

L'implementazione del progetto JADECARE in Toscana: una proposta europea di trasferimento di Buone Pratiche per lo sviluppo di cure integrate a supporto dei pazienti complessi

*Le caratteristiche del setting di implementazione  
e il ruolo del **Next Adopter Working Group**  
(NAWG)*

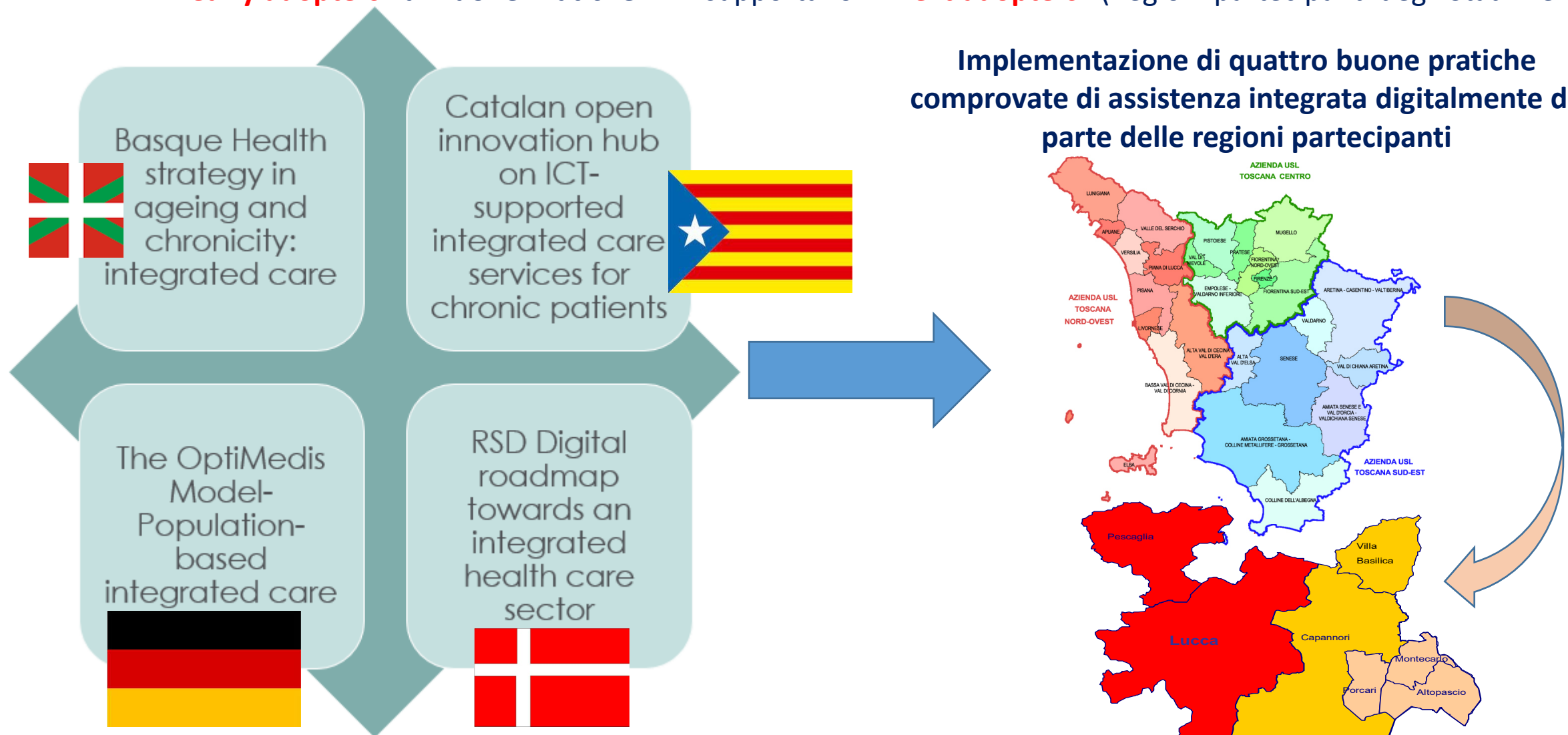
*Luigi Rossi*



Transizione verso un'assistenza digitale, integrata e incentrata sulla persona nell'UE

I 4 **“early adopters”** di Buone Pratiche

supportano i **“Next adopters”** (Regioni partecipanti degli Stati membri)



