

Il trasferimento della Buona Pratica Basca nella Zona Distretto della Piana di Lucca: un modello di presa in carico dei pazienti complessi attraverso l'integrazione e cooperazione tra servizi sanitari territoriali e servizi ospedalieri

Chiara Ferravante

chiara.ferravante@ars.toscana.it

Marco Farnè

marco.farne@uslnordovest.toscana.it



JADECARE

PRE-IMPLEMENTAZIONE

1. DEFINIZIONE DELL' OBIETTIVO
 OTTOBRE 2020-GENNAIO 2021

2. ANALISI DELLA SITUAZIONE
 FEBBRAIO 2021-APRILE 2021

**3. DEFINIZIONE BUONA PRATICA
LOCALE
E PIANO D'AZIONE**
 MAGGIO 2021-SETTEMBRE 2021

IMPLEMENTAZIONE

4. SVILUPPO E IMPLEMENTAZIONE
 OTTOBRE 2021-DICEMBRE 2022

POST-IMPLEMENTAZIONE

**5. ANALISI
DELL'IMPLEMENTAZIONE**
 GENNAIO 2023 – SETTEMBRE 2023

**6. REPORTING
DELL'IMPLEMENTAZIONE**
 GENNAIO 2023 – SETTEMBRE 2023

2020
OTTOBRE

2022

2023
SETTEMBRE

- Identificare la Buona Pratica e le componenti da trasferire
- Definire il Piano di Azione Locale



L'IDENTIFICAZIONE DELLA BUONA PRATICA

Next Adopter Working Group (NAWG): 14 professionisti

- ARS Toscana
- Direzione ZD
- Cure primarie
- Ospedale di Zona San Luca
- Comitato partecipazione cittadini

Processo di stratificazione per identificare i pazienti ad alta complessità

Strumenti ICT abilitanti per favorire l'assistenza sanitaria integrata

Integrazione fra territorio e ospedale

Reti cliniche integrate e team multidisciplinari per migliorare e sostenere la presa in carico

Piani di assistenza sanitaria personalizzati e coordinati

“OGP BASCA”

B1. Stratificazione del rischio

- 1.1 Estrazione dei dati e creazione di una dashboard
- 1.2 Classificazione dei pazienti

B2. Cure integrate

- 2.3 Coordinamento delle cure e comunicazione tra gli operatori sanitari

PIANO DI AZIONE LOCALE

Local Good Practice

Il modello della Zona Distretto della Piana di Lucca nella presa in carico di pazienti complessi attraverso l'integrazione e cooperazione tra servizi sanitari territoriali e servizi ospedalieri

Target population

Pazienti complessi con multicronicità

Setting

Zona Distretto della Piana di Lucca

Obiettivo principale:

Identificare la popolazione di pazienti complessi e migliorare la loro presa in carico attraverso una maggiore integrazione e proattività fra i medici e gli infermieri del territorio e i medici ospedalieri

Componente 1:

Definizione dei criteri di identificazione dei pazienti complessi

Componente 2:

Miglioramento della proattività e dell'integrazione dei percorsi di cura per i pazienti complessi con multicronicità → promuovere la condivisione di Piani Assistenziali Individuali in linea con i bisogni dei pazienti complessi

Componente 1: Definizione dei criteri di identificazione dei pazienti complessi

Modalità di identificazione e coinvolgimento MMG

- Sistema di stratificazione Adjusted Clinical Groups (ACG) ✗
- Definizione di una query di estrazione per i gestionali ambulatoriali MMG →
- Identificazione 10 MMG AFT Capannori & AFT Francigena
- Training sulle modalità e sul processo di identificazione
- Esecuzione del processo di identificazione (n°10/MMG)

Criteri inclusione

Criterio obbligatorio:

>18 aa

≥2: Cardiopatia ischemica, Scompenso cardiaco (NHYA 2 e3),
Malattia Renale Cronica (GFR<45), BPCO GOLD B/C, Diabete
complicato con insulina

Criterio preferenziale:

Essere seguiti a livello di specialistica ambulatoriale dagli specialisti
delle U.O della ZD*

Criteri aggiuntivi:

- Multiterapia farmacologica: prescrizione nell'ultimo anno di ≥10 categorie farmacologiche ATC5
- Almeno una dimissione da ricovero in area medica nell'ultimo anno*
- Necessità di consulenza specialistica multidisciplinare ≥1 in due branche tra medicina interna, cardiologia, pneumologia, diabetologia, nefrologia
- Paziente in ADI

