

WEBINAR
GRATUITO

**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**

La Buona Pratica Locale e il Piano delle Attività

Paolo Francesconi

paolo.francesconi@ars.toscana.it



Webinar

Venerdì 15 ottobre 2021

Scelta delle componenti della Buona Pratica Basca

1. Stratificazione del rischio

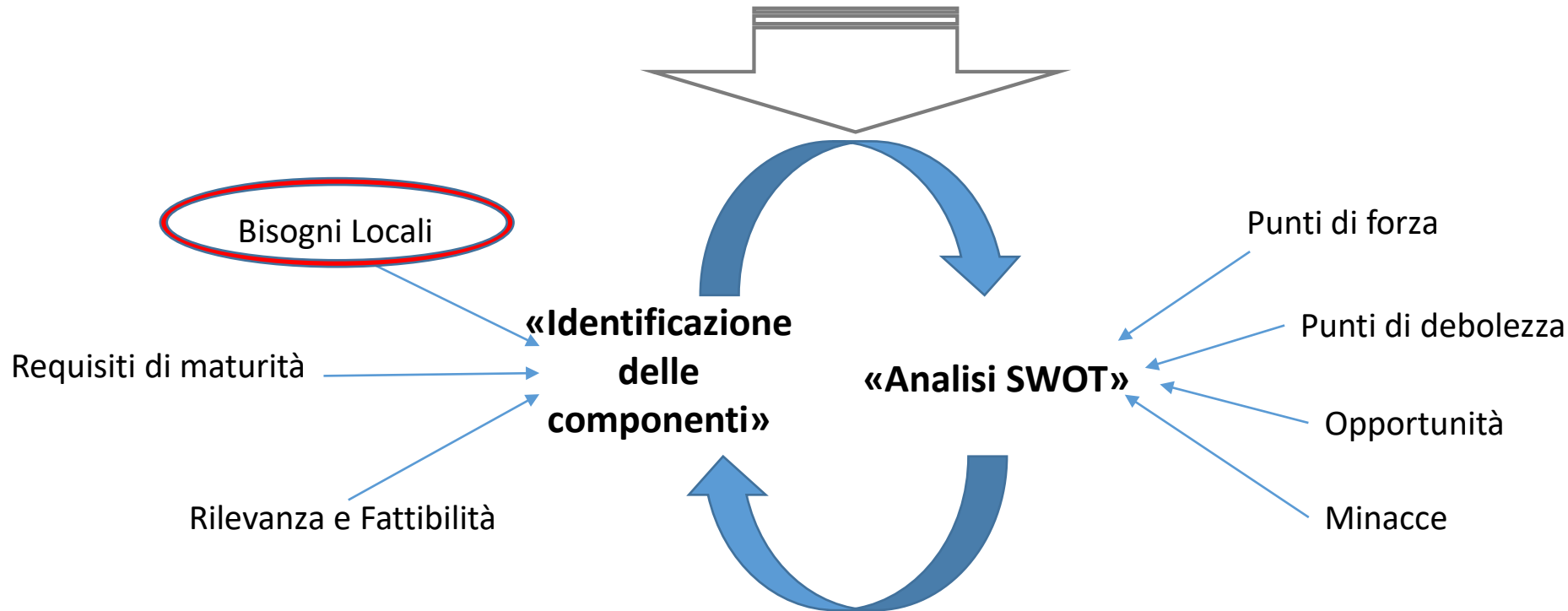
- a. Estrazione dei dati e costruzione di una dashboard
- b. Classificazione dei pazienti
- c. Il processo di stratificazione all'interno dell'Accordo Quadro

2. Cure Integrate

- a. Creazione delle «Organizzazioni di Cure Integrate»
- b. Sviluppo e diffusione di strumenti ICT per favorire cure integrate
- c. Coordinamento delle cure e comunicazione tra gli operatori sanitari

3. Programmi di empowerment

- a. Sviluppo e diffusione del programma «Scuola di Salute»
- b. Programmi di empowerment per pazienti cronici e/o multimorbi