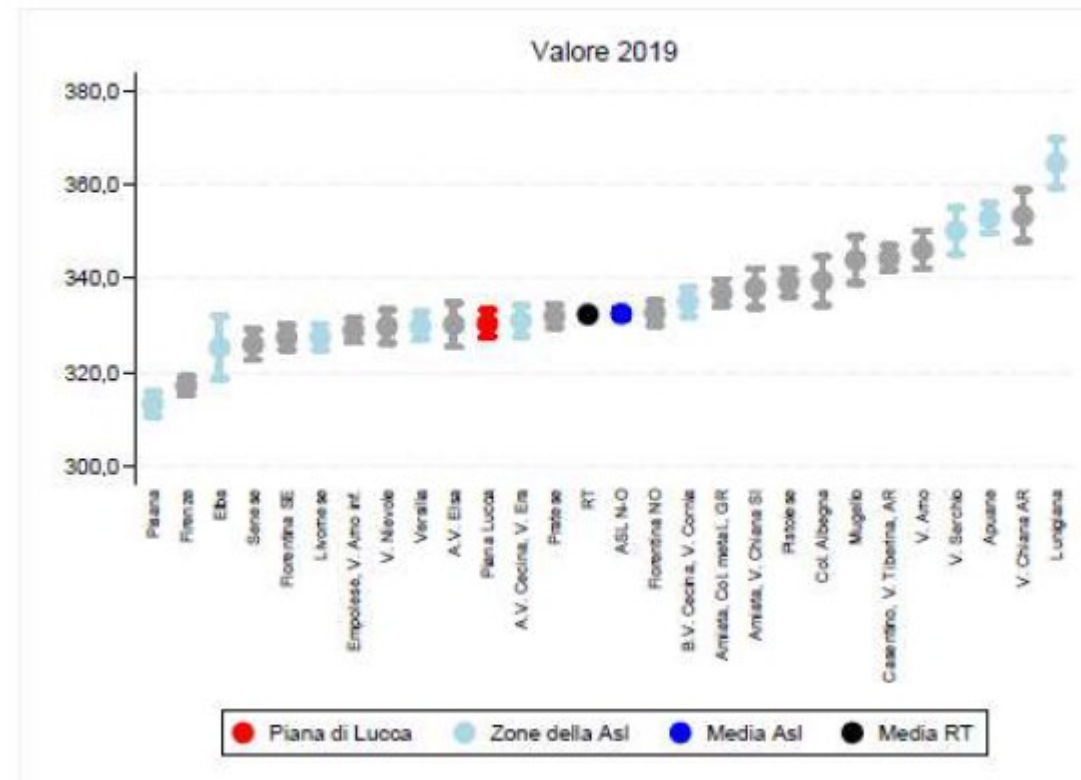
# Profilo di salute 2019

Tabella 1. Popolazione residente totale suddivisa per sesso e comune (fonte ISTAT al 1/1/2019)

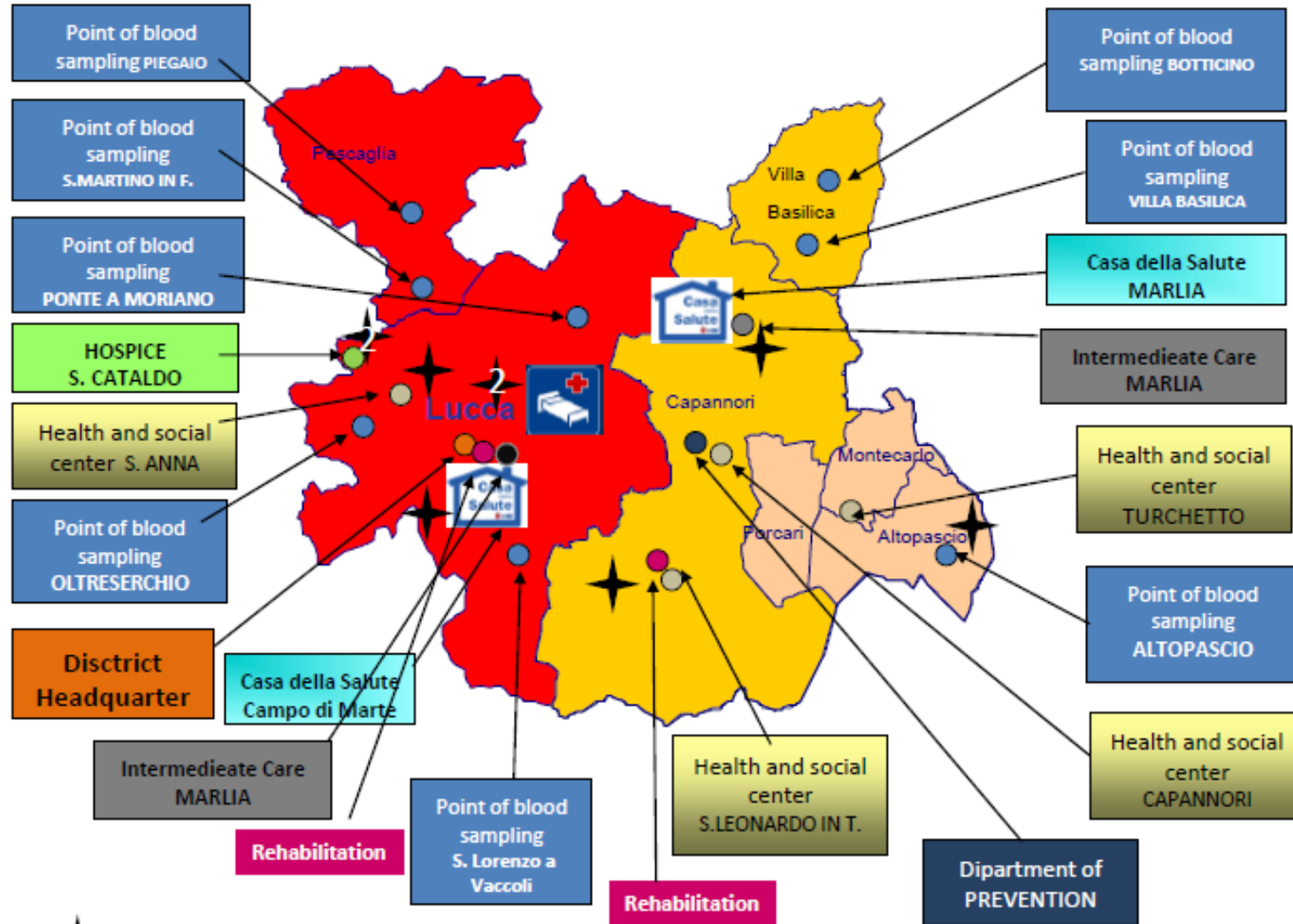
Popolazione residente per comune ed anno – numero residenti per genere – 2019 (fonte ISTAT al 1/1/19)			
Residenza	Maschi	Femmine	Totale
Altopascio	7624	7908	15532
Capannori	22772	23444	46216
Lucca	42531	46293	88824
Montecarlo	2116	2254	4370
Pescaglia	1727	1712	3439
Porcari	4443	4518	8961
Villa Basilica	780	770	1550
<b>Piana di Lucca</b>	<b>81993</b>	<b>86899</b>	<b>168892</b>

