

 ecosistema
telemedicina.it

La piattaforma Ecosistema Telemedicina è formata da:



L'ARCHITETTURA DELL'ECOSISTEMA DIGITALE DELLA SANITA. DAL PDTA AL PDDTA

Sergio Pillon, Vicepresidente e responsabile delle relazioni istituzionale AiSDeT

UN TEMA CHE VIENE AFFRONTATO NELLA MAGGIOR PARTE DEI DOCUMENTI STRATEGICI



ALCUNI PUNTI CHIAVE:

Lo scenario ha rivelato aree di progresso disomogeneo. Gli standard per lo scambio e l'interoperabilità dei dati, il monitoraggio e la valutazione sistematica degli esiti della salute digitale non sono stati ancora pienamente attuati. La valutazione degli impatti e dei benefici della salute digitale, vitale per un'allocazione efficiente delle risorse, non è condotta in modo sistematico. Sono in corso sforzi per educare e formare operatori sanitari e dell'assistenza sociale, ma solo circa la metà degli Stati membri della hanno sviluppato politiche per l'alfabetizzazione sanitaria digitale. Ancora meno sono quelli che hanno attuato un piano di inclusione digitale, lasciando le popolazioni svantaggiate a rischio di rimanere escluse.



- Erogazione “ibrida” dell'assistenza sanitaria: i sistemi sanitari devono valorizzare tutte le professionalità per migliorare gli esiti. Le organizzazioni devono assumere “talenti digitali”, formare e migliorare le competenze digitali dei dipendenti e mettere in atto programmi di gestione del cambiamento quando vengono introdotte soluzioni.
- Regolamenti e politiche: i leader di governo e le autorità di regolamentazione devono creare sistemi digitali, regolamenti e politiche che sostengano l'etica, l'uso dei dati e delle nuove tecnologie (in particolare l'IA e l'IA generativa) e tenere il passo con l'evoluzione tecnologica, con un occhio di riguardo al miglioramento dei risultati per i pazienti, che è forza trainante chiave.

PROBLEMI, POSSIBILITÀ, SCENARI.

② Lack of innovation is not the problem

Digital, data and AI are already having an impact by digitizing the front-end and augmenting the back-end of care.





LA POTENZA È INUTILE SENZA IL
CONTROLLO...

COSA SI PUO' FARE SECONDO IL WEF:

Digitizing the front-end: reimagining patient journeys for better health

Digitizing the patient healthcare journey offers a wide range of benefits and solutions to healthcare system challenges by enhancing efficiency, improving patient outcomes and increasing access

to healthcare. Digital solutions play an important role in providing practitioners and patients with tools to drive better care delivery and engage populations to focus on preventive care and early intervention.

Augmenting the back-end: creating more efficient and sustainable healthcare systems

Augmenting non-patient-facing processes can help reinvent care delivery, both for health providers and patients. Automated solutions increase efficiency, reduce errors, improve patient experiences and

reduce costs, playing a vital part in modernizing the healthcare system, improving patient care and, in turn, addressing healthcare system challenges.

Health system challenges



Lack of resources
financial and human



Increasing burden
of chronic diseases



Inequitable outcomes
and access

Digitizing front-end

Reinvented hybrid
patient journey

3 times

faster treatment
than the average
in-person visit



Augmenting back-end

90%
automated tasks

Automates
administrative
burden by
connecting
vendors, tools
and programmes



**Around
50%**

faster treatment
than the average
in-person visit

Early treatment
triggered by sensor
monitoring

BioTelemetry

Early treatment
triggered by
sensor monitoring

73%
reduced time to
neuro intervention



Extensive reach
with portable
health diagnostic
tools

**Around
2,500**

hard-to-reach
communities



1.45 million
underserved
patients screened

Connecting
community-based
activities to large
health systems



WEF



UN MODELLO DI FRONT-END..



