

**BOZZA**



# **PIANO AZIENDALE CRONICITA'**

## **ASL VERCELLI**

Progettazione/Estensione:

**Paolo Rasmini:** Coordinatore Nucleo Operativo PAC  
*ASL VC*

**Federica Riccio:** Referente Qualità *ASL VC*

Cap. 1 Il contesto di riferimento.....	3
1.1. Il territorio della ASL di Vercelli .....	3
1.2 Mortalità .....	8
1.3. La salute percepita nella ASL di Vercelli.....	14
Cap. 2 Organizzazione locale del sistema socio-sanitario.....	16
2.1. Distretto: il modello attuale ( <i>as is</i> ) .....	16
2.2. Integrazione Ospedale Territorio (O-T).....	16
2.2.1. Nucleo Ospedaliero di Continuità assistenziale e Nucleo Distrettuale di Continuità Assistenziale (N.O.C.C./ N.D.C.C) .....	17
2.2.2. CAVS .....	17
2.2.3. Centrale Operativa delle Cure Domiciliari e della Continuità assistenziale.....	18
2.3. Case della Salute.....	20
2.4. Sportello Unico Servizi Socio-Sanitari (S.U.S.S.) .....	20
2.5. Il Distretto: come orientare il cambiamento ( <i>to be</i> ).....	21
2.5.1. Case management: pianificazione dell'attività .....	21
Capitoli 3 e 4: Modello generale di <i>Governance</i> e obiettivi.....	23
3.1. Razionale .....	23
3.2. Strategie e priorità di intervento .....	26
3.3. Modello di riferimento ( <i>as is</i> ).....	29
3.4 Evoluzione del modello: modalità di riorganizzazione della presa in carico ( <i>to be</i> ).....	33
3.5 Integrazione multiprofessionale e multidisciplinare: lavorare in <i>team</i> .....	33
3.6. Percorso organizzativo del paziente fragile ( <i>to be</i> ) .....	35
Cap. 5 Azioni e percorsi per il cittadino con patologie croniche.....	40
5.1. Razionale .....	40
5.2. PDTA: finalità e strumento operativo nella “governance” della fragilità ( <i>as is</i> ).....	40
5.2.1. PDTA e Medicina di genere .....	41
5.2.2. Interventi di prevenzione e promozione della salute nell'ambito della cronicità .....	43
5.3. Modello di riferimento .....	44
5.4. Ricognizione e riconciliazione farmacologica ( <i>to be</i> ) .....	53
5.4.1 Ricognizione.....	54
5.4.2 Riconciliazione .....	55
5.4.3 Comunicazione .....	55
Cap. 6. Progettualità specifiche correlabili alle azioni per la cronicità .....	57
Cap. 7 Le leve per sostenere la realizzazione del piano aziendale .....	64
7.1. Modello attuale ( <i>as is</i> ): il Piano delle Performance e l'aggiornamento professionale .....	64
7.2. Strategie <i>to be</i> : orientare formazione e performance alla modifica dei comportamenti professionali ..	66
Cap. 8 Sistema informativo .....	67
8.1 Il modello attuale ( <i>as is</i> ) .....	67
8.2. Sistema informatico: quali ambiti di sviluppo a supporto del paziente fragile? ( <i>to be</i> ) .....	67
8.3. Pianificazione delle modalità di presa in carico .....	69
Cap. 9 Sistema di valutazione .....	70
Cap. 10 Piano di Comunicazione Aziendale per la Cronicità .....	72
11. Acronimi.....	76
12. Bibliografia.....	78
13. Gruppo di lavoro.....	82

## Cap. 1 Il contesto di riferimento

### 1.1. Il territorio della ASL di Vercelli

L'ASL "VC" di Vercelli, situata nel Piemonte Nord Orientale, opera su un territorio di 2.038 Km<sup>2</sup> in gran parte coincidente con quello della Provincia di Vercelli, con una densità di popolazione pari a 83 abitanti per Km<sup>2</sup>, inferiore alla media regionale (172 abitanti/Km<sup>2</sup>) e comprende 91 Comuni.

La ASL VC è costituita da un unico Distretto sanitario, ma si evidenziano due aree territoriali diverse per caratteristiche geografiche: l'area territoriale del Vercellese, pianeggiante, situata a sud con 44 Comuni, fra cui Vercelli, il centro urbano di maggiori dimensioni e l'area territoriale della Valsesia, montana, situata a nord, con 47 Comuni.