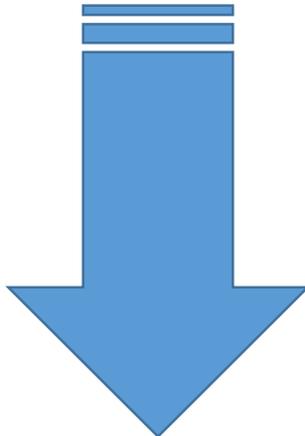
Criteri esclusione

-fase terminale/con trapianto*

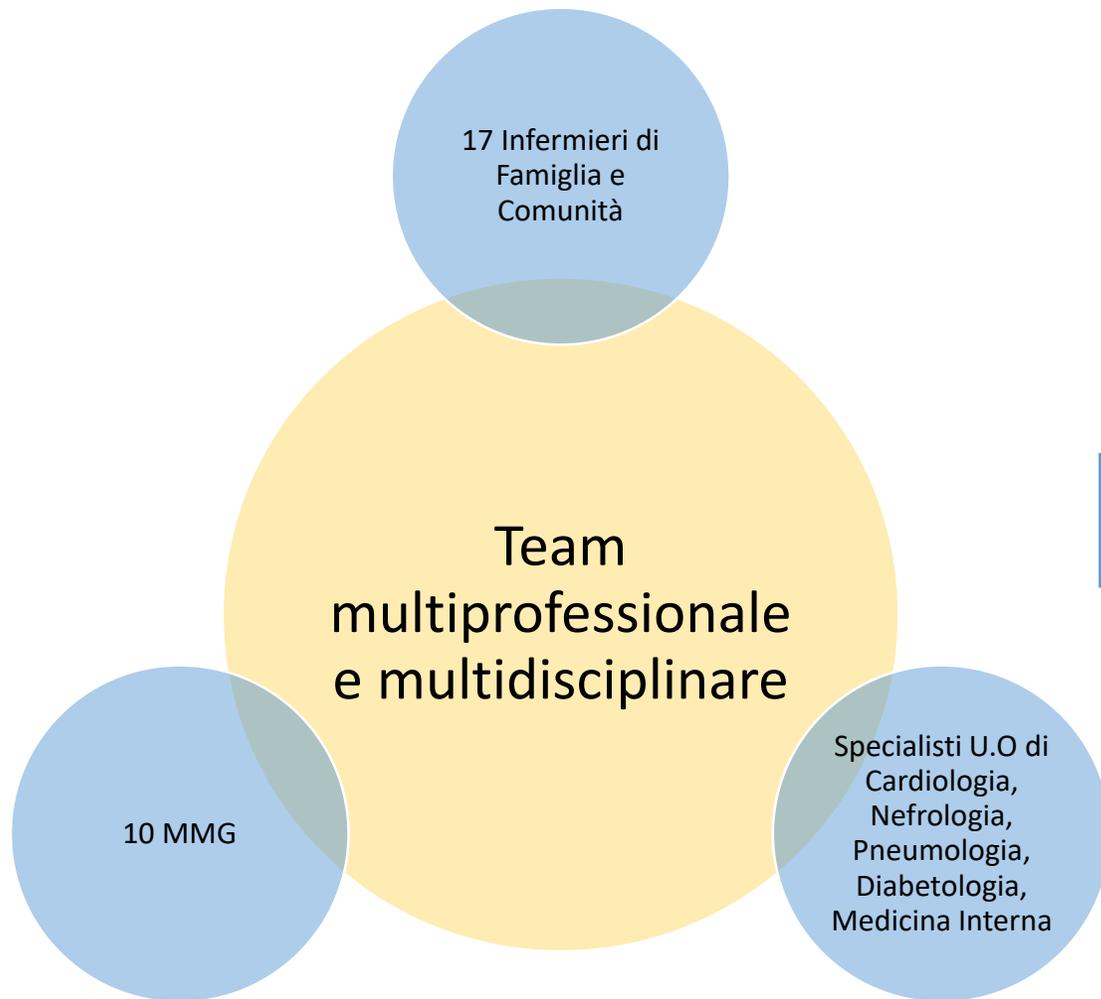


Modalità di arruolamento e prima compilazione del PAI clinico

- Problema normativa privacy per la condivisione dei dati clinici con il team multidisciplinare ✘
↓
- Definizione del Consenso Informato
↓
- Installazione della funzione PAI sui gestionali ambulatoriali e training sul funzionamento
↓
- Esecuzione del processo di arruolamento: firma del consenso informato e prima stesura del PAI clinico
 - Terapie in atto
 - Esami di follow up programmati



