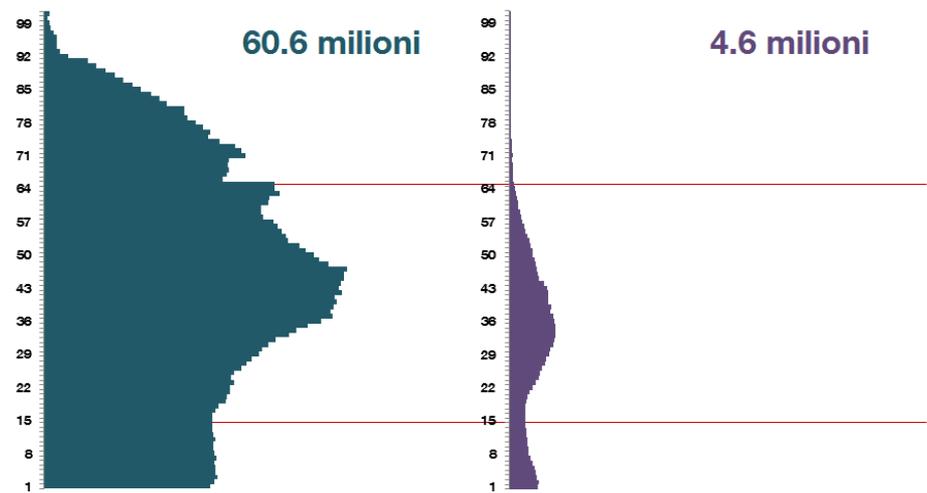
Maschi Femmine



Elaborazione su grafici ISTAT

Piramide Demografica

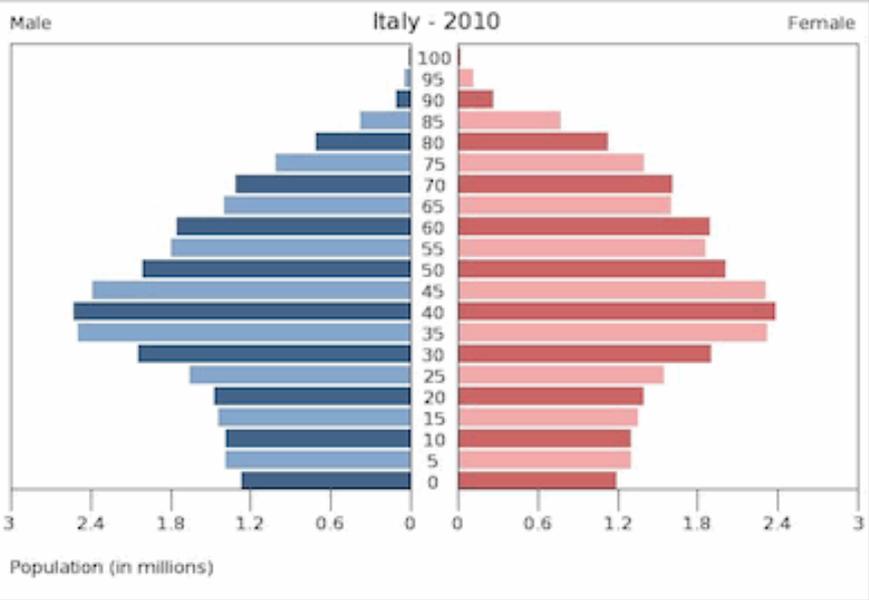
popolazione italiana nel... **2011** ...di cui stranieri residenti...



% Popolazione in età lavorativa (15-64 Anni)

