

**La buona pratica del teleconsulto multiplo per la
gestione di pazienti
con multimorbosità complesse: come implementarla**

29 novembre 2023

**La telemedicina nelle indicazioni regionali
per la gestione dei pazienti con
multimorbosità complesse**

Elisa Scopetani – Regione Toscana



- Coerenze esterne della buona pratica rispetto al quadro normativo e programmatico di riferimento
 - Modello sanità d'iniziativa
 - Riorganizzazione assistenza territoriale
 - Atto di programmazione MG/PLS
 - Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina
 - Primi indirizzi regionali per l'implementazione delle COT
- Prossimi passi



Quadro di riferimento - 1

- Sanità d'iniziativa
 - DGR 650/2016 - “... necessità di ripensare il modello di presa in carico proattiva includendo .. gli assistiti a più alto rischio di ricoveri ripetuti per condizioni croniche effettivamente ancora suscettibili di cure territoriali (di seguito denominati “**assistiti complessi**”), al fine di migliorare gli esiti di salute, l’esperienza di cura dei pazienti e la sostenibilità del sistema.”
 - “Gli strumenti di intervento saranno descritti in piani assistenziali individuali (PAI) strutturati, che prevederanno, in una logica di team funzionale multiprofessionale ...”
 - Scheda Operativa 14 PISSR 2018 – 2020
 - DM 77/2022 – scheda 3 Stratificazione della popolazione e sanità d'iniziativa



Quadro di riferimento - 2

- DGR 1508/2022, Riorganizzazione assistenza territoriale
 - Punto 4.4 Le cure primarie per la cronicità – **Sanità d’iniziativa**
 - “Lo scopo della Sanità di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della **multi-morbilità**”
 - Reti strutturate tra medici del ruolo unico e specialisti ambulatoriali convenzionati e dipendenti, ospedalieri e territoriali nell’ambito di comunità di pratica, attraverso un **lavoro in team**



Quadro di riferimento - 3

- Atto di programmazione ai sensi dell'art. 8 degli ACN MMG/PLS 2016 – 2018 (DGR 167/2023)
 - Collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali (UCCP) tramite idonei sistemi informatici e informativi
 - Nelle UCCP, all'interno delle equipe territoriali, è prevista l'integrazione della **specialistica ambulatoriale** convenzionata al fine di gestire i pazienti cronici e complessi
 - Le AFT sono collegate funzionalmente alla propria forma organizzativa multiprofessionale di riferimento prioritariamente per l'attività relativa alla **presa in carico del bisogno complesso**, il cui punto di riferimento fisico sono i nodi della rete di prossimità



Quadro di riferimento - 4

- Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina (DGR 764/2023)
 - Teleconsulto: “E’ un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con **uno o più medici per dialogare** ... riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico.”
 - “Il teleconsulto è un’attività che coinvolge prevalentemente medici delle cure primarie e uno o più medici specialisti. Nel caso di **teleconsulti multipli per pazienti complessi** possono essere coinvolti anche infermieri di famiglia e comunità. ... La notifica dell’effettuazione del servizio è notificata alla COT che tratterà tutto il percorso.”
 - Strutturazione agende dedicate



Quadro di riferimento - 5

- COT – Primi indirizzi regionali (15 novembre 2023)
 - Valutazioni necessarie all'attivazione della transizione tra setting assistenziali ('core' del sistema COT)
 - **Valutazioni multidimensionali di bisogni complessi** per cui occorre l'invio a Percorsi assistenziali specifici
 - Per i sistemi territoriali di telemedicina appare particolarmente pertinente al ruolo delle COT la pratica del TELECONSULTO MULTIPLO PER LA CONDIVISIONE MULTIDISCIPLINARE DEI PIANI ASSISTENZIALI INDIVIDUALI di pazienti con multimorbidità complesse, sperimentata nell'ambito della Joint Action JADECARE nella AUSL Toscana Nord-ovest e identificata dal progetto ministeriale PONGOV Cronicità come una buona pratica da diffondere e trasferire nei diversi contesti locali.



Prossimi passi

- Estendere l'attuazione della BP ad altri territori
- Radicare la BP negli atti regionali di indirizzo su CdC, COT
- Radicare la BP nella programmazione integrata regionale, aziendale e di ZD
- Individuare leve gestionali idonee a promuovere l'implementazione della BP