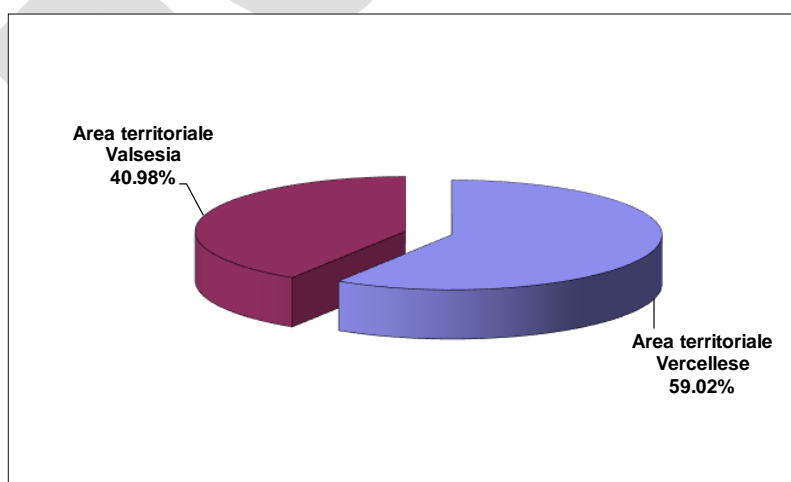
Complessivamente nella ASL di Vercelli sono compresi 7 Comuni della Provincia di Biella e 4 Comuni della Provincia di Novara, mentre 6 Comuni della Provincia di Vercelli appartengono ad altre due ASL piemontesi, Torino4 e Alessandria. La popolazione residente nella ASL di Vercelli è inferiore di 2.892 unità rispetto a quella della Provincia.

Solo 2 Comuni, Vercelli e Borgosesia, superano i 10.000 residenti, rispettivamente con 46.181 residenti Vercelli e 12.676 Borgosesia.

#### 1.1.1. La popolazione della ASL di Vercelli

Al 31.12.2017 sul territorio dell'ASL VC risiedono 169.370 abitanti pari al 3,9% della popolazione piemontese. Nell'area territoriale del Vercellese i residenti sono 100.553 (pari al 59% degli abitanti della ASL) mentre nell'area territoriale della Valsesia i residenti sono 68.817 (pari al 41% degli abitanti della ASL) (Grafico 1).

*Grafico 1. Distribuzione popolazione per aree territoriali di residenza*



1. Le principali caratteristiche del territorio e della popolazione vercellese sono riportate nella tabella

La dinamica demografica dell'ASL VC, al 31 dicembre 2017, fa emergere un saldo naturale negativo (-1.378), non compensato dal movimento migratorio anch'esso negativo (-124) raggiungendo quindi un saldo totale pari a -1.502. La popolazione dell'ASL VC è fortemente caratterizzata da un progressivo invecchiamento, superiore a quello regionale come emerge considerando gli indici strutturali della popolazione, come l'indice di vecchiaia e quello di invecchiamento.

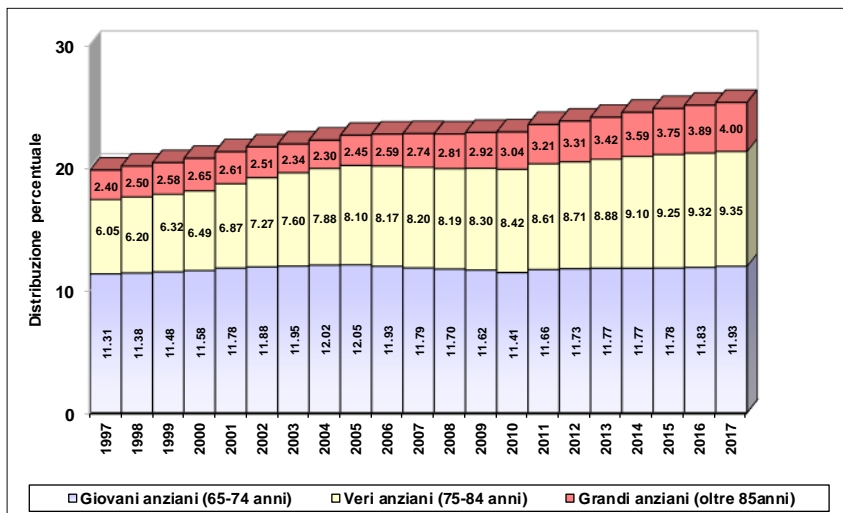
**Tabella 1. Il territorio e la popolazione assistita in breve**