65,7%

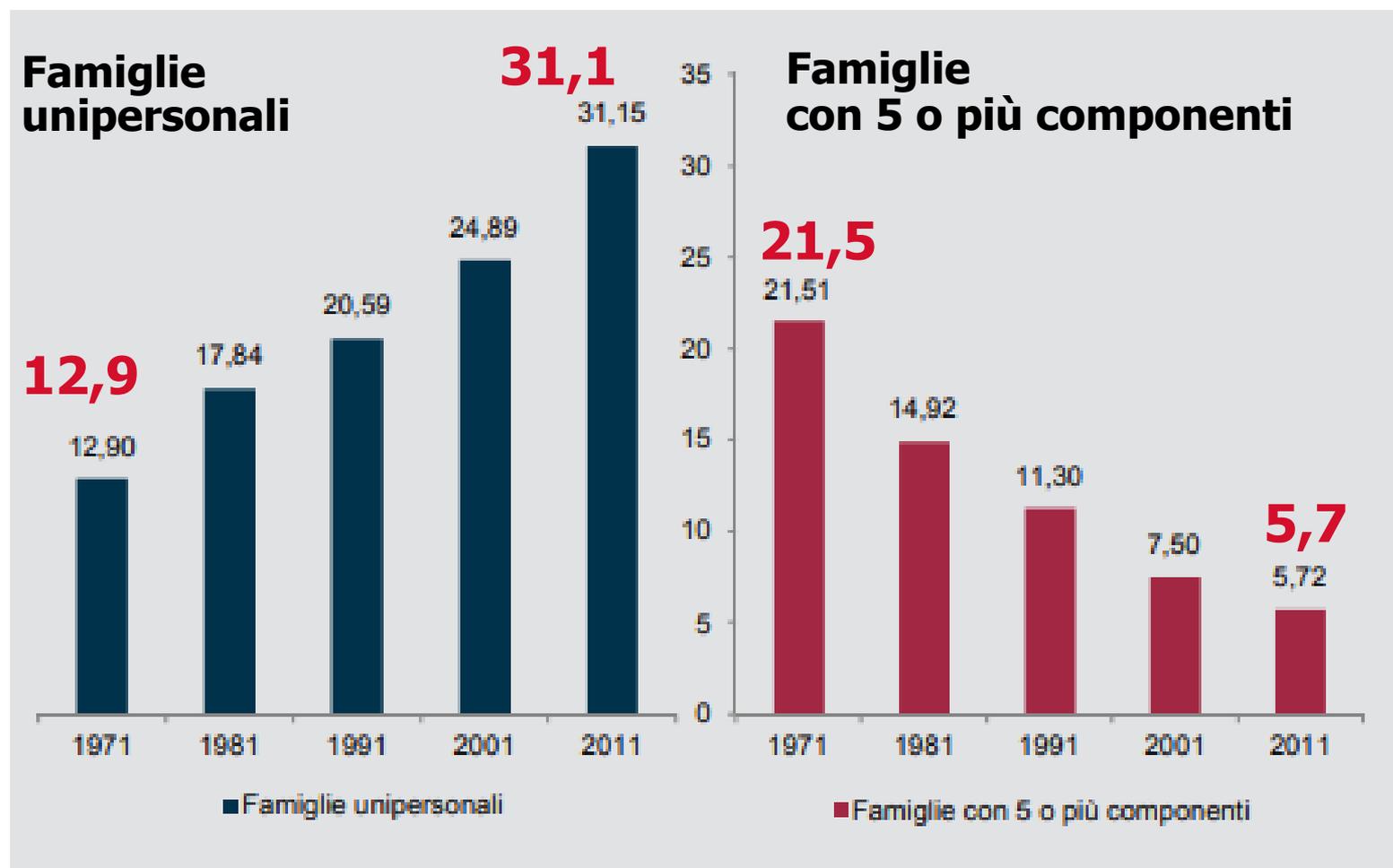
78,8%



Le comorbilità conseguenti

La composizione delle famiglie

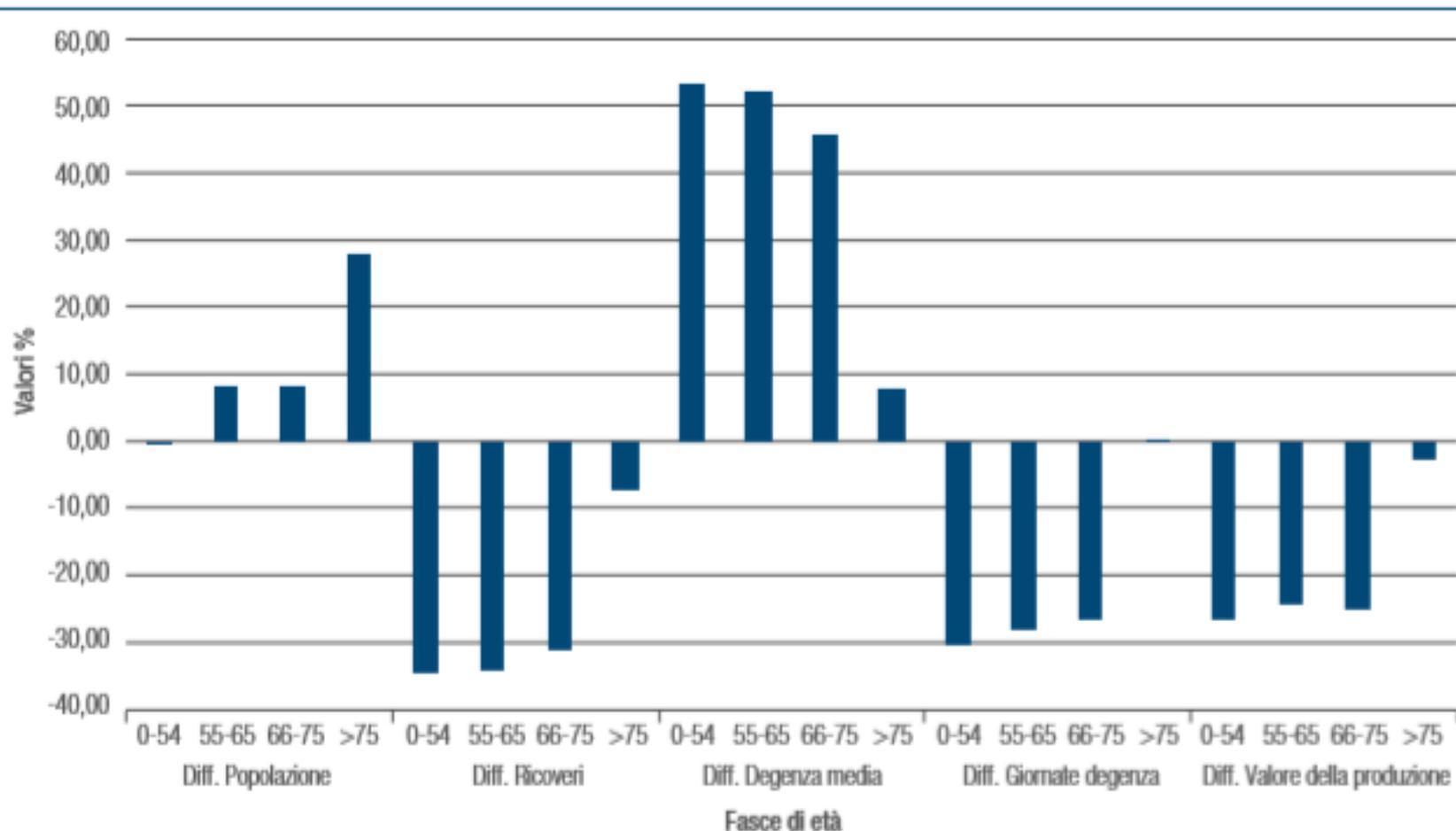
Figura 3.1 Famiglie unipersonali e con 5 o più componenti
Censimenti 1971, 1981, 1991, 2001 e 2011; valori percentuali sul totale delle famiglie



Fonte: Istat, 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni al 9 ottobre 2011 (P)

Un ospedale sempre più "geriatrizzato"

Figura 9. Variazioni dei principali indicatori di attività ospedaliera 2015-2005



Fonte: 13° Rapporto Sanità – CREA Sanità

Il Piano Nazionale della Cronicità

- IL 15 settembre 2016 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ha sancito l'Accordo - avente ad oggetto "*Piano nazionale della cronicità*" (PNC),
- Definendo, a livello nazionale, un "*disegno strategico*" per la gestione della cronicità, che le singole Regioni, tenuto conto dei servizi e delle risorse disponibili, potranno attuare sul proprio territorio.

Il Piano Regionale Cronicità: le linee di indirizzo

- Sulla base della DCR 306-29185 del 10 luglio 2018 l'Assessorato Sanità, aderendo a un principio di progettazione partecipata,
- ha promosso il coinvolgimento ed il contributo degli operatori sanitari, direzioni ASL, Direzione Coesione Sociale e altri portatori di interesse istituzionali, per lo sviluppo delle *"Linee di indirizzo regionali per il recepimento del Piano nazionale cronicità"*
- riprendendo i principi fondanti del PNC, indica gli obiettivi che la Regione Piemonte si propone di raggiungere, le relative linee di intervento e i risultati attesi.

Il Piano Regionale Cronicità: le linee di indirizzo

ALLEGATO B)

ALLEGATO B)

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI 2018-2019