Bisogni Locali



- ❑ **DGR 650/2016** - “Sanità d’iniziativa – Indirizzi per l’implementazione del nuovo modello”
- ❑ **DGR 930/2017** - Approvazione schema accordo con la Medicina Generale per l’implementazione del nuovo modello di Sanità d’iniziativa



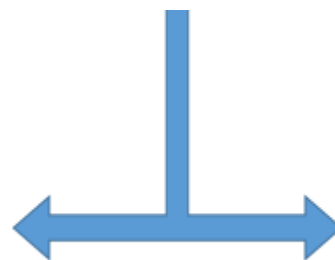
Nuovi target e nuovi modelli di presa in carico

Assistiti complessi “high risk / high cost”

- Assistiti ad alto rischio di accessi ripetuti al PS e di ricoveri ospedalieri per condizioni croniche suscettibili di cure territoriali
- Primi elenchi, con circa il 3% degli assistiti, definiti sulla base di dati correnti e comunicati ai medici curanti
- Elenchi consolidati dai medici curanti

Modello di Care Management

La presa in carico proattiva avverrà per mezzo di team multiprofessionali e multidisciplinari, secondo i principi del Care e Case Management, attraverso la definizione di Piani Assistenziali Individuali (PAI)



Modello non ancora implementato...

...anche se si ribadisce l'importanza

DGR 826/2018 (23 Luglio 2018)
- Recepimento Piano Nazionale
Cronicità

DGR 273/2020 (marzo 2020) –
Approvazione Scheda Operativa PISSR “LA
RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI E PRESA IN
CARICO DEL PAZIENTE CRONICO”

LR 20/2020 (marzo 2020) -
Promozione della medicina di
iniziativa. Modifiche alla l. r. 40/2005.



Regione Toscana

PIANO SANITARIO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE 2018-2020

SCHEDA OPERATIVA N. 14

**LA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI E PRESA IN CARICO DEL
PAZIENTE CRONICO**

- Gestione del paziente cronico

- 1. Prevenzione in ogni PIS**
- 2. Reti cliniche integrate e team multidisciplinari**
- 3. Cartella clinica territoriale informatica e integrata**
- 4. Prevedere un PAI per ogni assistito con condizioni croniche**
- 5. Diagnostica di primo livello e telemedicina**
- 6. Attivazione della nuova Sanità d'iniziativa**
- 7. Progetto IDEA**
- 8. Azioni di supporto e formative**

...anche se si ribadisce l'importanza

DGR 826/2018 (23 Luglio 2018)
- Recepimento Piano Nazionale
Cronicità

DGR 273/2020 (marzo 2020) –
Approvazione Scheda Operativa PISSR “LA
RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI E PRESA IN
CARICO DEL PAZIENTE CRONICO”

LR 20/2020 (marzo 2020) -
Promozione della medicina di
iniziativa. Modifiche alla l. r. 40/2005.

□ Il SSR «riconosce e promuove la medicina di iniziativa quale modello assistenziale della sanità moderna» (3bis)

Quali attività sono previste?

● Attività di prevenzione
delle patologie croniche

● Identificazione dei soggetti
ad alto rischio per malattie
croniche

↓
Stratificazione del rischio

● Interventi di presa in carico per favorire:

- Interventi personalizzati sul paziente
- Definizione di un Piano assistenziale Individuale
- Definizione modalità di funzionamento del team multiprofessionale
- Continuità delle cure
- Risposta integrata ai bisogni sanitari e sociali
- Progetti di formazione del team multiprof.
- Attività di formazione e informazione dei pazienti e dei caregiver (empowerment)

