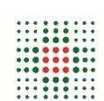


La visione del Direttore Generale sul nuovo modello territoriale di sanità nel PNRR

Antonio Brambilla
Direttore Generale
AUSL Modena

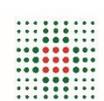


Recovery Plan: il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza

PNRR: la missione 6 è dedicata alla "Salute"

Fondi dedicati alla componente "assistenza di prossimità e telemedicina", sono finalizzati a "potenziare e riorientare il SSN verso un modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza socio-sanitaria"





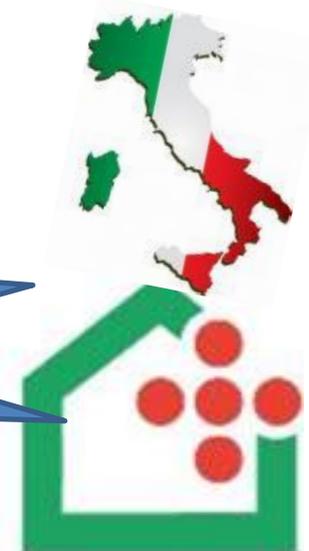
Recovery Plan: il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza

1. Case della Comunità/Case della Salute
2. Ospedali di Comunità
3. Centrali Operative Territoriali
4. Potenziamento della domiciliarità e telemedicina

Il secondo cluster "innovazione dell'assistenza sanitaria", mira all'ammodernamento delle [dotazioni tecnologiche del SSN](#)



In Emilia-Romagna
126 Casa della Salute
25 Ospedali di Comunità





IL «DM71» - PROPOSTA

Modelli e Standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale

Stratificazione della popolazione
per profili di rischio per la
personalizzazione degli
interventi

Medicina di Iniziativa

Progetto di salute
individuale e di comunità



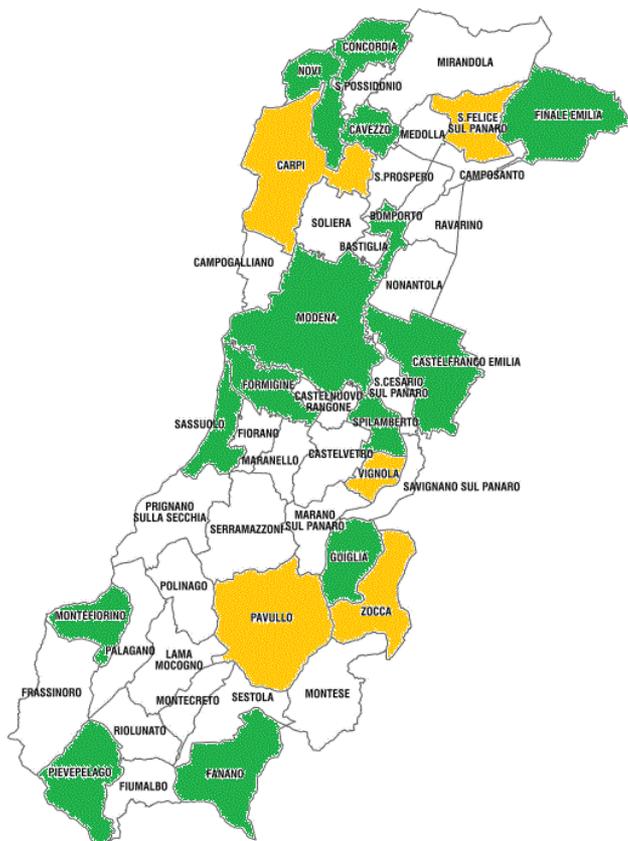
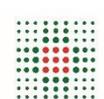
IL «DM71» - PROPOSTA

Modelli e Standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale

Lavoro in equipe
multidisciplinare
dell'ambito sanitario e
sociale

Co-progettazione con
pazienti, famiglie,
associazionismo ecc.

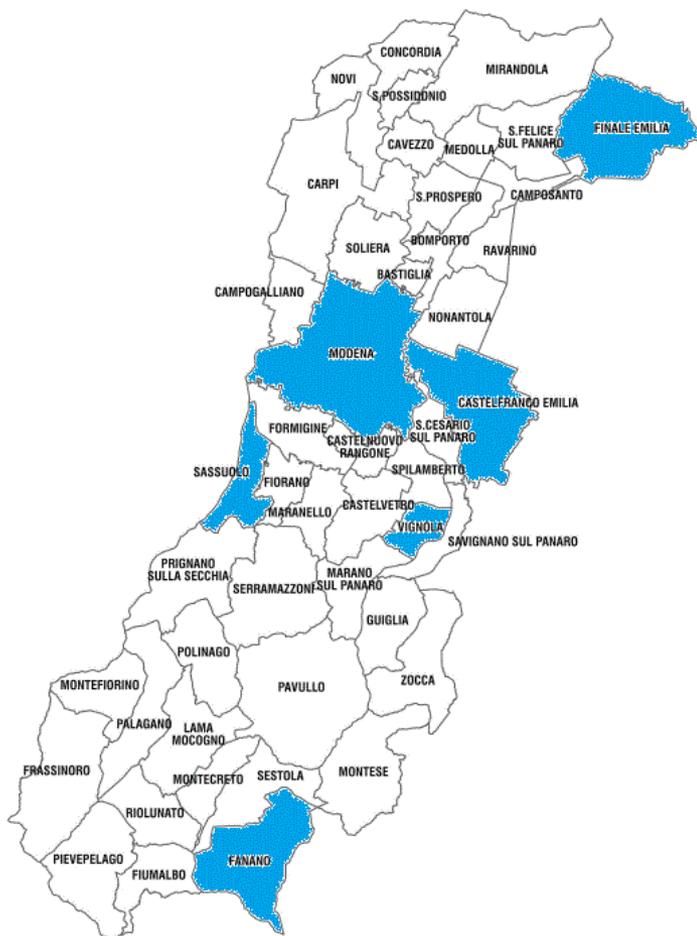
Telemedicina (servizi
e strumenti)