PER IL RECEPIMENTO DEL PIANO NAZIONALE

CRONICITÀ

Regione Piemonte

Assessorato alla Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria

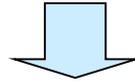
Sommario

Premesse.....	4
La sfida della cronicità: una nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti.....	5
Un diverso modello integrato ospedale/territorio.....	6
Un sistema di cure centrato sulla persona.....	7
Una nuova prospettiva di valutazione multidimensionale e di outcome personalizzati.....	7
Le cure domiciliari.....	8
Il sistema di cura.....	9
Il percorso metodologico.....	10
Il processo di cura.....	14
Fase 1. Identificazione delle popolazioni target e registrazione dei dati.....	14
Fase 2. Modifica degli stili di vita e contrasto ai fattori di rischio.....	17
Fase 3 - Presa in carico e gestione della persona con cronicità attraverso il piano di cura.....	19
Fase 3.1. Organizzazione dei servizi territoriali.....	19
Fase 3.2. Integrazione socio-sanitaria.....	22
Fase 3.3. Organizzazione dell'assistenza ospedaliera.....	23
Fase 4. Erogazione di interventi personalizzati.....	25
Fase 5. Valutazione della qualità delle cure e della qualità della vita.....	26
Aspetti trasversali dell'assistenza per la cronicità.....	28
A. Disuguaglianze sociali fragilità e/o vulnerabilità.....	29
B. Diffusione delle competenze, formazione, sostegno alla ricerca.....	29
C. Terapie e aderenza terapeutica.....	30
D. Sanità digitale, i sistemi informativi integrati.....	31
E. La telemedicina in senso lato nell'ambito della cronicità.....	32
F. Umanizzazione delle cure.....	32
G. Il ruolo delle associazioni dei pazienti e delle loro famiglie.....	33
H. Ruolo delle farmacie.....	34
I. Modalità di remunerazione per la gestione della cronicità.....	34