**Regolamento ancora
da definire**

Scelta delle componenti della Buona Pratica Basca

1. Stratificazione del rischio

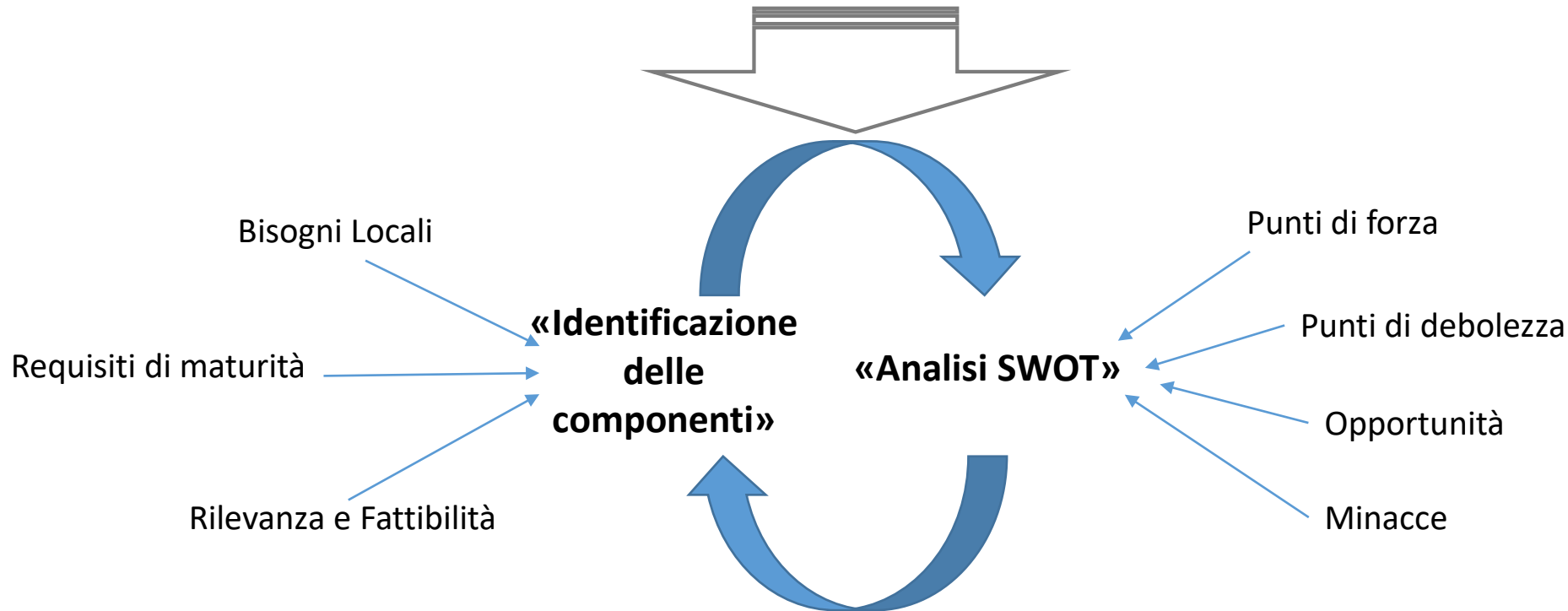
- a. Estrazione dei dati e costruzione di una dashboard
- b. Classificazione dei pazienti
- c. Il processo di stratificazione all'interno dell'Accordo Quadro

2. Cure Integrate

- a. Creazione delle «Organizzazioni di Cure Integrate»
- b. Sviluppo e diffusione di strumenti ICT per favorire cure integrate
- c. Coordinamento delle cure e comunicazione tra gli operatori sanitari

3. Programmi di empowerment

- a. Sviluppo e diffusione del programma «Scuola di Salute»
- b. Programmi di empowerment per pazienti cronici e/o multimorbi



Scelta delle componenti della Buona Pratica Basca

1. Stratificazione del rischio

2. Cure integrate

3. Programmi di empowerment

Identificazione delle componenti & Analisi SWOT

1. Stratificazione del rischio

ia. Estrazione dei dati e costruzione di una dashboard

b. Classificazione dei pazienti

c. Il processo di stratificazione all'interno dell'Accordo Quadro



2. Cure Integrate

a. Creazione delle «Organizzazioni di Cure Integrate»

b. Sviluppo e diffusione di strumenti ICT per favorire cure integrate

c. Coordinamento delle cure e comunicazione tra gli operatori sanitari



Buona Pratica Locale

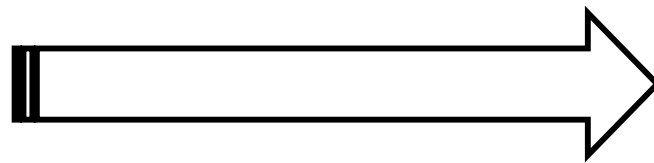


Descrizione dell'intervento locale



Componenti:

- Obiettivo
- Popolazione target
- Setting
- Componenti e relativi elementi
- Risorse necessarie
- Risultati attesi



Piano delle Attività



Azioni concrete e attività necessarie che permettono l'implementazione e la sostenibilità della Buona Pratica Locale



Componenti:

- Attività
- Attori
- Setting
- Risorse necessarie
- Timeline
- KPI



Buona Pratica Locale

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

Popolazione target:

Pazienti complessi con multicronicità e con difficoltà di gestione



Setting di implementazione:

Zona Distretto della Piana di Lucca

Obiettivo:

Identificare la popolazione di pazienti complessi e migliorare la loro presa in carico attraverso una maggiore integrazione e proattività delle cure primarie e ospedaliere

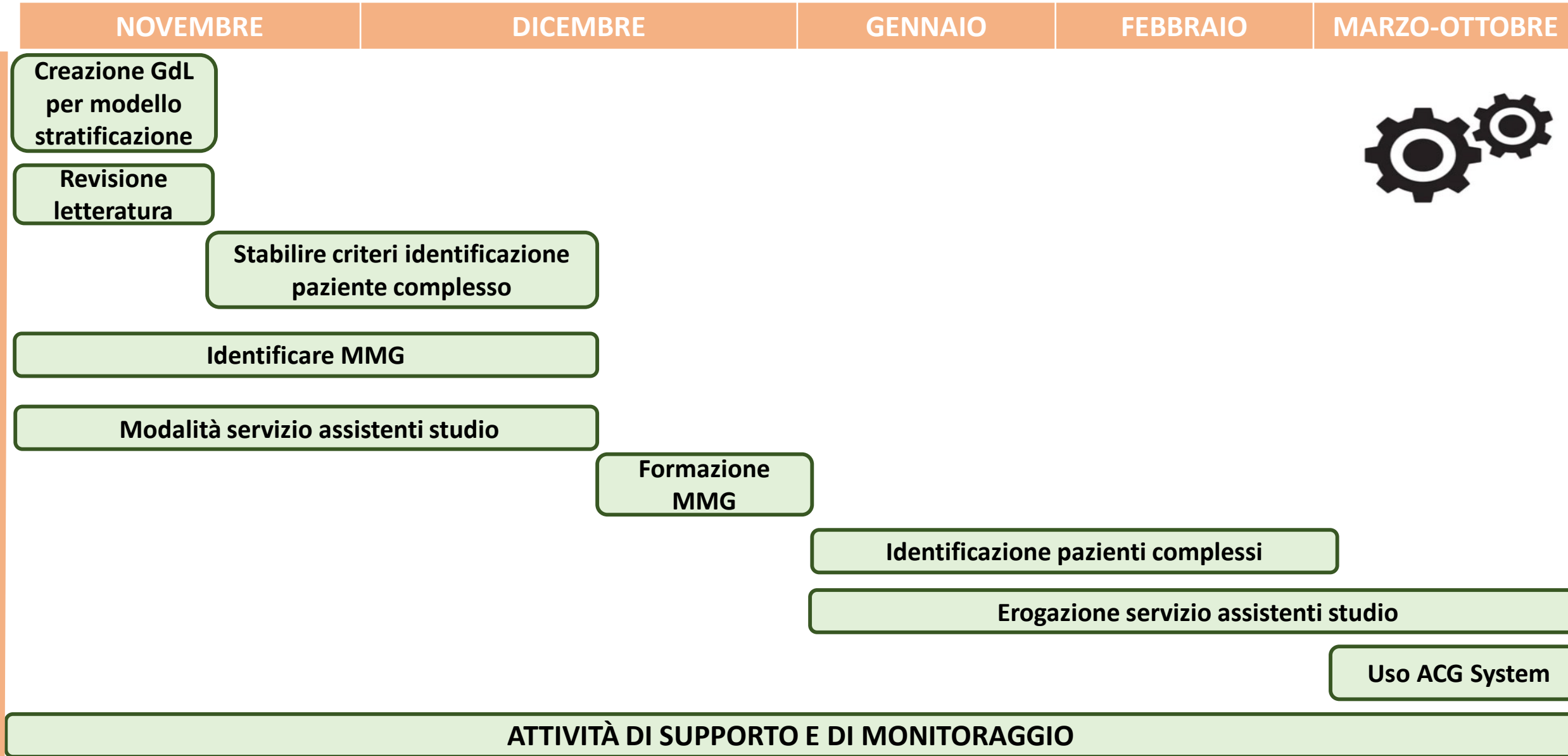
Buona Pratica Locale

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

Esiti attesi	Componenti Locali e loro elementi	Risorse necessarie
<ul style="list-style-type: none">• Identificare la popolazione dei pazienti complessi• Favorire la comunicazione tra gli operatori sanitari• Fornire cure tempestive e integrate alla popolazione dei pazienti complessi• Garantire la continuità delle cure dei pazienti complessi	<p>CL1: Sviluppo di un processo di stratificazione del rischio della popolazione</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificazione dei criteri per il modello di stratificazione locale• Formazione del personale sanitario che eseguirà e beneficerà dei risultati della stratificazione della popolazione• Identificazione da parte dei MMG dei pazienti complessi utilizzando i criteri identificati• Utilizzo del sistema ACG per supportare il processo di stratificazione a condizione che la questione della privacy locale sia risolta <p>CL2: Miglioramento della proattività e dell'integrazione dei percorsi di cura per i pazienti complessi con multicronicità e difficoltà di gestione</p> <ul style="list-style-type: none">• Sviluppare nuovi ruoli fra i professionisti dell'assistenza primaria e ospedaliera in una prospettiva di cura integrata• Favorire la comunicazione