Tabella 2. Popolazione residente per sesso fasce di età (fonte ISTAT al 1/1/2019).

Piana di Lucca	0-14 anni		15-64 anni		65 anni e più	
	nr	%	nr	%	nr	%
	22124	13,1	104937	62,13	41328	24,77



# PIANA DI LUCCA District



**Circa 100 mmg  
suddivisi in 5 AFT**

**Infermieristica di  
Famiglia e di Comunità**

★ **RSA**  
(nursing home)





## Obiettivi dei NEXT ADOPTERS

Implementare con successo le buone pratiche a livello locale considerando la prospettiva socioeconomica, quella culturale, giuridica e la maturità del sistema sanitario

First steps after  
Kick-off (M2-M4)

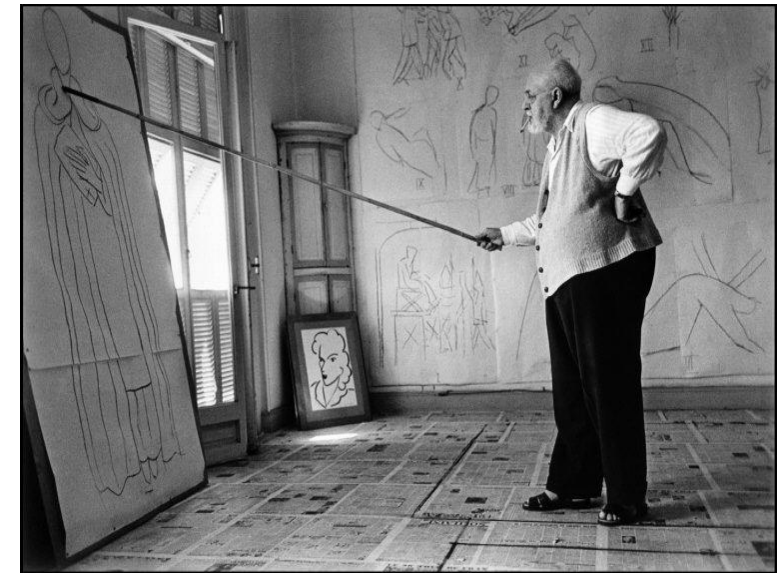
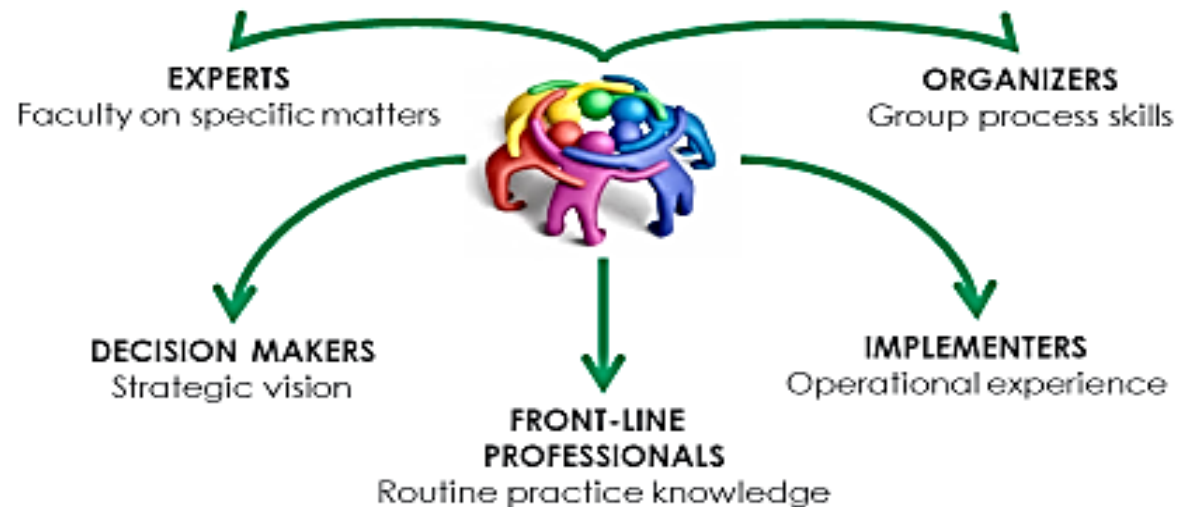
### First steps after Kick-off (M2-M4)