<b>Principali caratteristiche ASL "VC"</b>	
Superficie (km <sup>2</sup> )	2.038
Densità (abitanti/km <sup>2</sup> )	83
Comuni (n°)	91
Popolazione residente al 31.12.2017	169.370
Maschi	81.851 (48,33%)
Femmine	87.519 (51,67%)
Saldo naturale	-1.376
Saldo migratorio	-124
Saldo totale	-1.502
Tasso di natalità	6,47‰
Taso di fecondità	3,45‰
Tasso di mortalità	14,60‰
Indice di vecchiaia	239,53%
Indice di invecchiamento	27,25%

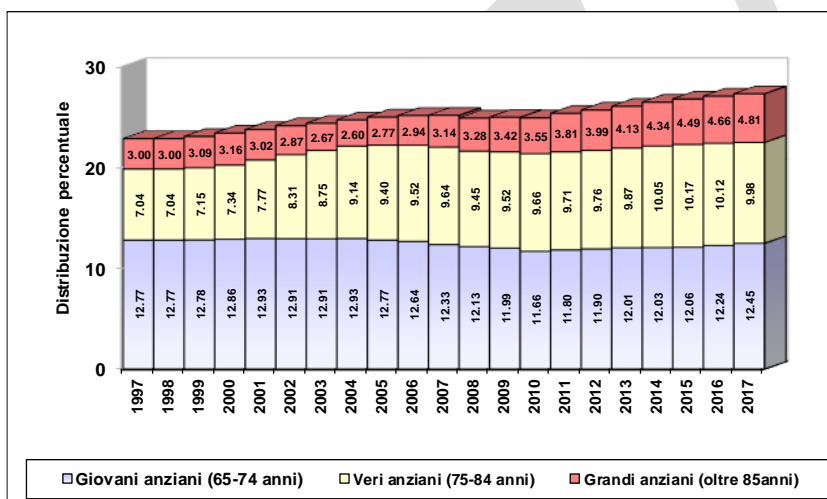
Nella ASL VC, al 31.12.2017, gli ultrasessantacinquenni risultano 46.147 più di un quarto della popolazione aziendale, ossia il 27,2% (in Regione Piemonte risultano 1.106.054 pari al 25,3% della popolazione piemontese), con una percentuale di veri anziani (75-84enni) e di grandi anziani (ultra 85enni) pari al 14,8% della popolazione totale rispetto al 13,3% regionale.

Dal 1997 si registra un aumento graduale e consistente della popolazione anziana sia a livello regionale sia nella ASL VC in particolare nelle fasce d'età dei veri anziani e dei grandi anziani (Grafici 1 e 2).