Wellness

Self-monitoring devices enable individuals to optimize physical and mental well-being



Care seeking

Patient uses digital triage tool for health information and to determine care needs



Diagnosis

Provider uses patient digital data, genomics, consultation and decision support tech to determine diagnosis and care plan



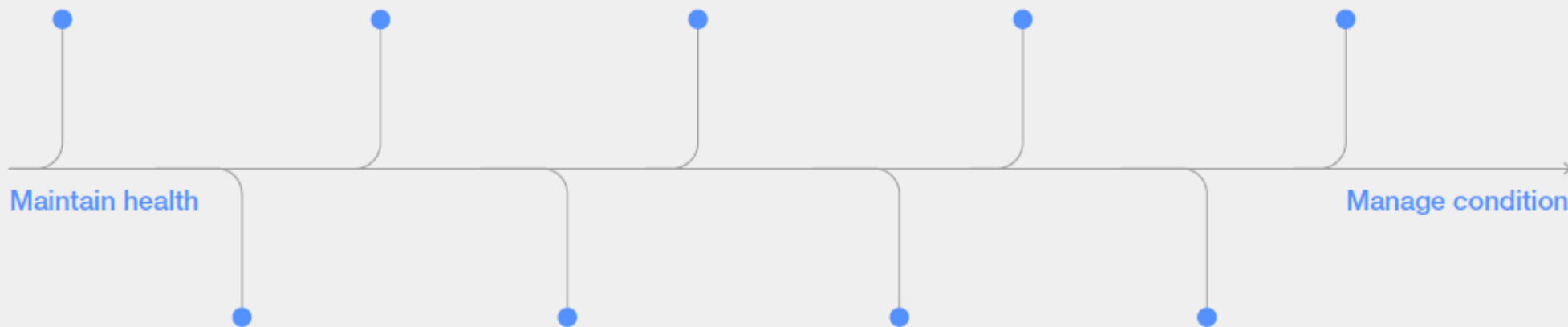
Care provision

Patient receives some specialist care at home or in the community, with joined-up pathways between providers



Continuous care

Patient continually monitors condition through remote monitoring tools and shares data with healthcare providers



Trigger event

Biometric sensor identifies potential health issue for patient



Initial consultation

Patient conducts initial virtual or in-person consultation with a healthcare provider



Treatment plan

Provider directs personalized treatment plan with a combination of traditional and digital therapeutics



Follow up consultation

Patient transmits data automatically through digital therapeutics. Virtual or in-person follow-up consultation if warranted

Digitalizzare il front-end: reinventare i percorsi dei pazienti per una salute migliore





UN MODELLO DI BACK-END...

Connected systems with automated admin, optimized workflows and clinical decision support in new service delivery pathways

Integrated data and insights on health and social determinants, public health surveillance, health outcomes

Optimized patient flows with data integration across digital and physical touch points and a single view of patient record across providers in system

Efficient, personalized health experience with seamless connection between all caregivers and payers

Migliorare il back-end: creare sistemi sanitari più efficienti e sostenibili

High-quality longitudinal health data aggregated from multiple sources to enable person-centric and end-to-end pathway solutions



Digital and data enabled opportunities across the pharma value chain from accelerated recruitment for clinical trials to new insights on management of patient conditions

Population health and case management solutions with actionable insights based on 360° view of health, social, lifestyle and outcomes data

WEF



IN ITALIA QUAL E' LO

STRUMENTO CHE PUÒ PORTARCI

IN QUESTA DIREZIONE?