- Create the Next Adopters Working Groups (NAWG) (M2)
- Scope Definition of the Local Good Practices (M3)

## COSTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO

### Next Adopters Working Group

- Stakeholders from different fields and with distinct expertise and experience.
- Teams can vary in size and composition.
- Include the appropriate persons to ensure all perspectives are covered.
- Responsible for performing the activities included in the implementation strategy.



Il NAWG è responsabile di condurre l'implementazione pilota delle diverse pratiche in JADECARE nel contesto sanitario, sociale e legale locale

NAWG identifica e coinvolge gli stakeholder locali (individui o organizzazioni) considerati chiave per l'implementazione e la sostenibilità delle Buone Pratiche di successo.

Sebbene i team possano variare in dimensioni e composizione, ogni sito di implementazione deve includere le persone appropriate nel gruppo per garantire che tutte le prospettive siano coperte.

## Ruoli e Funzioni del NAWG

- **Organizer**
- **Experts**
- **Decision Maker**
- **Front-line stakeholders**
- **Implementers**



# Next Adopter Working Group

## COSTITUZIONE DEL GRUPPO



Alcuni dei «progettisti»

**Zona Distretto Piana di Lucca (Primary Care)**  
**Ospedale di Lucca**  
**Comitato di Partecipazione (Patients' organization representative is a member of your local team and/or of the network)**  
**ARS**





# Next Adopter Working Group come TEAM Multidisciplinare

I **TEAM** multidisciplinari sono composti da **professionisti con conoscenze e competenze diverse**, che operano insieme sulla domanda di bisogno al fine di attivare una risposta complessa (**COMUNITA' DI PRATICA**).

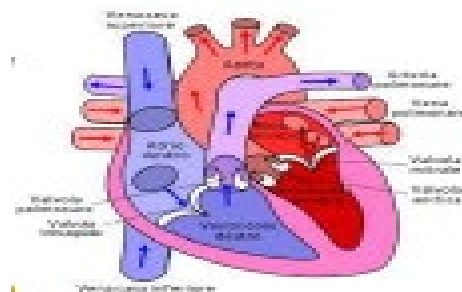
Nel lavoro in **TEAM** multidisciplinare **sono mantenuti i rapporti gerarchici, l'autonomia e l'indipendenza tecnica e ogni professionista**, pur integrandosi con gli altri, mantiene un ruolo centrale e di pari dignità, per contribuire a rendere l'intervento mirato ed adeguato al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

**DECISIONALITA' CONDIVISA**



**DISEASE-  
CENTRED  
MODEL**

Focus sulla cura  
della **malattia**



**PATIENT-  
CENTRED  
MODEL**

Focus sul **paziente** e  
sulla gestione della  
cura nel **contesto  
sanitario**

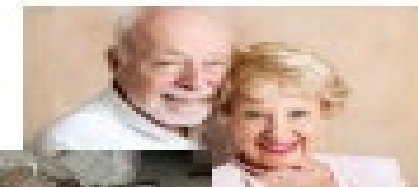


**PERSON-  
CENTRED  
MODEL**

Focus sulla **persona** e  
sulla gestione della  
cura nel **contesto  
allargato**



Salute dell'individuo  
all'interno della collettività  
verso il **Welfare di  
Comunità**