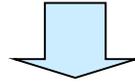


Le tappe del PRC nella Regione Piemonte

Analisi normativa e redazione **DCR 306-29185** del 10 luglio 2018
sulle **linee di indirizzo** per il recepimento del Piano Nazionale
Cronicità



Sviluppo della **Comunità di Pratica**
(luglio-settembre 2018)



Redazione dei **Piani Locali Cronicità** delle ASL/ASO
(ottobre 2018-marzo 2019)



Sviluppo del **modello strutturato**: consolidamento PLC,
stratificazione, modelli organizzativi, PDTA, sistemi operativi
trasversali
(da marzo 2019)

L'avvio "Bottom Up" del Piemonte: le Comunità di Pratica

- Nella prima fase sono state istituite nelle Aziende Sanitarie Città di Torino, TO3, CN1, VCO quattro "Comunità di Pratica", composte da esperti e specialisti nelle discipline interessate, per elaborare i modelli utilizzabili su tutto il territorio regionale.
- Sono state effettuate nel corso dell'anno 2018:
- **giornate informative** rivolte dal livello regionale a direzioni aziendali; comunità di pratica; direttori di distretto: Fascicolo Sanitario Elettronico, modelli di stratificazione; Telemedicina; Modello organizzativo discendente dalla introduzione di algoritmo di stratificazione;
- **giornate formative** per ogni Comunità di pratica.

Dalle Comunità di Pratica ai Piani Locali delle Cronicità

- Redazione al 30 marzo 2019 del Piano Locale della Cronicità
- da parte delle 12 ASL in integrazione con le ASO
- e primo livello di implementazione



Lo schema indice del Piano Aziendale per la Cronicità

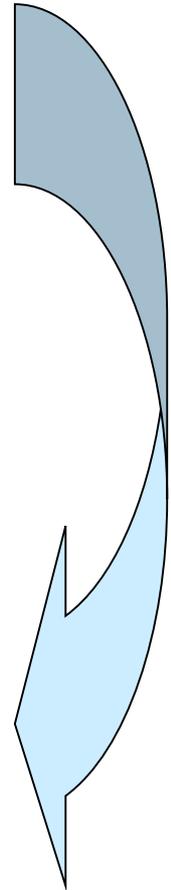
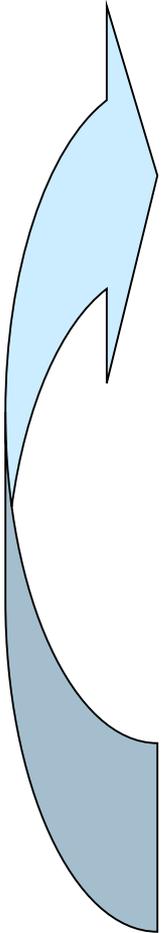
- **SCHEMA INDICE PIANI AZIENDALI PER LA CRONICITA'**
- 1. Analisi del contesto di riferimento:
- 2. Organizzazione locale del sistema socio sanitario
- 3. Modello generale di intervento / governance
- 4. Strategie, priorità e obiettivi generali
- 5. Azioni e percorsi per il cittadino con patologie croniche
- 6. Progettualità correlabili alle azioni per la cronicità.
- 7. Leve per sostenere la realizzazione del piano aziendale
- 8. Sistema informativo-informatico
- 9. Sistema formativo
- 10. Sistema di valutazione
- 11. Piano di comunicazione

Il sistema organizzativo dei PAC

- Per la redazione dei Piani Aziendali per ogni ASL sono stati previsti specifici livelli di collaborazione sotto un **unico coordinamento organizzativo**:
- **costituzione dei "Nuclei" per la Cronicità** in ogni ASL, integrate dai Nuclei delle ASO, con funzioni programmatiche, di pianificazione, valutazione, supporto al sistema regionale;
- **rappresentanze delle Comunità Locali e dei Portatori di interesse**, da coinvolgere con funzioni di consultazione, contributo, supporto alla disseminazione, raccolta e segnalazione;