IL PDTA... CHE DIVENTA DIGITALE

< Policlinico di **Modena**

Ospedale Civile di **Baggiovara** >

🏠 Percorsi di cura e salute / Il PDTA sclerosi multipla



Menu



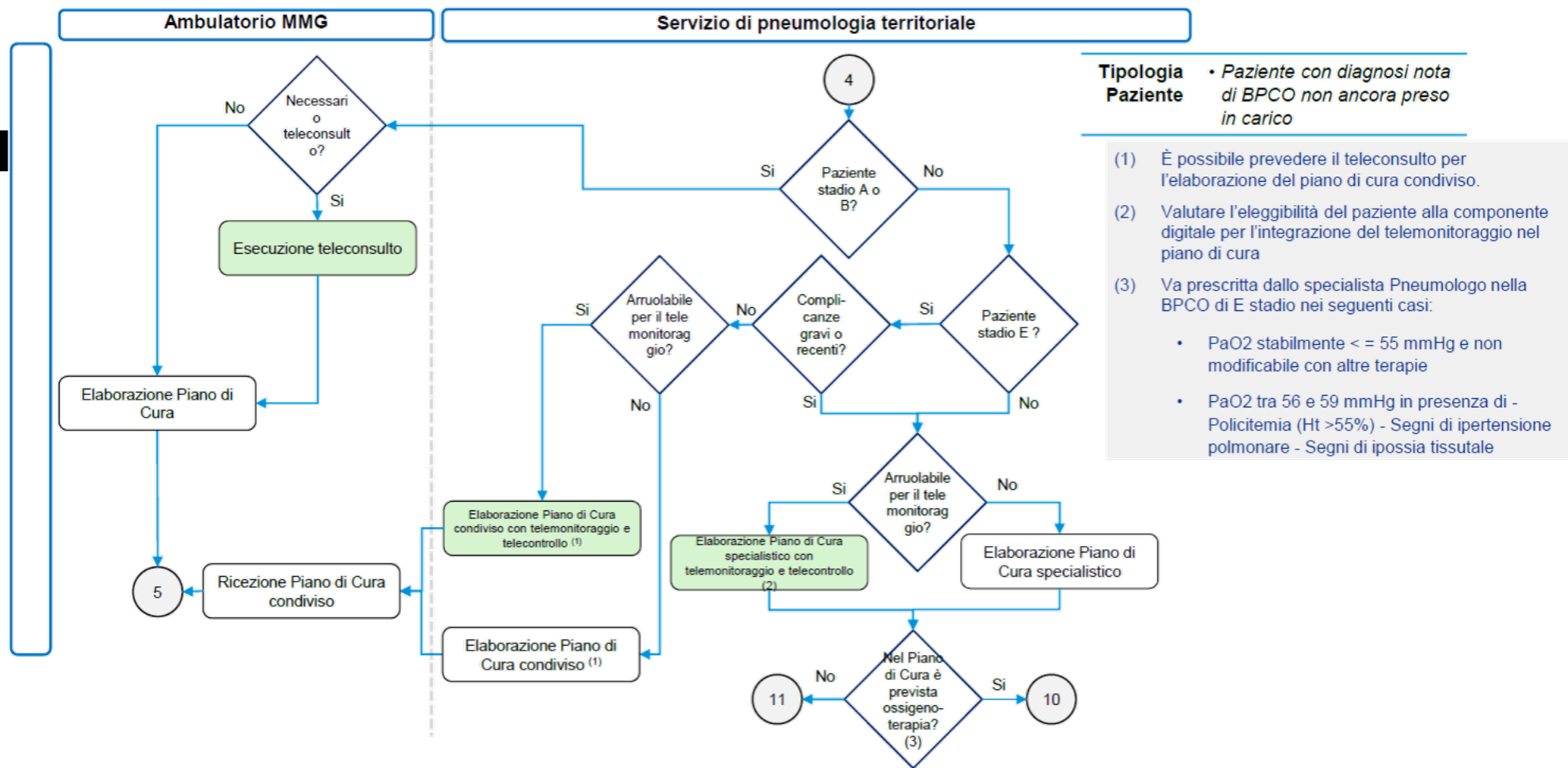
Quando una persona inizia ad avere un problema di salute o si ammala ha bisogno di una "strada da seguire" che sia chiara, condivisa e la più rapida possibile

Grazie al PDTA il paziente riceve i trattamenti più efficaci, più sicuri, nei tempi e nei luoghi adatti per curare nel miglior modo possibile la sua malattia, con un'attenzione particolare non solo agli aspetti clinici ma anche a quelli relazionali e comunicativi.