**Riconfigurare il «punto di osservazione»:  
verso una visione olistica centrata sulla  
persona**

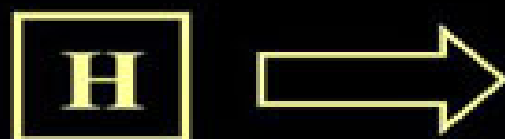


**Concetto di salute**



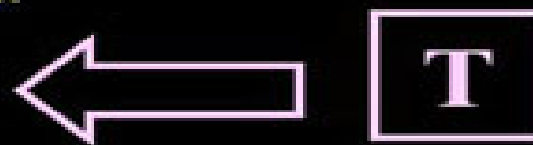
**World Health  
Organization**

## Integrazione : ottiche settoriali

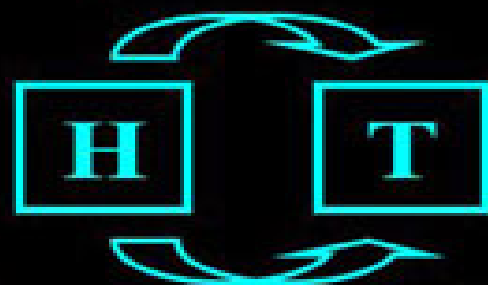


Chiede al territorio di risolvergli i problemi che non controlla

Il territorio “scarica” sull’ospedale i problemi che non controlla



## Integrazione : ottica globale



Il percorso assistenziale è programmato e gestito

***unitariamente***



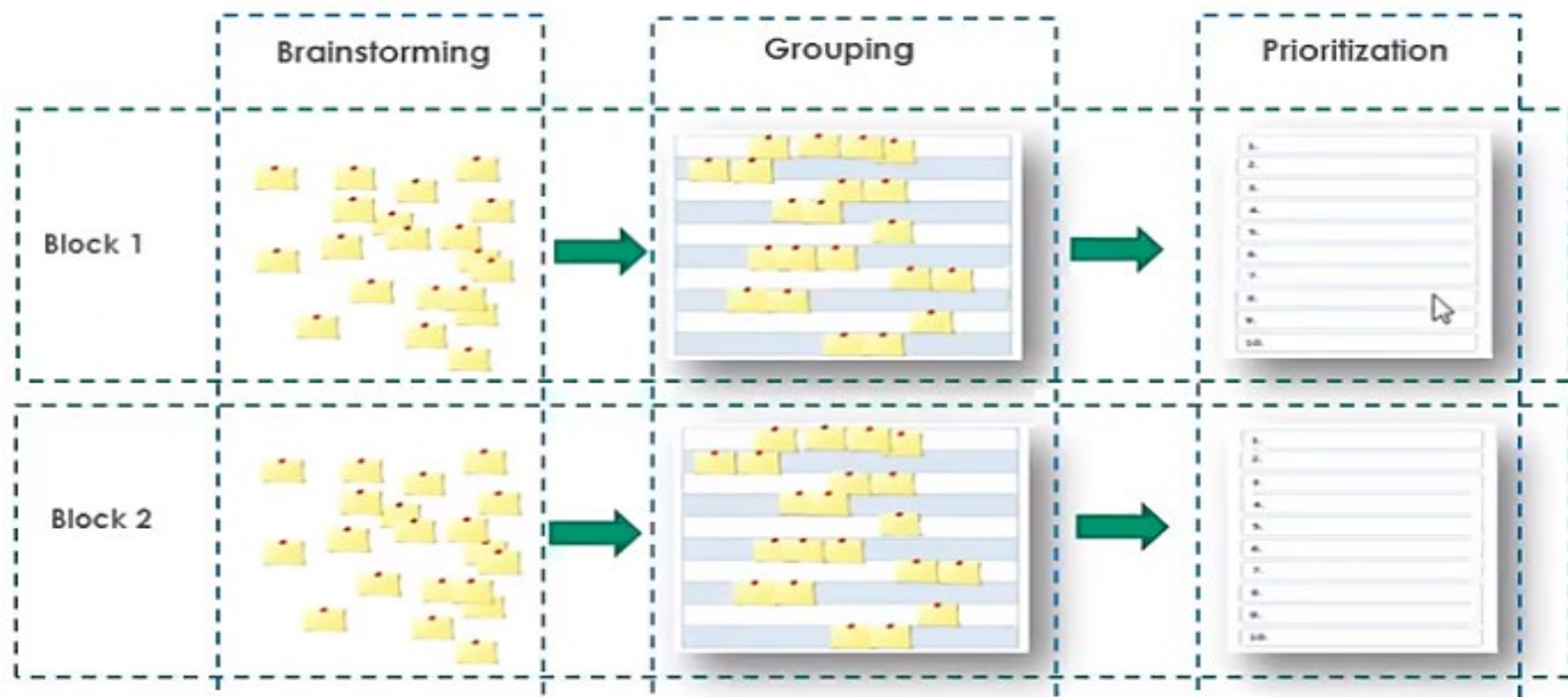
<b>Paziente Acuto</b>		<b>Paziente Cronico/Complesso</b>
Ospedale	<b>Luogo di cura</b>	Domicilio, RSA, struttura intermedia, Ambulatori, <b>ambiente di vita</b>
Giorni	<b>Tempi di cura</b>	Anni
Medico/infermiere	<b>Presa in carico</b>	<b>Multidisciplinare</b> , socio-sanitaria, socio-assistenziale
Decisivo	<b>Fattore tempo</b>	Non decisivo
Non decisiva	<b>Empatia</b>	Decisiva
Medico/infermiere	<b>Integrazione</b>	<b>Multidisciplinare</b> , socio-sanitaria e con il paziente esperto
Procedura e Linee Guida	<b>Modus</b>	Presa in carico e gestione del piano di «care»

# ANALISI DEL SITO DI IMPLEMENTAZIONE

Iniziare a pensare ai bisogni locali sulla base dei blocchi-blocks (temi principali) della buona pratica ai quali il NA è interessato, considerando anche la situazione attuale in termini di obiettivi, criticità e azioni già avviate a livello locale.