27 Case della Comunità: L'obiettivo è che ogni cittadino possa avere una struttura territoriale di riferimento che rappresenti una certezza concreta di risposta ai diversi bisogni

 Comuni con almeno 1 Casa della Salute

 Comuni con Casa della Salute da realizzare



6 Ospedali di Comunità: letti territoriali a supporto della presa in carico della cronicità

1 COT hub a Modena (telemedicina h12 7/7, dimissioni protette, 116117) e altre 6 spoke nei distretti

Centrali Operative Territoriali in AUSL Modena

Le COT svolgono una funzione di raccordo tra le diverse attività e servizi presenti nel territorio, sono garanti del coordinamento l'attività clinico-assistenziale

per la presa in carico delle persone:

COVID

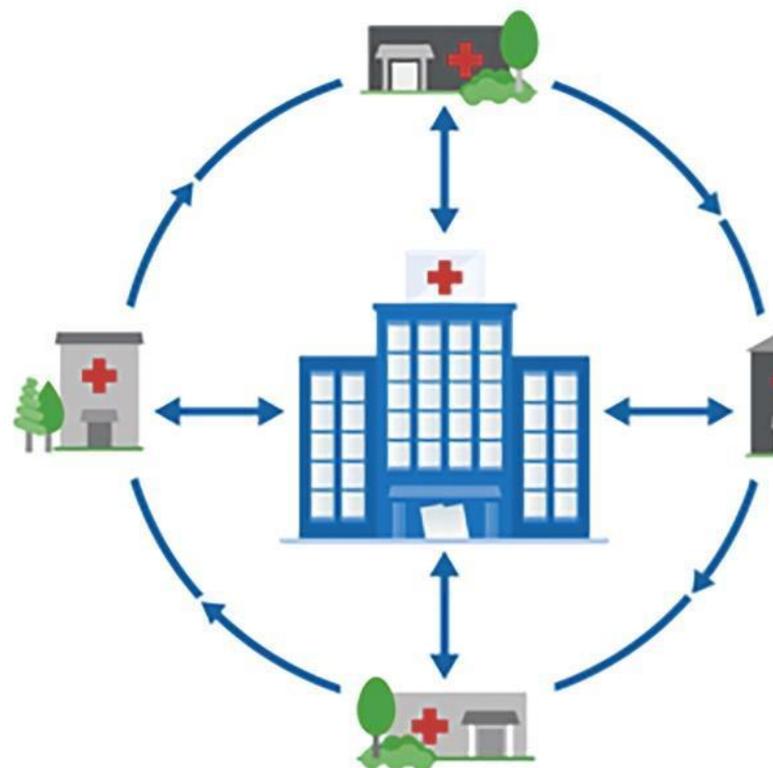
con patologie croniche

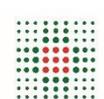
in condizioni di fragilità

che necessitano di mantenere la continuità dell'assistenza,

allo scopo di aumentare la capacità di profilare

e velocizzare l'attivazione dei diversi servizi.





Gli ambulatori della medicina di iniziativa (in ogni Casa della Comunità)

nell'ambito dei percorsi condivisi con **Infermieri di Comunità** in integrazione con **MMG, Specialisti, Assistente Sociale, fisioterapisti, Associazioni di volontariato ...**

Identificazione e reclutamento con MMG

Chiamata attiva dei pazienti

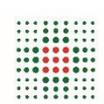
Accoglienza, presa in carico e follow up

Educazione terapeutica

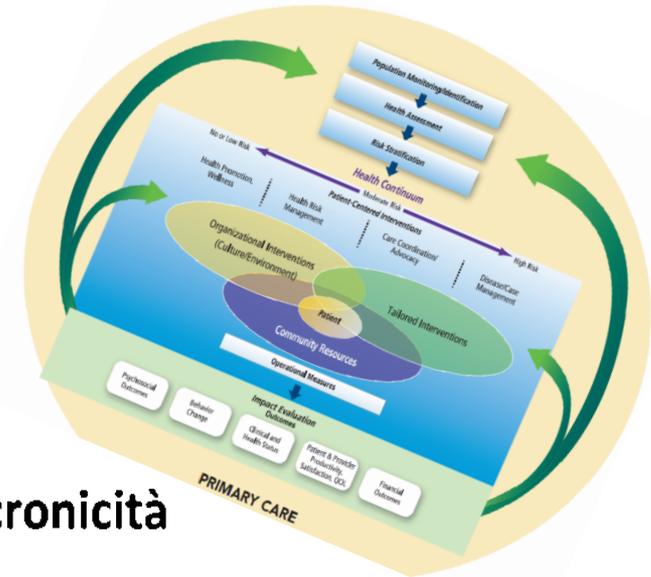
Addestramento a paziente e caregiver

Continuità assistenziale ospedale-territorio





Obiettivo del Piano Nazionale Cronicità (DGR 429/2017 recepimento PNC)