Componente 2: Miglioramento della proattività e dell'integrazione dei percorsi di cura per i pazienti complessi con multicronicità



VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INIZIALE E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE ALL'INTERNO DI UN FOLLOW UP MENSILE

- Set strumenti di valutazione: 11 dimensioni
- Questionario di follow up
- Flowchart per la modalità di erogazione del follow up: domicilio, ambulatorio e remoto

MODALITÀ DI CONDIVISIONE DEI PAI: STRUMENTI E TEMPISTICHE

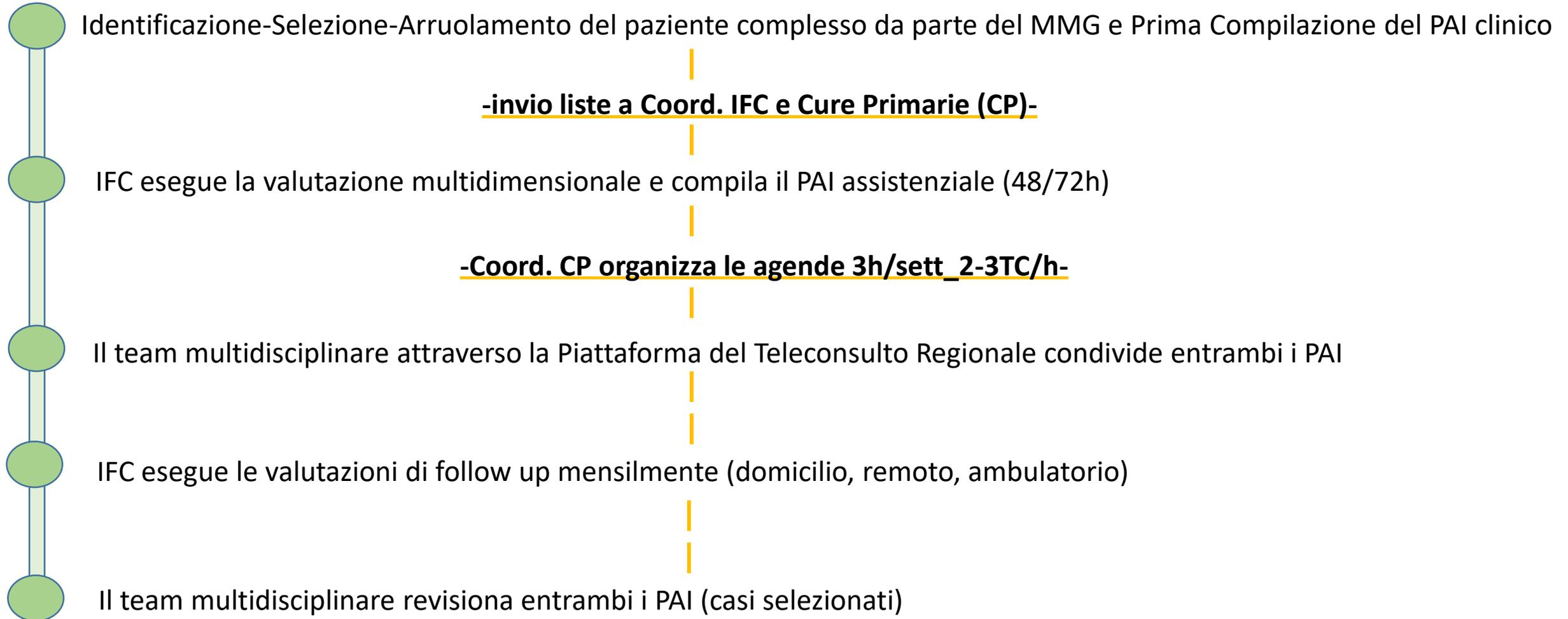
- Modalità: Teleconsulto
- Strumento: Piattaforma Regionale del Teleconsulto
- Tempistiche: 2-3TC/h, 3h/settimana