Sclerosi Multipla	+
L'accesso al percorso	+
I Controlli	+
Il Volontariato	+
Approfondimenti	+
Documenti	+

**UN ESEMPIO
 DI PDTA
 «DIGITALE»**

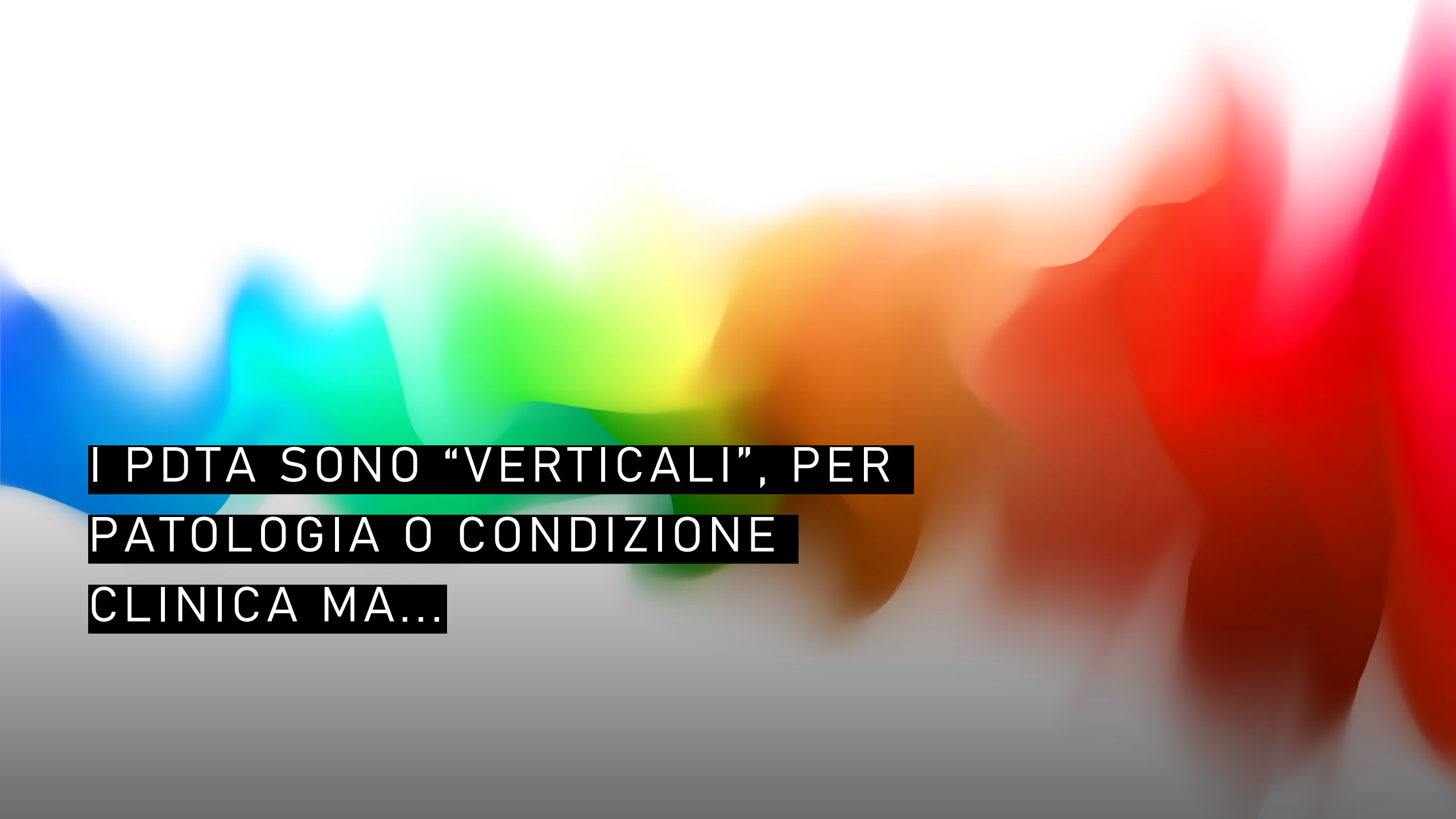
**IL TELE?
 CHI?
 QUANDO?
 COME?
 DOVE E
 PERCHE?**