C) Il macroprocesso di gestione della persona con cronicità

1. FASE I: stratificazione e *targeting* della popolazione
2. FASE II: promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce
3. FASE III: presa in carico e gestione del paziente
4. FASE IV: erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente
5. FASE V: valutazione della qualità delle cure erogate



Profili di Rischio (Risk-ER): Algoritmo Predittivo

Utilizzo di variabili indipendenti:

➤ Caratteristiche demografiche:

- età
- sesso
- residenza geografica (città, pianura, collina, montagna)

➤ Indicatori di morbidità e di severità di malattia

- **Severità clinica** (circa 500 categorie diagnostiche definite in base alla localizzazione, alla eziologia e al grado di diffusione della patologia, utilizza i codici ICD9CM)
- Body system or Etiology Group

➤ Indicatori di qualità dei Profili di Cura dei NCP:

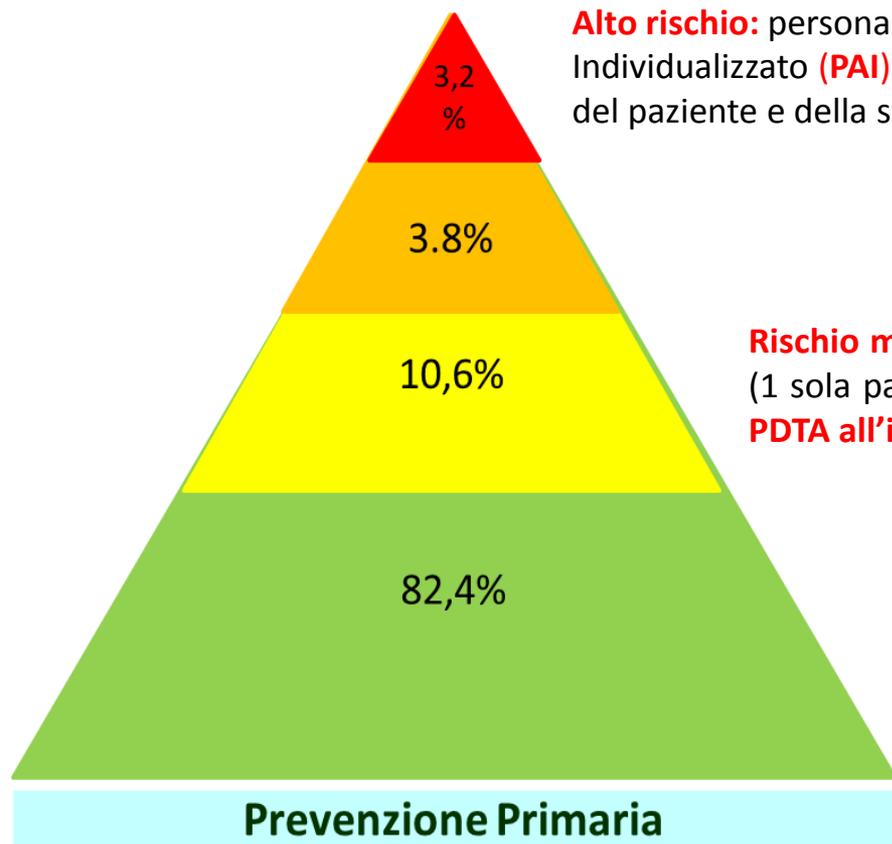
- **poliprescrizione farmaceutica**
- interazione potenziale farmaco-farmaco
- farmaci potenzialmente inappropriati
- **aderenza alle linee di indirizzo regionali (aderenza ai PDTA)**

➤ Misure di consumo dei servizi come proxy della complessità: ricoveri, PS, laboratorio, specialistica, ecc...





L'obiettivo è la presa in carico personalizzata



Alto rischio: personalizzazione delle cure attraverso il Piano Assistenziale Individualizzato (**PAI**) per rispondere ai complessi e diversificati bisogni del paziente e della sua famiglia che ha più di una patologia cronica