**Esempio:** se un NA è interessato all'**Integrated Care**, block della buona pratica dei paesi baschi, dovrà pensare ai bisogni locali strettamente legati a questo blocco.

Questo esercizio di "brain storming" può essere fatto per ogni block, raggruppandoli per tematica e dando le priorità



# Progetto Scirocco – *Scaling Integrated Care in Context*

- Obiettivo

Sviluppare e validare uno strumento di assessment del livello di maturità delle Regioni nel processo di implementazione di un modello – “*Maturity Model*” – di presa incarico delle cronicità con ausilio di strumenti ICT



**L'approccio della Zona Distretto  
"Piana di Lucca" nella presa in  
carico di pazienti complessi  
attraverso l'integrazione delle  
cure ospedaliere e primarie**





THREAT

**Obiettivo:** trasferire e adattare il modello integrato di comunicazione e informazione per la gestione del paziente con multimorbidità e complesso con particolare riguardo all'integrazione delle cartelle cliniche informatiche utilizzate dai professionisti del team multiprofessionale e multidisciplinare per la gestione del Piano Assistenziale Individualizzato

OPPORTUNITY

### Punti di forza

- Disponibilità di flussi sanitari correnti di buona qualità
- Disponibilità e utilizzo di cartelle cliniche informatizzate da parte dei medici di medicina generale, degli infermieri distrettuali, dei medici specialisti
- Leadership aperta all'innovazione

WEAKNESS

### Punti di debolezza

- Attuale mancanza di interoperabilità tra i diversi sistemi
- Carenza di competenze e risorse informatiche locali e non previsione di sviluppo di strumenti informatici anche a livello locale
- Eterogeneità degli strumenti utilizzati
- Resistenza alla condivisione della cartella clinica
- Assenza di risorse finanziarie dedicate
- Zona-Distretto attualmente non organizzata per il loro utilizzo

STRENGTH

### Opportunità

- Indirizzo all'utilizzo di cartelle cliniche elettroniche e condivise nel Piano Nazionale Cronicità
- Indirizzo all'utilizzo di cartelle cliniche elettroniche e condivise nel Piano Sanitario Regionale (scheda operativa n. 14 DGR 273 / 2020)
- Accelerazione dello sviluppo di strumenti ICT in conseguenza della situazione emergenziale

### Minacce

- Personale informatico regionale impegnato nel controllo della pandemia
- Personale sanitario impegnato nel controllo della pandemia
- Mancanza di un forte governo centrale sulla scelta della cartella clinica informatizzata per la medicina generale
- Persistenza di problemi di privacy
- Alcuni sistemi sono costosi (?)



**Buona Pratica locale** L'approccio della Zona Distretto "Piana di Lucca" nella presa in carico di pazienti complessi attraverso l'integrazione delle cure ospedaliere e primarie

**Related original Good Practices and their Core Feature (s)** Basque oGP; CF 1.1, 1.2 and 2.3

**Local Core Feature 1** Sviluppo di un processo di stratificazione del rischio della popolazione

**Obiettivo SMART**

**La Zona Distretto della Piana di Lucca svilupperà un sistema locale di stratificazione per favorire l'identificazione dei pazienti complessi**

Attività	Attori (chi implementerà l'attività)	Risorse	Setting(s)	Timeline	Indicatori chiave di Performance
Creazione di un Working Group specifico per il modello di stratificazione locale	<b>NAWG</b>	Professionisti esperti	Regione Toscana	1-15/10/21	Creazione del WG (S/N)
Revisione letteratura sui criteri di identificazione di pazienti complessi (multimorbidi con difficoltà gestionale)	Centro di documentazione ARS	Tempo dei Professionisti all'interno del Centro di documentazione ARS	ARS	1-15/10/21	Letteratura disponibile (S/N)
Stabilire i criteri e i modi per l'identificazione del paziente complesso da parte dei MMG utilizzando il gestionale ambulatoriale	<b>Working Group specifico</b>	Tempo dei membri del WG	Zona Distretto Piana di Lucca	15/10 -15/11/21	Lista di criteri da usare per la stratificazione (S/N)
		Criteri di stratificazione utilizzati nel Sistema ACG			Metodi di identificazione dei pazienti definiti (S/N)
		Letteratura specifica			
Identificazione MMG	<b>NAWG</b>	Tempo dei Professionisti sanitari	Zona Distretto Piana di Lucca	1/10- 15/11/21	Almeno 10 MMG identificati (S/N)
Definizione modalità ed erogazione di supporto al servizio assistenti di studio (aumento indennità assistente di studio?)	<b>NAWG</b>	Disponibilità di figure di assistenti di studio	Zona Distretto Piana di Lucca	1/10- 15/11/21 (definire)	Documento descrittivo del sistema di incentivazione sostenibile (S/N)
		Budget assegnato alla Zona Distretto per il progetto CCM delle Cure Intermedie		1/12/21-30/9/22 (erogare)	Sistema di incentivazione implementato e attivo (S/N)
Formazione per gli MMG individuati sui criteri e i metodi da utilizzare per identificare i pazienti complessi	<b>NAWG</b>	Tempo dei partecipanti	Zona Distretto Piana di Lucca	15/11 -30/11/21	Formazione eseguita (S/N)
	<b>Working Group specifico</b>	Disponibilità dei formatori			100% dei MMG individuati partecipante alla formazione (S/N)
Identificare i pazienti complessi e inserirli nel "Registro PAI" del gestionale	MMG	Tempo di MMG e di assistenti di studio	Zona Distretto Piana di Lucca	1/12/21-31/1/22	Liste di pazienti complessi disponibili con almeno 100 assistiti individuati (S/N)
Attività di supporto e monitoraggio	<b>NAWG</b>	Tempo	Zona Distretto Piana di Lucca	1/10/21-30/9/22	Attività di supporto e monitoraggio eseguita (S/N)
Utilizzo del sistema ACG per supportare il processo di stratificazione locale	<b>NAWG</b>	Disponibilità di regole sulla privacy che permettano l'utilizzo di ACG per scopi clinici	Regione Toscana	1/1-30/9/22	Utilizzo del Sistema ACG a supporto dei dati ottenuti con il modello di stratificazione locale (S/N)
	<b>Working Group specifico</b>				