Tipologia Paziente • *Paziente con diagnosi nota di BPCO non ancora preso in carico*

- (1) È possibile prevedere il teleconsulto per l'elaborazione del piano di cura condiviso.
- (2) Valutare l'eleggibilità del paziente alla componente digitale per l'integrazione del telemonitoraggio nel piano di cura
- (3) Va prescritta dallo specialista Pneumologo nella BPCO di E stadio nei seguenti casi:
 - PaO2 stabilmente <= 55 mmHg e non modificabile con altre terapie
 - PaO2 tra 56 e 59 mmHg in presenza di - Policitemia (Ht >55%) - Segni di ipertensione polmonare - Segni di ipossia tissutale

Figura 20 Flowchart – Presa in carico



I PDTA SONO "VERTICALI", PER
PATOLOGIA O CONDIZIONE
CLINICA MA...

IN ITALIA, NEL DM 77 ABBIAMO IL «PROGETTO DI SALUTE» CHE PERMETTE DI CREARE UN «PERCORSO DI CURA», CHE UNISCE IN UN SOLO PERCORSO L'ESPERIENZA DEL PAZIENTE

Il Progetto di salute è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione **alla classificazione del "bisogno di salute" identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione**. Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende **accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE)** e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo

PRENDIAMO QUATTRO PAZIENTI...



MARIA, 75 ANNI, TIROIDITE, DIABETE, ARTRITE...



PDDTA Diabete di tipo II

PDDTA Tiroide

PDDTA Artrite reumatoide

SERENA, 25 ANNI, PARAPARESI POSTRAUMATICA



PDDTA Lesione midollare

VMU ed ADI (domicilio)

OSS al domicilio

GIORGIO, 72 ANNI, CARDIOPATICO, IPERTESO



PDDTA Ipertensione

PDDTA Scompenso Cardiaco


PDDTA Cardiopatia Ischemica

ANTONELLA, 34 ANNI, SM, INCINTA



PDDTA Sclerosi Multipla

PDDTA Gravidanza



**ANTONELLA E TUTTI
LORO DEVONO AVERE
UN PAI ED UN PRI, IN
UN PROGETTO DI
SALUTE**

Analisi
cliniche

Monitoraggio

Controlli
ginecologici

Controlli
neurologici

FKT
settimanale

Controlli
presso il
proprio MMG



I PAI (Piano Assistenziale Individuale) e PRI (Piano Riabilitativo Individuale) di Giorgio, Antonella, Serena e Maria prendono i modelli dai PDDTA, che servono come base per disegnare il progetto di salute di ciascun cittadino...

Ciascuno di loro ha un PAI ed un PRI e quando necessaria, si fa anche una Valutazione Multidimensionale Unificata, VMU

Tutto anche attraverso i dati del FSE

Con **+VITA** ci pensa la ASL, non tu

+VITA / A chi si rivolge?



N or
pr
sanitari
prenota
prenota
bisogni

+VITA è l'innovativa
cura per i pazienti e
li accompagna nel



Alle persone con Diabete Mellito

Il Diabete Mellito è una malattia cronica caratterizzata dall'aumento della concentrazione di glucosio nel sangue. Il diabete può determinare complicanze acute (dovute alla carenza



Alle persone con BPCO

Il termine BPCO indica la BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva, una malattia polmonare progressiva, caratterizzata da una persistente ostruzione delle vie aeree, che rende



Alle persone con scompenso cardiaco

DISPONIBILE A BREVE

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al <i>caregiver</i> , in relazione ai bisogni socioassistenziali
V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al <i>caregiver</i> , in relazione ai bisogni socioassistenziali
VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al <i>caregiver</i> , in relazione ai bisogni socioassistenziali

MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (DM 77)