Verso il modello più strutturato PAC

- Consolidamento dei PLC
- Stratificazione e stadiazione
- Sviluppo di modelli organizzativi (case della salute, CAVS, ambulatori infermieristici, nuclei operativi continuità assistenziale, e altro.)
- Sviluppo PDTA: BPCO, scompenso cardiaco, IRC, ecc.
- Meccanismi operativi trasversali omogenei: formazione, comunicazione, sistemi informativi, sistemi premianti

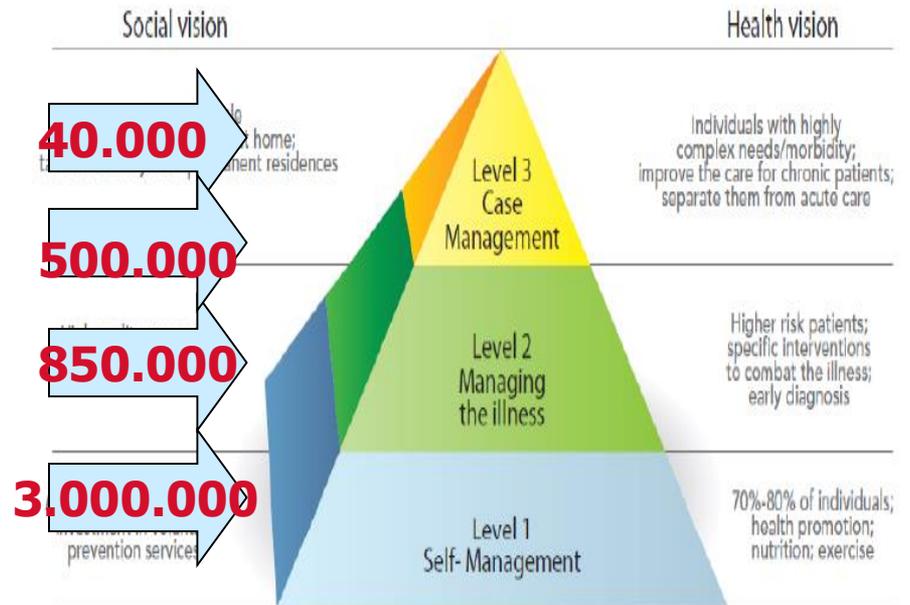


Dalla stratificazione alla gestione dei pazienti

Pyramid defined by King's Fund in the United Kingdom

Pyramid defined by King's Fund in the United Kingdom

Adapt the service to the individual



- **Palliazione**
- **Piano assistenziale individuale**
- **Percorso diagnostico terapeutico assistenziale**
- **Prevenzione**

Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

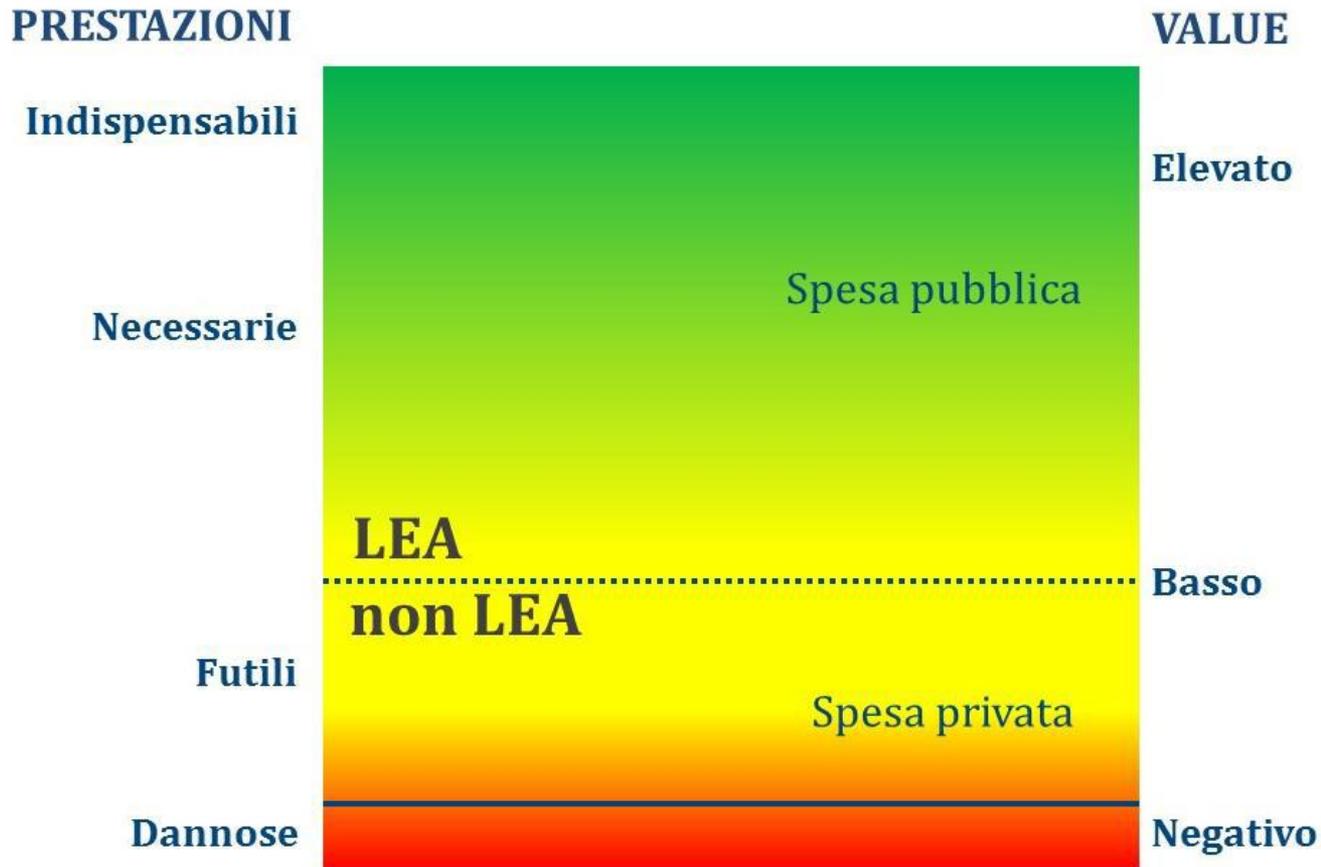
Messaggi

- La gestione della cronicità in Regione Piemonte è **fondamentale** per rispondere ai vecchi e nuovi bisogni sanitari ed organizzativi.
 - Un **primo rischio** è quello di limitare il PRC alla semplice **deliberazione formale** di un nuovo assetto.
 - Il **secondo rischio** è quello di **sottovalutare il contesto**: la cultura organizzativa, la storia passata, l'eterogeneità dei contesti locali, la dotazione di risorse.
 - Il **terzo rischio** è quello di dimenticare che l'organizzazione è fatta di **uomini** e che **le persone** sono quindi il centro di ogni modello di innovazione
-

GIMBE *evidence- & value-based* per l'aggiornamento dei LEA



Figura 30. Relazione ideale tra LEA e *value* delle prestazioni



Appunti OCSE 2017

- *Una critica all'Italia sugli effetti dei "grossi" vincoli di bilancio dopo la crisi finanziaria che, sottolinea l'Ocse, provocano preoccupazioni per quanto riguarda la capacità delle singole Regioni di fornire servizi adeguati.*
 - **Intensificare la quota di interventi extraospedalieri è ormai pratica diffusa nella maggior parte dei paesi Ocse.**
-

Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Diversi sono i fattori che oggi complicano la sostenibilità di tutti i sistemi sanitari:

- Progressivo **invecchiamento** delle popolazioni.
 - **Costo crescente** delle innovazioni in particolare quelle farmacologiche.
 - Costante **aumento della domanda** di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti.
-

Azioni di Sostenimento

- Avviare un piano di prevenzione e riduzione degli sprechi, al fine di disinvestire e riallocare almeno 1 dei 2 euro "sprecati" ogni 10 spesi;
 - **Completare la riorganizzazione della rete ospedaliera, attuare la riforma delle cure primarie .**
 - Percorrere nuove strade di gestione economica (costi standard, ticket differenziati, fondi integrativi);
-

MODELLI CHE CAMBIANO

Sempre più secondo livelli di complessità delle strutture ospedaliere per prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti, tramite un modello in rete.

Le Regioni / PA , nel definire il modello organizzativo dei presidi, provvederanno ad assicurare modalità di integrazione aziendale e interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello per intensità di cure. definendo il bacino di utenza di ciascuna specialità, il fabbisogno di prestazioni ospedaliere

RETE DEI DEA

MULTIDISCIPLINARIETA'