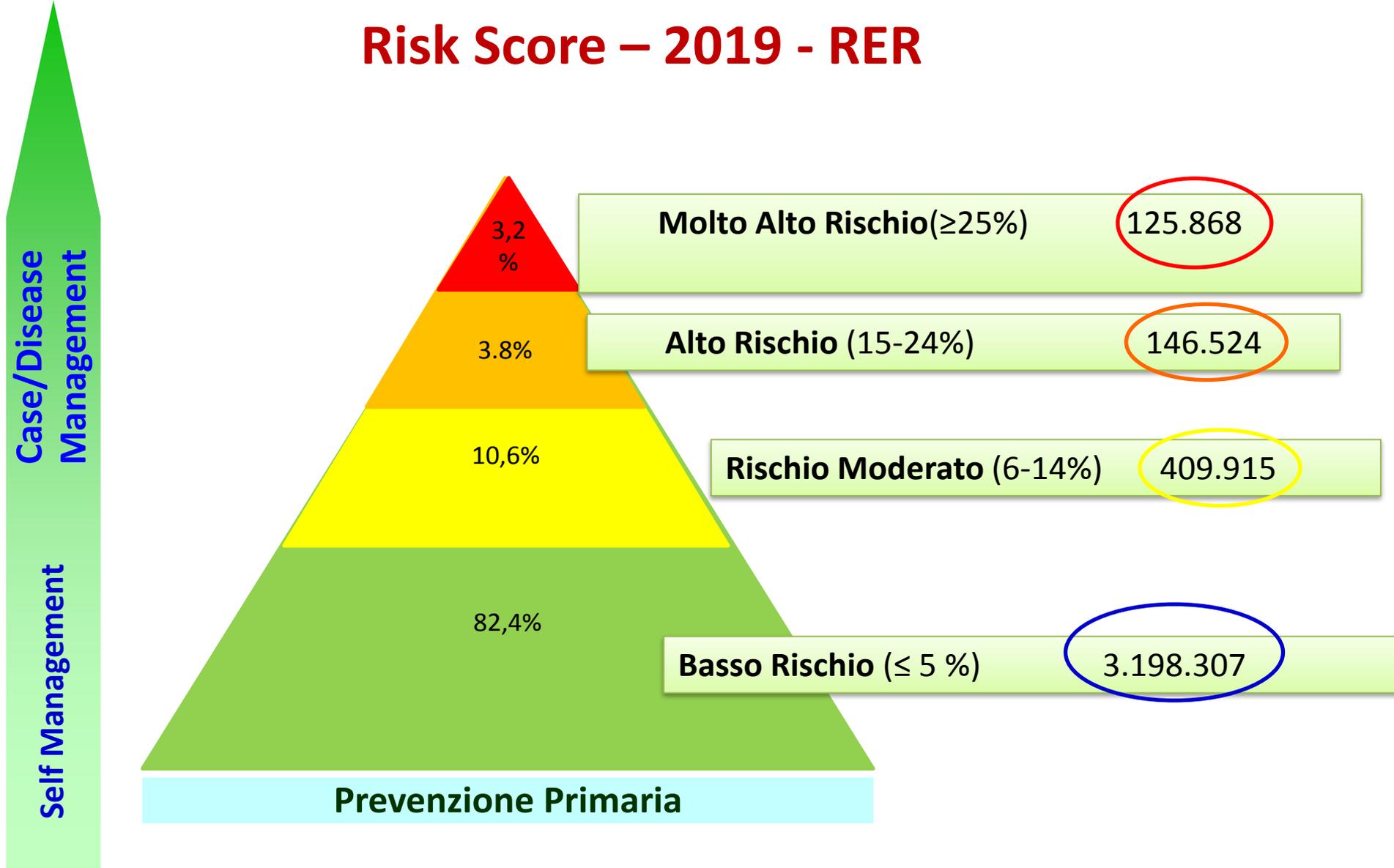
Rischio moderato in cui la popolazione ha complessità lieve (1 sola patologia cronica), lo strumento più appropriato è il **PDTA all'interno di una rete clinico assistenziale.**

Basso rischio: interventi rivolti **alla popolazione sana**, in collaborazione con altre istituzioni (es. scuole) e associazioni di volontariato per progetti condivisi sui corretti stili di vita, la lotta agli abusi, la **prevenzione del rischio cardiovascolare** ecc).