Progetto di Salute	Composizione	Descrizione
Semplice	Piano di autocura	Descrizione delle attività e valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati
		Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di e-health	Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione
	Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale	Eventuale definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
	Piano di autocura	Valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta socioassistenziale	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socioassistenziali connessi alla malattia
Complesso	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati
		Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di e-health	Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione
	Progetto di assistenza individuale integrato e Piano Riabilitativo Individuale	Definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
	Budget di salute	Valutazione delle risorse impegnate: cliniche - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti

MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (DM 77)

IL PDTA DIGITALE
CONSENTE DI
DIGITALIZZARE IL
FRONT-END

LA VIOLENZA
NON TI FARÀ
STARE MEGLIO.
LEI SÌ.

Gli operatori sanitari e socio-sanitari lavorano tutti i giorni per la tua salute. **Aggredirli verbalmente e fisicamente è un reato e un atto di inciviltà che va contro il tuo stesso interesse e quello della collettività.**

#laviolenzanoncura



Ministero della Salute



Campagna contro
la violenza verso
gli operatori sanitari
e socio-sanitari

www.salute.gov.it

 ecosistema
telemedicina.it

IL PDTA DIGITALE
CONSENTE DI
MIGLIORARE IL
BACK-END

LA VIOLENZA
NON TI FARÀ
STARE MEGLIO.
LORO SÌ.

Gli operatori sanitari e socio-sanitari lavorano tutti i giorni per la tua salute. **Aggredirli verbalmente e fisicamente è un reato e un atto di inciviltà che va contro il tuo stesso interesse e quello della collettività.**

#laviolenzanoncura



Ministero della Salute



Campagna contro
la violenza verso
gli operatori sanitari
e socio-sanitari

www.salute.gov.it

 ecosistema
telemedicina.it

CONCLUSIONI; DAL PDTA AL PDDTA

I PDTA sono strumenti utilizzati per guidare l'assistenza sanitaria basata sull'evidenza. Il loro obiettivo è quello di tradurre le raccomandazioni delle linee guida di pratica clinica in processi clinici di cura all'interno della cultura e dell'ambiente unici di un'istituzione sanitaria. Un PDTA è un piano di assistenza multidisciplinare strutturato con le seguenti caratteristiche:

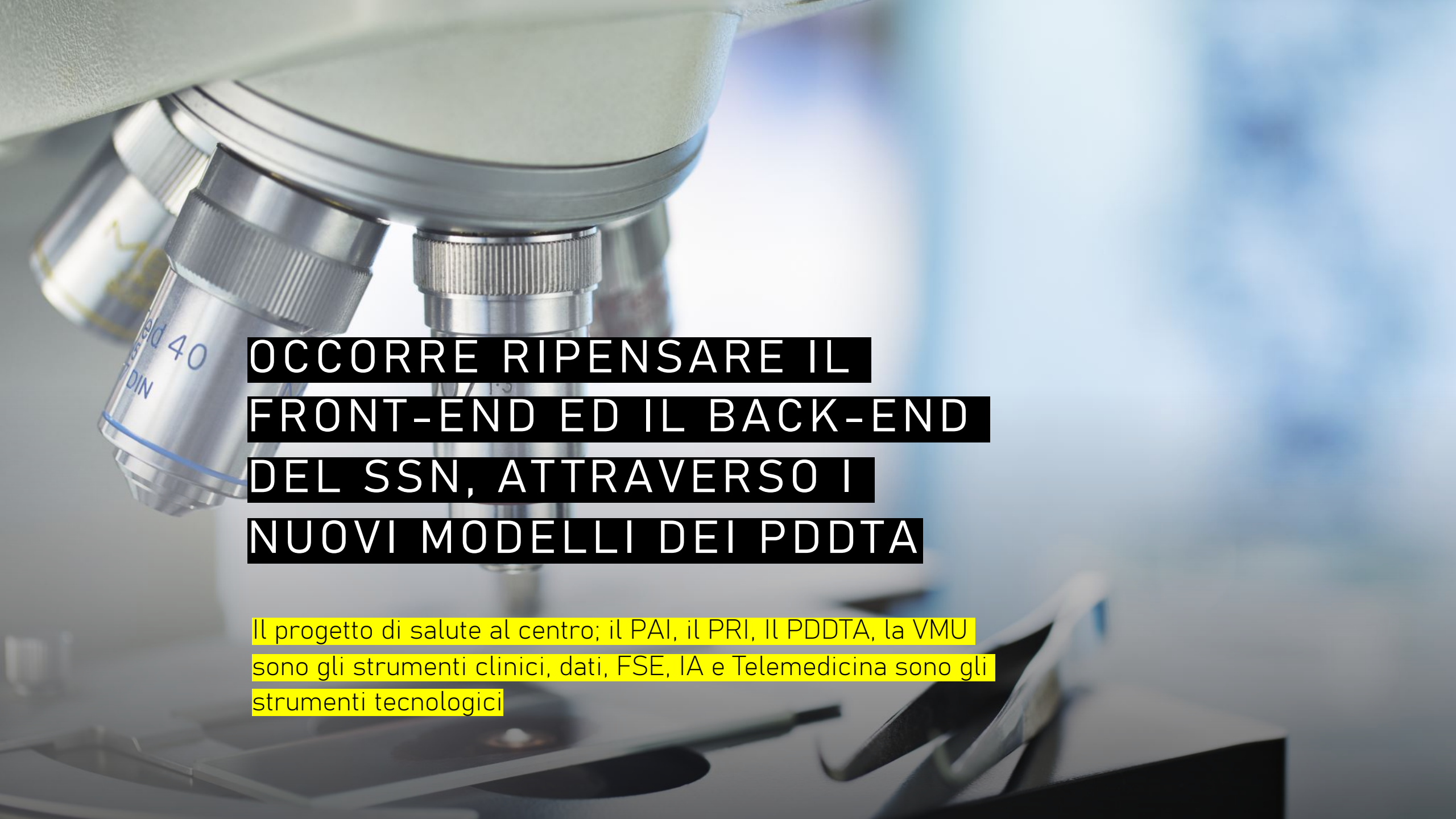
- (1) viene utilizzato per tradurre le linee guida o le evidenze in strutture locali;
- (2) descrive in dettaglio le fasi di un ciclo di trattamento o di cura in un piano, percorso, algoritmo, linea guida, protocollo o altro "inventario di azioni"; e
- (3) mira a standardizzare l'assistenza per uno specifico problema clinico, procedura o episodio di assistenza sanitaria in una popolazione specifica.

I percorsi di cura stanno diventando percorsi di cura digitali

Per abilitare i PDTA Digitali e ottenere vantaggi intrinseci, le organizzazioni hanno bisogno di un modello di cura digitale in grado di **mantenere i pazienti coinvolti, in salute e connessi al personale di cura anche quando non si trovano fisicamente all'interno di una struttura sanitaria.**

La digitalizzazione dovrebbe rendere irrilevante la posizione e la prossimità. Si tratta di un obiettivo enorme, ma la cui importanza è stata evidenziata dalla pandemia di COVID-19 e dall'accelerazione del passaggio dei percorsi di cura dall'istituzione sanitaria al domicilio del paziente.

Il PDDTA più efficace si svolge su una piattaforma che abbraccia e collega senza soluzione di continuità l'intera offerta sanitaria. Non si tratta di una serie di app, schermate di accesso, portali e password. **Si tratta invece di una soluzione unificata che semplifica piuttosto che complicare e coinvolge gli utenti piuttosto che scoraggiarli.**



**OCCORRE RIPENSARE IL
FRONT-END ED IL BACK-END
DEL SSN, ATTRAVERSO I
NUOVI MODELLI DEI PDDTA**

Il progetto di salute al centro; il PAI, il PRI, il PDDTA, la VMU sono gli strumenti clinici, dati, FSE, IA e Telemedicina sono gli strumenti tecnologici