Microsoft PowerPoint - [Schede\_azioni\_gantt\_6ott21.pptx]

File Modifica Visualizza Inserisci Formato Strumenti Presentazione Finestra | Digitare una domanda.

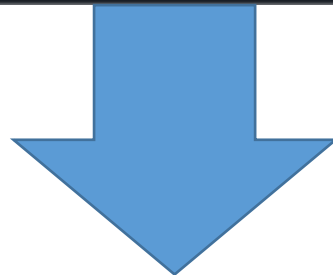
Struttura Diapositive

### Creare Working Group per modello stratificazione

- Entro quando: 15 ottobre
- Chi: NAWG
- Come: consenso in NAWG
- Esito atteso:
- Paolo, Attilio, Alberto, Marco, Dario, Svaldo, Giovanni

Francesconi Paolo sta presentando

Microfono Fotocamera Schermo Abbandona



**Definizione del modello di stratificazione**

### Attori

- Ministero della Salute
- AGENAS
- Regione
- Azienda Sanitaria

### Attori

- Ministero della Salute
- Regione
- Centri prevenzione
- Medico
- ASSOCIAZIONI

### Attori

- Regione
- Azienda Sanitaria
- Medico/infermiere
- Team multidisciplinari
- ASSOCIAZIONI

### Attori

- Case-manager
- Centro servizi
- Paziente
- ASSOCIAZIONI

### Attori

- Ministero della Salute
- AGENAS
- Regione
- ASSOCIAZIONI

#### FASE 1 STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE

- Identificazione delle popolazioni target e registrazione dei dati
- Approccio di «population management» e stadiazione dei bisogni assistenziali

Macroattività

#### FASE 2 PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE

- Modifica degli stili di vita e contrasto ai fattori di rischio
- Diagnosi precoce

Macroattività

#### FASE 3 PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

- Riorganizzazione delle attività dei MMG
- Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
- Adozione di percorsi assistenziali
- Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
- Potenziamento dell'assistenza sul territorio
- Welfare di comunità ed integrazione socio-sanitaria
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
- Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità

Macroattività

#### FASE 4 EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

- Il piano di cura personalizzato e l'assistenza proattiva
- Il «patto di cura» e l'empowerment
- Educazione terapeutica strutturata