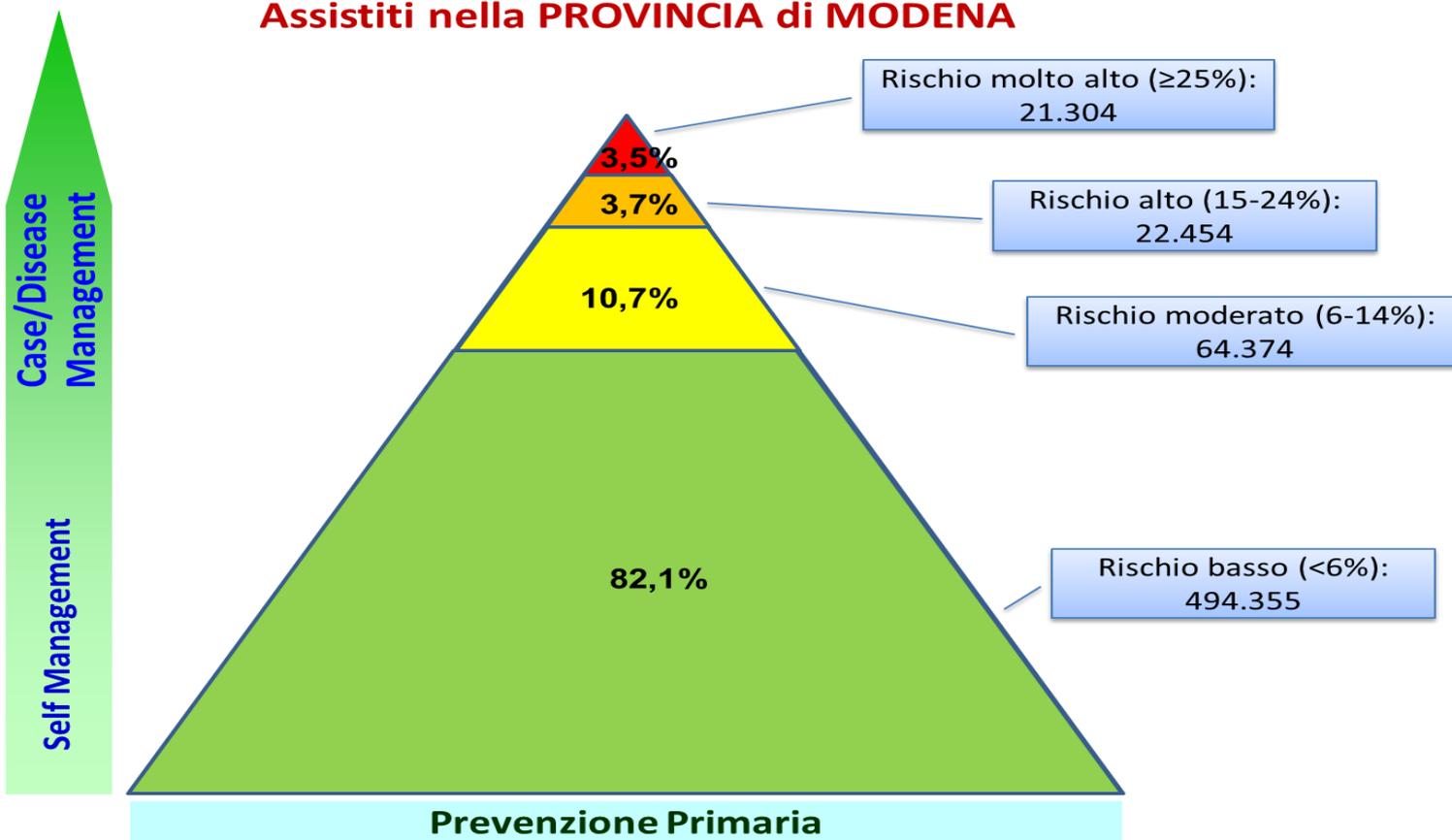
Casa della Salute come luogo privilegiato per intervenire sulle fragilità e della medicina di iniziativa

Risk Score – 2019 - RER



Stratificazione della popolazione in base a misure di previsione del rischio di esiti sanitari - RiskER: popolazione complessiva

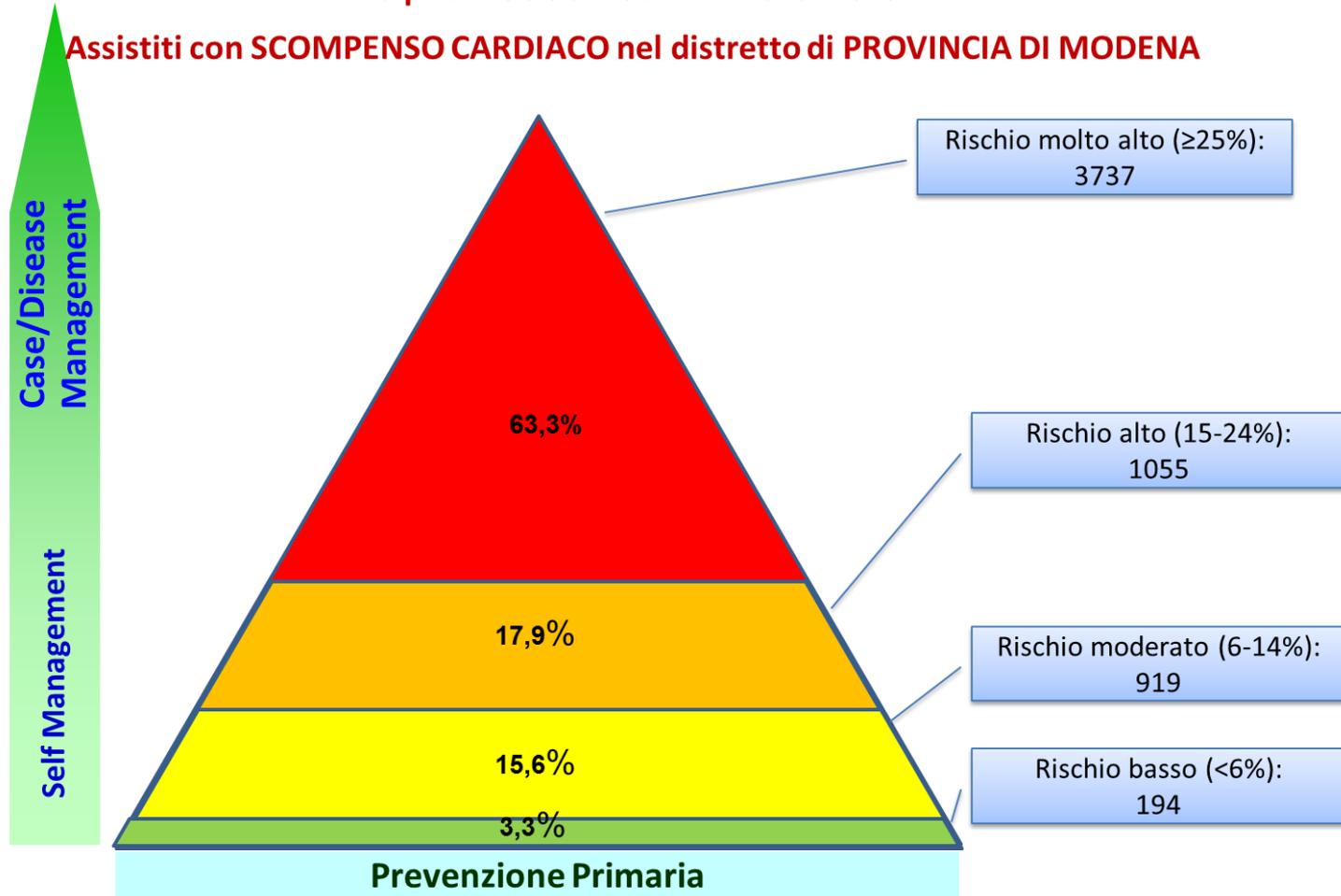
La piramide del rischio – Risker 2019 Assistiti nella PROVINCIA di MODENA