MODALITÀ DI ORGANIZZAZIONE INTERNA

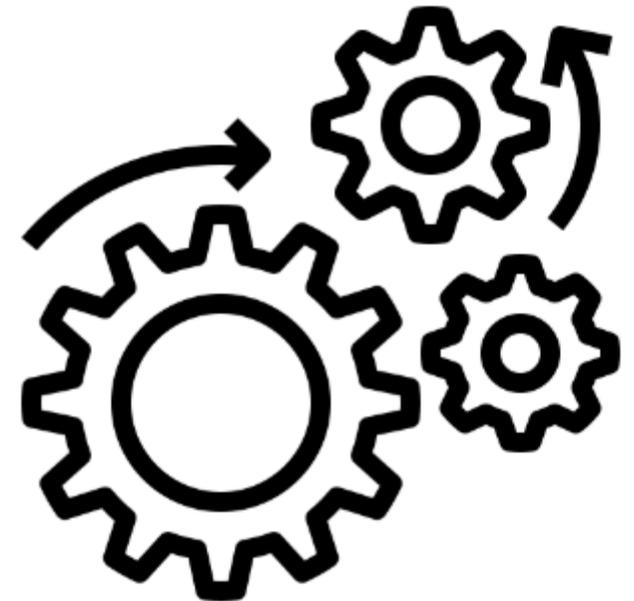
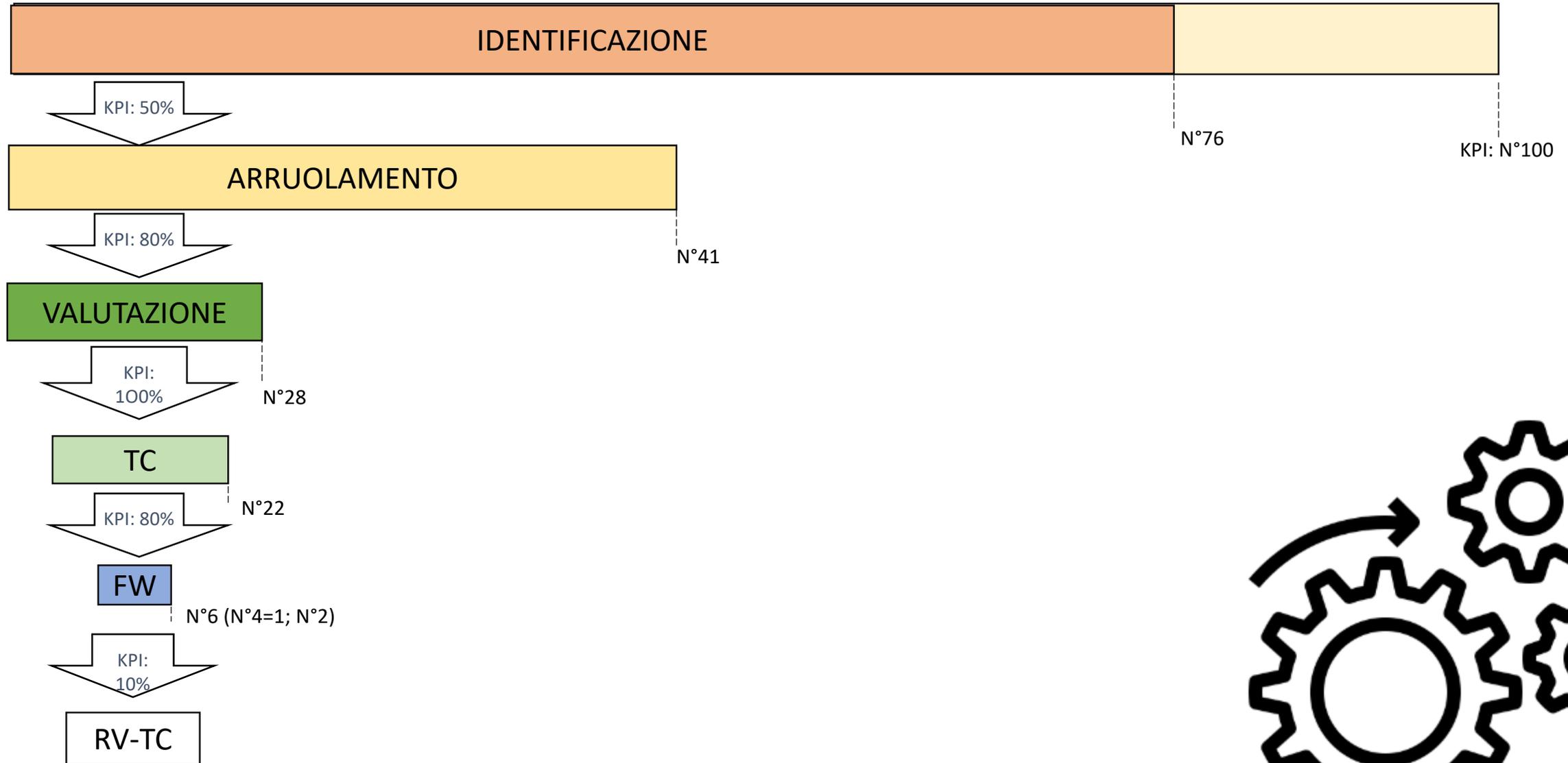
- Flusso delle azioni