e la condivisione del processo decisionale del Piano di Assistenza Individuale all'interno del team multidisciplinare• Adattamento degli strumenti ICT esistenti per promuovere la cura integrata• Arruolamento dei pazienti complessi identificati e acquisizione del consenso informato	<ul style="list-style-type: none">• Finanziamenti• Tempo• Disponibilità dei professionisti delle cure ospedaliere e primarie a partecipare• Disponibilità di regole abilitanti per la stratificazione della popolazione• Assistenza tecnica per l'integrazione dei sistemi ICT

Piano delle Attività

CL1: Sviluppo di un processo di stratificazione del rischio della popolazione



Piano delle Attività

CL2: Miglioramento della proattività e dell'integrazione dei percorsi di cura per i pazienti complessi con multicronicità e difficoltà di gestione / Attività propedeutiche

NOVEMBRE

DICEMBRE

GENNAIO

Definire modalità partecipazione infermieri

Definire modalità partecipazione specialisti

Definire funzionamento rete clinica integrata

Definire sistema valutazione strumenti follow up

Definire consenso informato

Individuare nominalmente clinici della rete clinica integrata

Funzione PAI nel gestionale ambulatoriale

Piattaforma teleconsulto collegata al gestionale ambulatoriale

Consensus conference con professionisti rete clinica

ATTIVITÀ DI SUPPORTO E DI MONITORAGGIO



Piano delle Attività

CL2: Miglioramento della proattività e dell'integrazione dei percorsi di cura per i pazienti complessi con multicronicità e difficoltà di gestione / Arruolamento dei pazienti

FEBBRAIO

MARZO

APRILE

MAGGIO-OTTOBRE

Arruolamento pazienti complessi identificati + consenso informato

Valutazione multidimensionale pazienti complessi arruolati

Definizione PAI clinico + PAI assistenziale e condivisione nei team

Sviluppo sistema unico di gestione del PAI clinico e del PAI assistenziale

Attività di follow up dei pazienti complessi

Periodica condivisione e revisione dei PAI

ATTIVITÀ DI SUPPORTO E DI MONITORAGGIO



WEBINAR
GRATUITO

**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**

Grazie per l'attenzione!