Stratificazione della popolazione in base a misure di previsione del rischio di esiti sanitari - RiskER: Scompenso Cardiaco

La piramide del rischio – Risker 2019

Assistiti con SCOMPENSO CARDIACO nel distretto di PROVINCIA DI MODENA





Paziente: 1094553 Patient

Sesso: F Et : 44

Rischio di ospedalizzazione previsto per il 2013:

Molto alto

Il grafico mostra il cambiamento nel tempo del rischio di ospedalizzazione previsto per il paziente



Questo documento   un sommario delle informazioni di natura amministrativa per un paziente previsto a probabile 'rischio molto alto' di ospedalizzazione nel 2013 in base ai consumi sanitari del 2012.

Patologie croniche (in base al sistema o cziologia)

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Cardiovascolari | <input type="checkbox"/> Genitourinarie | <input type="checkbox"/> Oftalmologiche |
| <input type="checkbox"/> Dermatologiche | <input type="checkbox"/> Ginecologiche | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatriche |
| <input type="checkbox"/> Ematologiche | <input type="checkbox"/> Immunologiche | <input checked="" type="checkbox"/> Psichiatriche |
| <input type="checkbox"/> Endocrine | <input type="checkbox"/> Infettive | <input type="checkbox"/> Respiratorie |
| <input checked="" type="checkbox"/> Epatiche | <input type="checkbox"/> Muscoloscheletriche | <input type="checkbox"/> Sistema Genitale Maschile |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gastrointestinali | <input checked="" type="checkbox"/> Neurologiche | <input type="checkbox"/> Tumoriali |

Ospedalizzazione 2012 – N. di ricoveri occorsi al paziente: 1

N. 1 Degenza ordinaria presso Ospedali Riuniti-Pr

02/01/12 - 02/02/12 gg_deg: 31 Dimissione: Ordinaria a domicilio
 Patologia principale del ricovero: 785.59 Altro Shock Senza Menzione Di Trauma
 Comorbidit : 789.5 Ascite
 571.2 Cirrosi Epatica Alcolica
 570 Necrosi Acuta E Subacuta Del Fegato
 307.1 Anoressia Nervosa
 070.54 Epatite C Cronica Senza Menzione Di Coma Epatico
 Procedura: 42.91 Legatura Di Varici Esofagee

Pronto Soccorso 2012 – N. : 3

Presso Ospedali Riuniti-Pr

13/02/12 - 13/02/12

Altri Sintomi O Disturbi



Visite specialistiche

Dermatologia
Gastroenterologia
Malattie Infettive E Tropicali
Odontoiatria E Stomatol.

Farmaci: N. totale di farmaci nel 2012: 11

A02 Farmaci Per Disturbi Correlati All'Acidita'

Lansoprazolo

A06 Lassativi

Lattitolo

Lattulosio

A07 Antidiarroici, Antinfiammatori Ed Antimicrobici Intestinali

Rifaximina

B02 Antiemorragici

Filomenadione

C03 Diuretici

Torasemide

Canrenoato Di Potassio

Furosemide

C07 Betabloccanti

Carvedilolo

J01 Antibatterici Per Uso Sistemico

Ciprofloxacina

N03 Antiepilettici

Fenobarbital

Il paziente è stato esposto a politerapia nel 2012, definita come l'uso simultaneo di 5 o più principi attivi per almeno 15 giorni consecutivi.