Componente 2: Miglioramento della proattività e dell'integrazione dei percorsi di cura per i pazienti complessi con multicronicità

Modello di presa in carico integrata



STATO DELLE ATTIVITÀ



Prima ipotesi di calendario per teleconsulti e PAI

JADECARE_Analisi arruolamento_0530.xlsx - Microsoft Excel

Home Inserisci Layout di pagina Formule Dati Revisione Visualizza Sviluppo

A3

GIUGNO 2022

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V		
1																								
2	SPECIALISTI			MERCOLEDÌ 8		VENERDÌ 10					LUNEDÌ 13			MERCOLEDÌ 15			VENERDÌ 17					LUNEDÌ 20		
3		13.30 - 14	14 - 14.30	13.30 - 14	14 - 14.30	13.30 - 13.50	13.50 - 14.10	14.10 - 14.30			13.30 - 13.50	13.50 - 14.10	14.10 - 14.30	13.30 - 13.50	13.50 - 14.10	14.10 - 14.30	13.30 - 13.50	13.50 - 14.10	14.10 - 14.30			13.30 - 13.50	13.50 - 14.10	14.10 - 14.30
4	CARDIO	Martinelli H	Martinelli I	Nottoli I	Nottoli L	Monachi H	Monachi I	Monachi L			Begliuom L	Marsalli L	Barsotti H	Barsotti A	Barsotti C	Barsotti D	Nottoli B	Nottoli D	Martinel A			Begliuom L	Begliuom L	Begliuom L
5	NEFRO	Martinelli H	Martinelli I	Nottoli I	Nottoli L	Monachi H	Monachi I	Monachi L			Begliuom L	Marsalli L	Barsotti H	Nottoli C			Barsotti F							
6	PNEUMO	Martinelli H	Martinelli I	Nottoli I	Nottoli L								Nottoli C				Barsotti F							
7	DIABE	Martinelli H				Monachi H	Monachi I	Monachi L			Begliuom L	Marsalli L	Barsotti H	Barsotti A	Barsotti C	Barsotti D	Nottoli B	Nottoli D	Martinel A			Begliuom L	Begliuom L	Begliuom L
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								

Due Tre Quattro Riassunto richiesta Calendario

Pronto 70%

00:18 03/11/2022

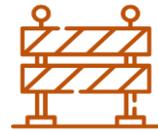
Ruolo del Medico delle Cure Primarie

- Collegamento tra MMG e IFeC
- Collegamento con i medici specialisti
- Gestione del calendario per i teleconsulti in relazione ai pazienti segnalati e agli specialisti coinvolti
- Supervisione dello svolgimento dei teleconsulti per evidenziare criticità, proporre miglioramenti, gestire eventuali conflittualità o misunderstanding



PUNTI DI FORZA

- Lavoro collegiale, integrato tra varie figure professionali
- Possibilità di analisi dei bisogni sanitari del paziente a 360 gradi
- Opportunità di crescita professionale e di aggiornamento sul campo
- Contenimento del numero di farmaci nelle politerapie, maggiore appropriatezza terapeutica e nelle richieste di esami e prestazioni specialistiche



PUNTI DI DEBOLEZZA

- Scarsa abitudine al lavoro cooperativo (poca familiarità con alcune funzioni degli strumenti informatici)
- Difficoltà nella gestione della conciliazione del percorso clinico se il paziente è seguito anche da specialisti privati (qualora siano richieste modifiche)
- Difficoltà a conciliare l'approccio clinico del medico (diagnosi e terapia) con l'approccio assistenziale dell'infermiere (cura della persona)
- Rischio che il paziente si senta paradossalmente escluso dal momento del consulto



LEZIONI APPRESE

- L'approccio clinico del medico e l'approccio assistenziale dell'infermiere devono creare un tutt'uno che copre tutti i bisogni sanitari del paziente

Il trasferimento della Buona Pratica Basca nella Zona Distretto della Piana di Lucca: un modello di presa in carico dei pazienti complessi attraverso l'integrazione e cooperazione tra servizi sanitari territoriali e servizi ospedalieri

Grazie per l'attenzione!

Chiara Ferravante

chiara.ferravante@ars.toscana.it

Marco Farnè

marco.farne@uslnordovest.toscana.it