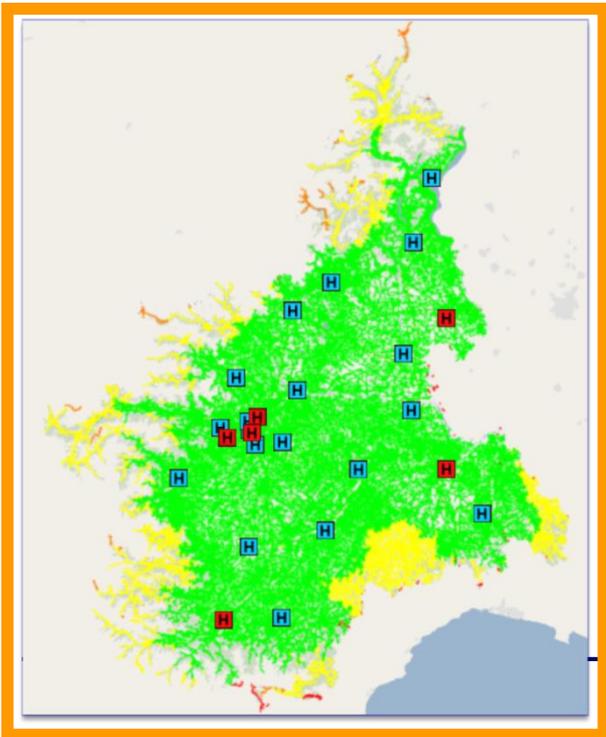
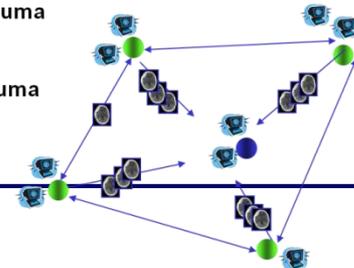
NODI DELLA RETE DELLE ALTE SPECIALITA'

H HUB

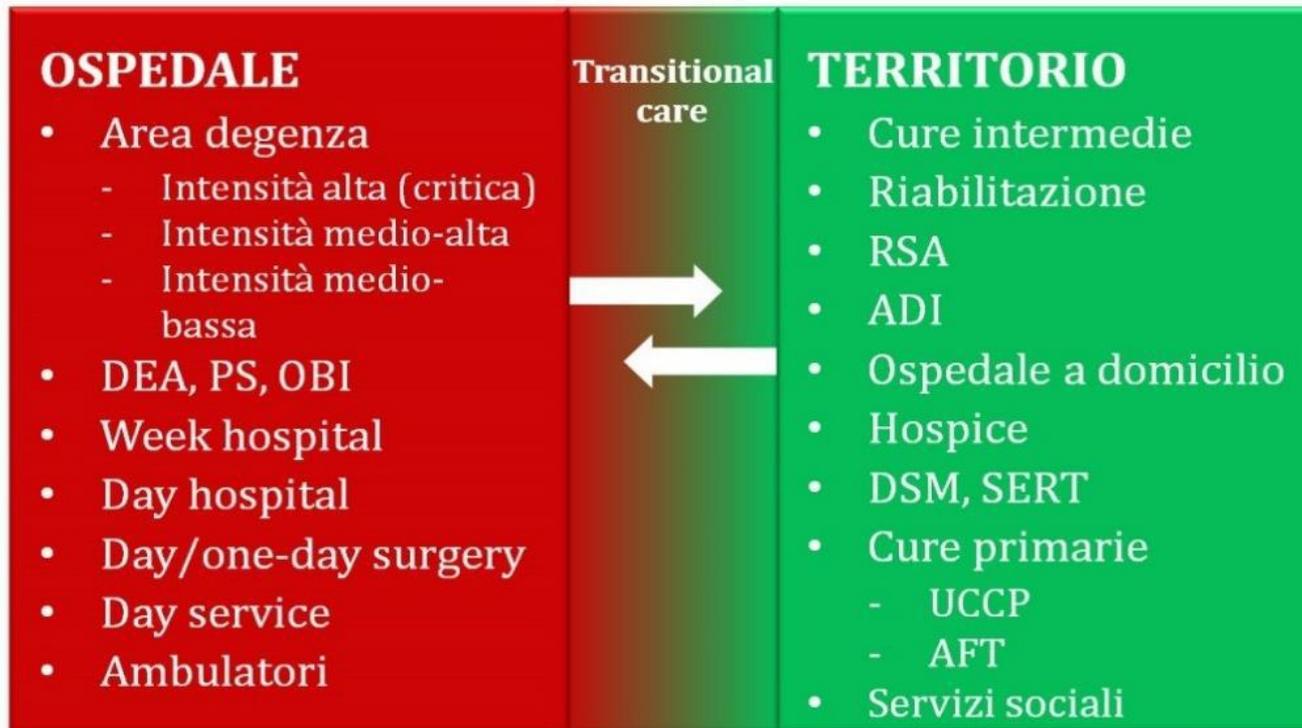
H SPOKE

H P.S.

H P.P.I.



coordinamento dell'assistenza



Per appropriatezza organizzativa si intende la capacità dell'organizzazione sanitaria di **assistere il paziente nel "posto" giusto** in relazione ai suoi reali bisogni di salute e tenendo conto dei costi.