L'aderenza alle LG

Linee-guida

Il paziente era eleggibile per i seguenti:

Gestione del colesterolo dopo IMA, bypass coronarico,
angioplastica, ischemia vascolare

Gestione del diabete

emoglobina glicata

esame dell'occhio

profilo lipidico

microalbuminuria

ECG

filtrato glomerulare o creatinina

trattamento con statine

trattamento con aspirina

Compliance con linee-guida

Si

Si

Si

Si

Si

Si

No

Si, 2 prescr > 180 giorni fra loro

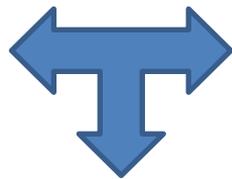
Si, 2 prescr > 180 giorni fra loro

Interventi nella Casa della Salute Castelfranco E. (MO)

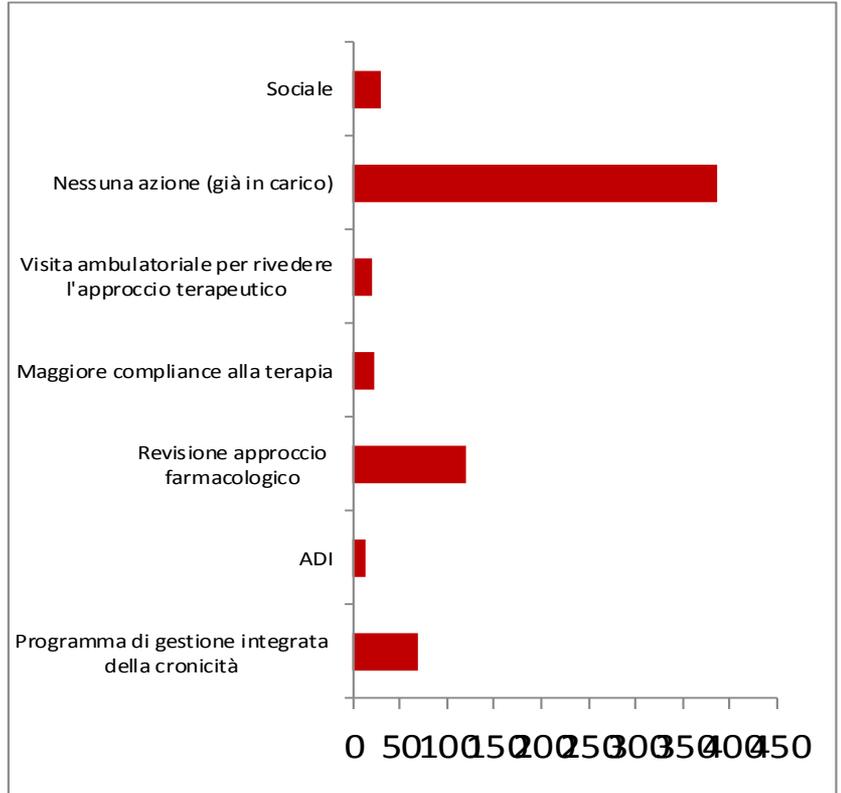
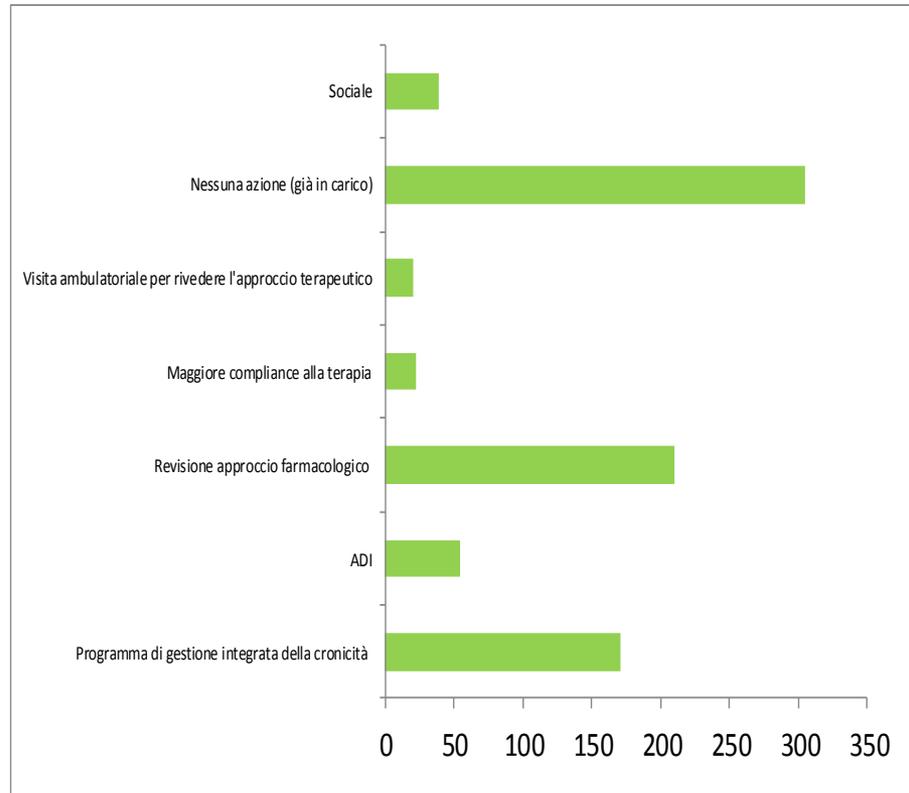
18.858 assistiti

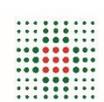
25 MMG

821 pazienti a rischio alto



661 pazienti a rischio molto alto





Telemedicina: un progetto innovativo attivo nelle Case della Salute dell'AUSL di Modena



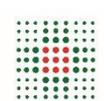
Telemonitoraggio domiciliare e telerefertazione



Interventi erogati a favore dei pazienti residenti affetti da **malattie croniche con profilo di rischio alto e molto alto**