Macroattività

#### FASE 5 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE EROGATE

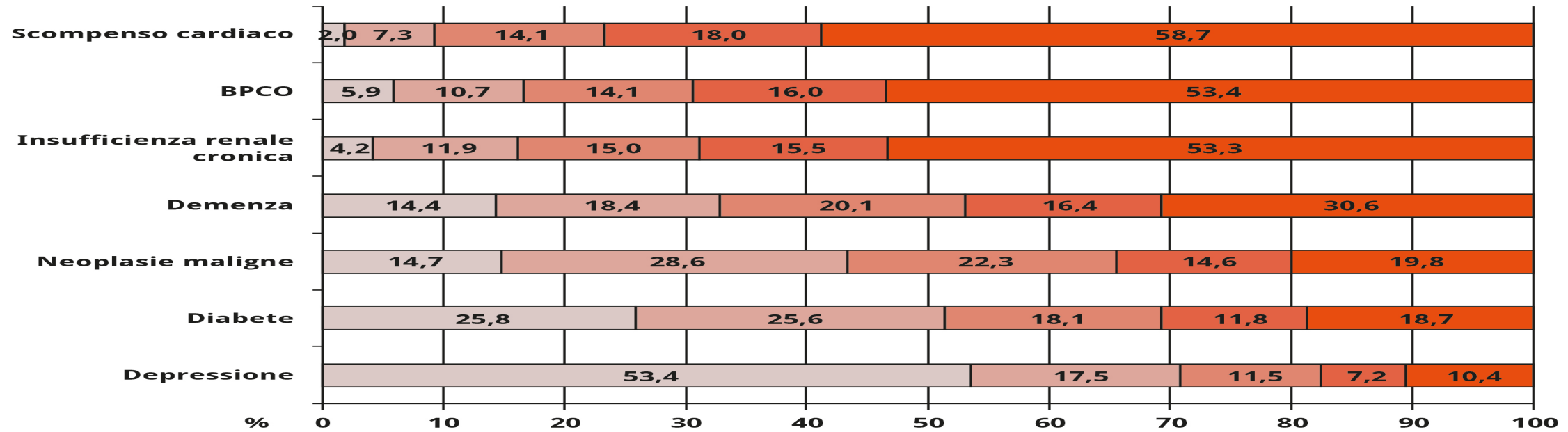
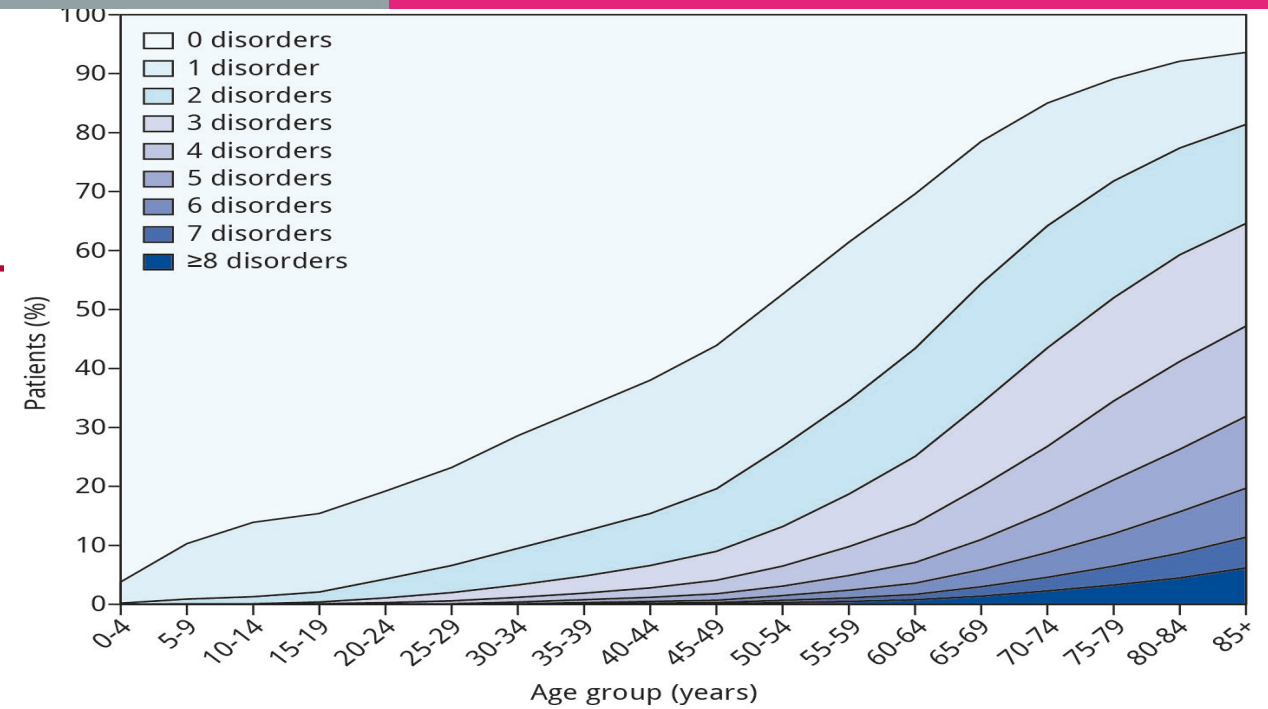
- Sistemi di misura della qualità delle cure e della qualità della vita

Macroattività

# Multimorbidità

## Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study

Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie



Fonte: Archivio ACG Veneto 2016

Legend for the horizontal bar chart: 1 condizione cronica, 2 condizioni croniche, 3 condizioni croniche, 4 condizioni croniche, 5 o più condizioni croniche

# In conclusione

- Analizzare il contesto
- Fare tesoro delle Buone Pratiche
- Implementare modelli innovativi
- Sviluppare i modelli di continuità delle cure tra territorio/ospedale/territorio
- Lanciare la digitalizzazione e l'integrazione digitale
- Passare dalla fase di stratificazione alla fase di presa in carico ed erogazione degli interventi personalizzati



UN TASSELLO IN PIU' E UNA SOLUZIONE IN PIU'  
PER RISPONDERE ALLE ESIGENZE DELLA  
CRONICITA'



"Iniziare un nuovo cammino  
spaventa.  
Ma dopo ogni passo che  
percorriamo ci rendiamo  
conto di come era pericoloso  
rimanere fermi."

ROBERTO BENIGNI