FORUM PA SANITÀ
INNOVAZIONE | ACCESSO | PROSSIMITÀ

ORCHESTRAZIONE DEI PDTA

GESTIONE CENTRALIZZATA E DIGITALE DEI PAZIENTI CRONICI

1. Descrizione del contesto e dei bisogni

La gestione delle patologie croniche rappresenta una delle principali sfide per il Servizio Sanitario, per la diffusione delle condizioni di lunga durata, la multimorbilità e la necessità di coordinare nel tempo interventi sanitari erogati da professionisti e strutture differenti. La frammentazione delle informazioni e dei percorsi può rendere più complessa la continuità assistenziale, la programmazione dei controlli e l'individuazione tempestiva dei pazienti che necessitano di una valutazione o di un intervento.

Il progetto di ASP Ragusa e ASP Messina si inserisce nel percorso di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal D.M. 77/2022, in coerenza con gli obiettivi della Missione 6 del PNRR e con il quadro di riferimento richiamato nel progetto. L'iniziativa mira a rafforzare la prossimità delle cure e l'integrazione tra Medici di Medicina Generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), specialisti, Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e servizi ospedalieri.

Il bisogno concreto è passare da una gestione prevalentemente reattiva e discontinua a una presa in carico proattiva, condivisa e misurabile. A tal fine, **il progetto prevede l'individuazione e la validazione delle coorti di pazienti cronici, la definizione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi e il monitoraggio delle attività previste nel Piano Assistenziale Individuale (PAI)**. Le prime patologie prioritarie considerate sono scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e diabete mellito, con possibilità di estensione ad altre cronicità.

2. Soluzione adottata e elementi innovativi

La soluzione combina un modello organizzativo integrato e una piattaforma digitale per la gestione dei percorsi di cura. Il suo elemento centrale è l'orchestratore dei PDTA, che coordina le fasi del percorso assistenziale, supporta l'assegnazione e la tracciabilità delle attività, rende visibile lo stato del paziente e facilita il coordinamento tra i professionisti coinvolti.

Il modello si articola in componenti tra loro connesse:

- Stratificazione e validazione delle coorti: acquisizione e controllo di dati provenienti da più fonti, applicazione di criteri clinici e amministrativi e validazione da parte dei professionisti di riferimento.
- Digitalizzazione dei PDTA: gestione delle fasi di identificazione, valutazione, diagnosi e stadiazione, presa in carico, follow-up e rivalutazione.
- PAI dinamico: definizione degli obiettivi clinici e assistenziali, pianificazione delle attività, scadenze e responsabilità, con aggiornamento periodico in base all'evoluzione del paziente.
- Orchestrazione e monitoraggio: workflow sequenziali o paralleli, attività e notifiche, monitoraggio degli eventi e visualizzazione dello stato del percorso tramite whiteboard e dashboard.
- Interoperabilità: integrazione con i sistemi informativi aziendali, ospedalieri e territoriali, con connettori applicativi e scambio di messaggi HL7 v2.5; il progetto contempla inoltre il collegamento con i gestionali MMG/PLS e l'integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico secondo le modalità previste.
- Governo clinico e reporting: indicatori di processo, dashboard e strumenti di Business Intelligence a supporto del monitoraggio e delle decisioni organizzative.

L'innovazione non consiste soltanto nella digitalizzazione di singole attività, ma nella loro composizione in un percorso coordinato e tracciabile. Il modello combina una governance e standardizzazione comuni con la gestione operativa distribuita sul territorio, valorizzando i ruoli di MMG, specialisti e team multiprofessionali. L'integrazione con i sistemi già utilizzati dai professionisti è orientata a ridurre le duplicazioni e a favorire l'inserimento delle attività nel flusso di lavoro quotidiano.

3. Destinatari e impatti previsti

I destinatari diretti sono i pazienti con patologie croniche, con particolare attenzione alle persone che richiedono continuità assistenziale, monitoraggio e coordinamento tra più professionisti. Sono inoltre destinatari MMG e PLS, specialisti, personale delle Case della Comunità, team della cronicità, COT, distretti e strutture ospedaliere coinvolte nei percorsi.

Gli impatti attesi comprendono:

- maggiore tempestività nell'identificazione e nella presa in carico dei pazienti eleggibili;
- migliore continuità assistenziale e coordinamento tra territorio e ospedale;
- maggiore aderenza ai controlli e alle attività previste dal PAI, con responsabilità e scadenze tracciabili;
- riduzione degli oneri amministrativi e delle attività ridondanti grazie all'automazione mirata e all'integrazione dei dati;
- supporto al monitoraggio clinico-organizzativo e alla valutazione dell'appropriatezza dei percorsi;
- migliore equità di accesso ai servizi territoriali e possibilità di estendere il modello ad altre patologie e aziende sanitarie.

4. RoadMap

La roadmap progettuale individua il triennio 2026–2028 come orizzonte di investimento e sviluppo, con implementazione presso ASP Ragusa e ASP Messina e prospettiva di estensione ad altri ambiti territoriali regionali. Il materiale progettuale descrive un piano di investimento triennale per infrastruttura tecnologica e servizi, ma non riporta importi economici complessivi, costi unitari, risparmi quantificati o un quadro economico dettagliato.

I benefici economici attesi sono associati alla riduzione delle attività amministrative ridondanti, al miglior utilizzo delle risorse territoriali e al possibile contenimento degli accessi e dei ricoveri evitabili. Tali benefici dovranno essere quantificati in fase di monitoraggio confrontando costi di implementazione e gestione con indicatori di attività, appropriatezza ed esito.

5. Team, risorse e partnership

Il progetto è sviluppato con il coinvolgimento di ASP Ragusa e ASP Messina. Nel modello di governance descritto, ASP Ragusa svolge il ruolo di soggetto attuatore capofila per il progetto regionale, con funzioni di standardizzazione dei PDTA e gestione della piattaforma tecnologica; ASP Messina partecipa all'estensione e all'implementazione del modello nei propri contesti territoriali.

Il team operativo è multidisciplinare e comprende MMG/PLS, specialisti delle patologie coinvolte, professionisti dei team della cronicità, personale delle Case della Comunità e delle COT, referenti organizzativi e competenze tecnico-informatiche per integrazione, gestione dei dati, interoperabilità e monitoraggio. Il progetto contempla l'utilizzo della piattaforma DNV Imatis – Fundamentum e di connettori applicativi per lo scambio informativo con i sistemi coinvolti.