Variabile articolazione di **setting assistenziali** per intensità di cura, accanto a modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria che, oltre l'appropriatezza organizzativa, **influenzano anche quella professionale**

La gestione dell'integrazione: logistica del paziente, nuove funzioni e nuove figure professionali

- Patient manager
- Manager di piattaforma: es. bed manager, operatory room manager...
- Case manager
- Discharge manager
- Care manager
- Ecc.





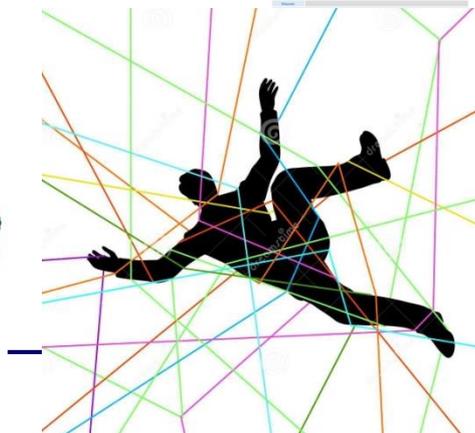
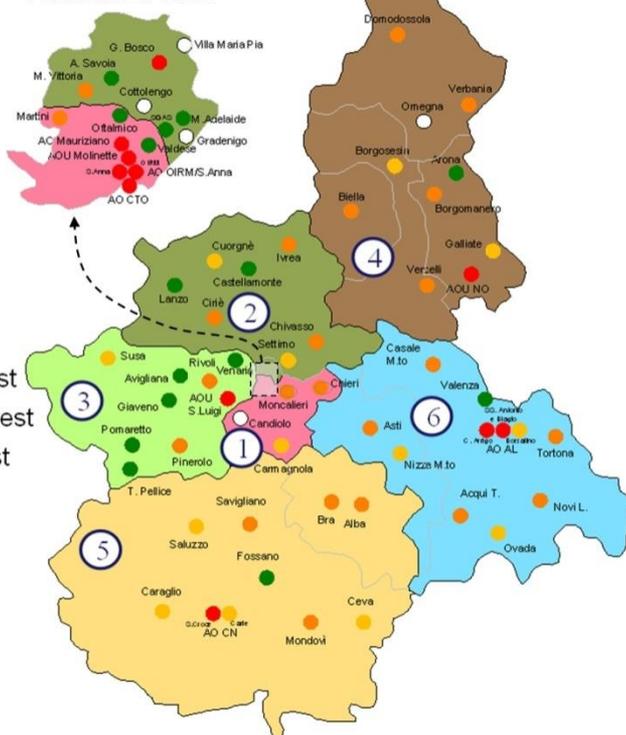
Le reti

**CENTRO UNICO DI
PRENOTAZIONE**

REPORT AZIENDALI

**FASCICOLO
SANITARIO**

Particolare di Torino



**FUNZIONE
SOCIO
SANTARIA**



**DISTRETTO:
CASE DELLA SALUTE**

118



U.C.C.P.
dalle 8.00 alle 20-24



**CONTINUITÀ
ASSISTENZIA
LE (EX G.M.)**

**A
F
T**

**DIPARTIMENTI
(MATERNO INFANTILE,
SALUTE MENTALE,
DIPENDENZE)**



**ASSISTENTE
SOCIALE**



INFERMIERE



AMMINISTRATIVO



SPECIALISTA



116117



**TERAPIA DEL
DOLORE**



**SERVIZIO
PSICOLOGIA**



**DIAGNOSTICA
STRUMENTALE**



**FARMACIA DEI
SERVIZI**

**Residenze
Sanitarie
Assistenziali**
Letti di Comunità
**Letti di
Continuità
Assistenziale a
Valenza
Sanitaria**



**Cure
Domiciliari**

**Percorsi assistenziali
cure palliative**

**Area specialistica
gestione stomizzati**

**Processi assistenziali
specialistici Diabetologia**

Dialisi peritoneale domicilio

**Rete della cronicità e della fragilità
ambiti dei Distretti**



**Area specialistica
della vulnologia**

**Assistenza infermieristica
sul territorio**

Assistenza domiciliare integrata (ADI)
Assistenza domiciliare cure palliative (ADI UOCP)
Assistenza domiciliare programmata (ADP)
Assistenza domiciliare infermieristica (SID)



**Infermiere di comunità
nei comuni delle Valli**

COmmunity Nurse Supporting Elderly IN a changing Society

IL CAMBIAMENTO

**VISIONE PROGETTUALE
CONDIVISIONE PERCORSO
SPERIMENTARE, REVISIONARE
APPLICARE UNIFORMEMENTE**



**SAPER SCRIVERE REGOLE CHE
RISPONDANO AI BISOGNI REALI.**

**GRAZIE DELL'ATTENZIONE
E
BUONA GIORNATA**