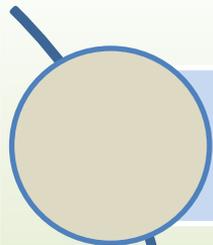


In via prioritaria per il tramite delle **Case della Salute**

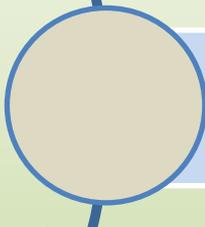


Il modello organizzativo nell'AUSL di Modena

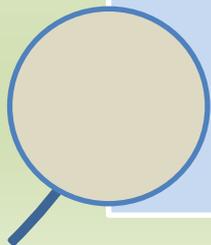
Il modello prevede **3 modalità** di presa in carico **secondo livelli di complessità** e concordati nel PAI (MMG, infermiere, paziente e caregiver):



Bassa intensità: l'invio dei parametri è previsto due/tre volta a settimana



Media intensità: l'invio dei parametri è previsto quattro/cinque volta a settimana



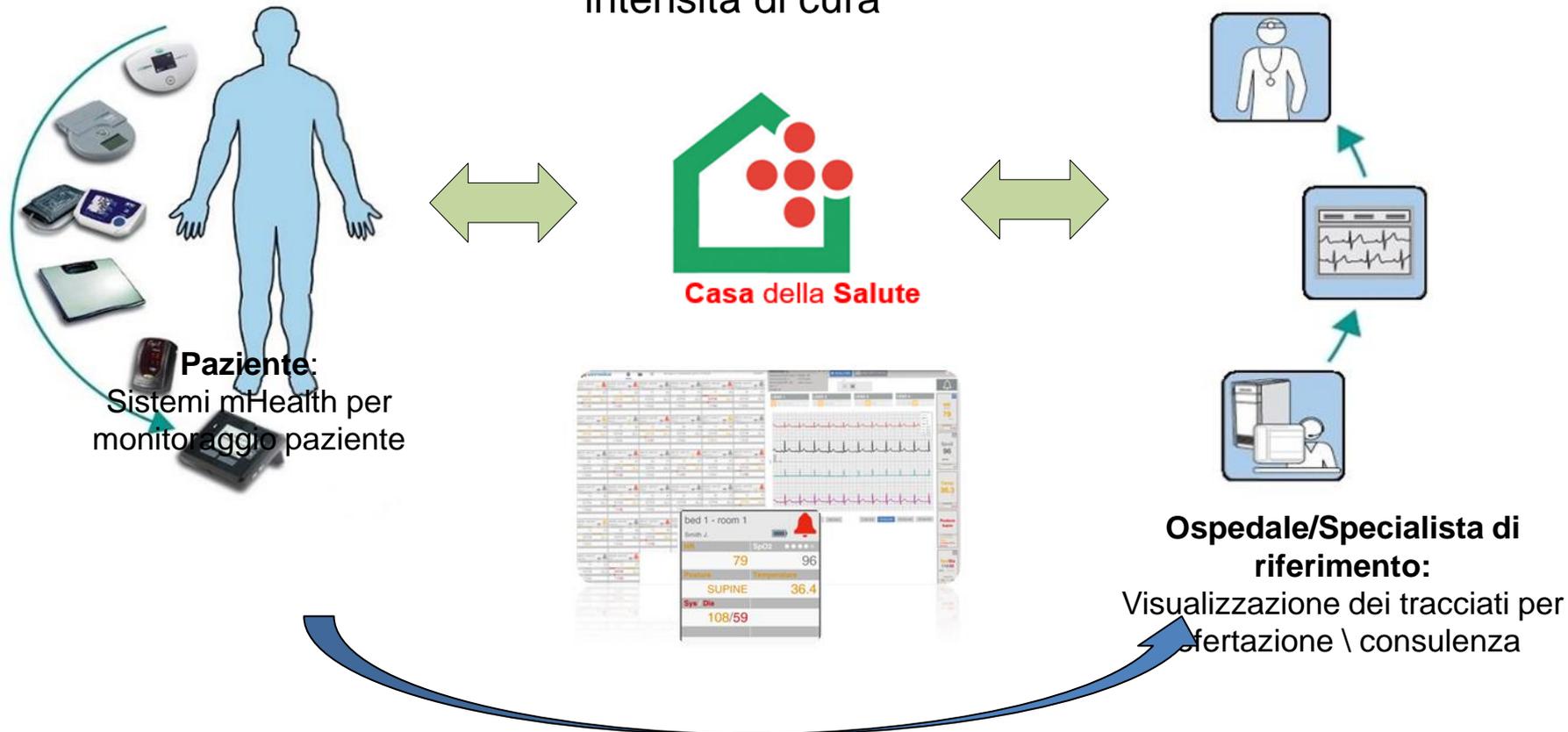
Alta intensità: l'invio dei parametri è previsto 7 giorni su sette (es. nelle dimissioni protette, acuzie minori per evitare il ricovero ecc.)



Equipe della Casa della Salute è responsabile della presa in carico

Ambulatorio Cronicità nelle CdS

Sistemi di monitoraggio configurabili
intensità di cura





Grazie a tutti!!!

Antonio Brambilla