**Grafico 1. Popolazione della Regione Piemonte di 65 anni e oltre per fasce d'età–Anni 1997-2017**

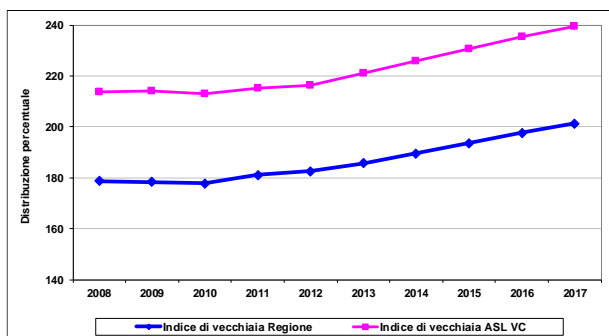


**Grafico 2. Popolazione della ASL VC di 65 anni e oltre per fasce d'età – Anni 2008-2017**

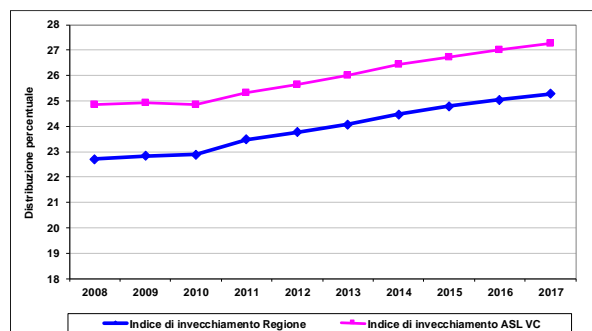


L'indice di vecchiaia rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento della popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di anziani rispetto ai giovanissimi; nella ASL di Vercelli nel 2017 è risultato pari a 239,53% rispetto al 201,34% della Regione Piemonte, mentre l'indice di invecchiamento, che riflette il peso relativo della popolazione anziana della ASL, è risultato pari a 27,25% rispetto a 25,28% della Regione (Grafici 3 e 4).

**Grafico 3. Indice di vecchiaia popolazione**  
(Regione e ASL VC. Anni 2008-2017)



**Grafico 4. Indice di invecchiamento popolazione**  
(Regione e ASL VC. Anni 2008-2017)



### 1.1.2. Piramidi delle età

La distribuzione della popolazione per età è rappresentata graficamente dalle cosiddette “piramidi delle età” che permettono di evidenziare eventuali anomalie rispetto all’atteso rappresentato da base larga e graduale assottigliamento della piramide verso il vertice, cioè maggiore numerosità dei soggetti in giovane età e diminuzione progressiva della popolazione in età più avanzata.

Nella ASL di Vercelli le anomalie, da qualche anno, sono ben visibili, infatti il regredire della natalità e l’invecchiamento della popolazione provocano quasi l’inversione base/vertice della piramide (anziani più numerosi dei giovani).

Il regredire della natalità e l’invecchiamento della popolazione, nella ASL VC, risultano maggiori rispetto alla Regione e ancora di più rispetto all’Italia. Queste differenze sono ben evidenziate dalla sovrapposizione grafica delle “piramidi delle età” delle 3 popolazioni d’interesse (ASL, Regione Piemonte, Italia) ottenute rapportando percentualmente la popolazione per età sul totale della popolazione (Grafico 4).

Le piramidi delle età della popolazione residente in Italia, in Piemonte e nella ASL di Vercelli, con distribuzione della popolazione per età, sesso e cittadinanza italiana e straniera al 31 dicembre 2015, sono riportate nei grafici 5, 6, e 7.

Le classi di età più numerose corrispondono ai nati tra la fine degli anni ’50 e gli inizi degli anni ’70.

Grafico 4. Piramidi delle età della popolazione residente in Italia, in Piemonte e nella ASL VC al 31.12.2017

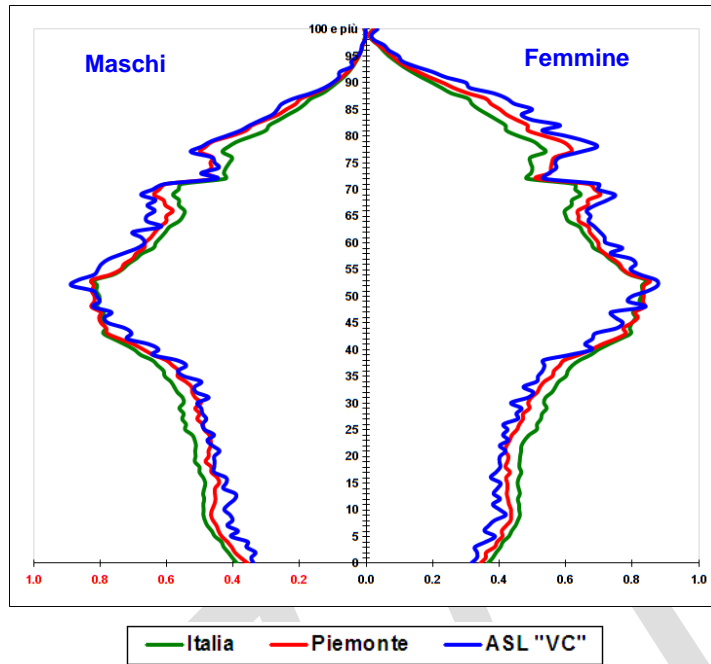


Grafico 5. Piramide delle età della popolazione residente in Italia al 31.12.2017

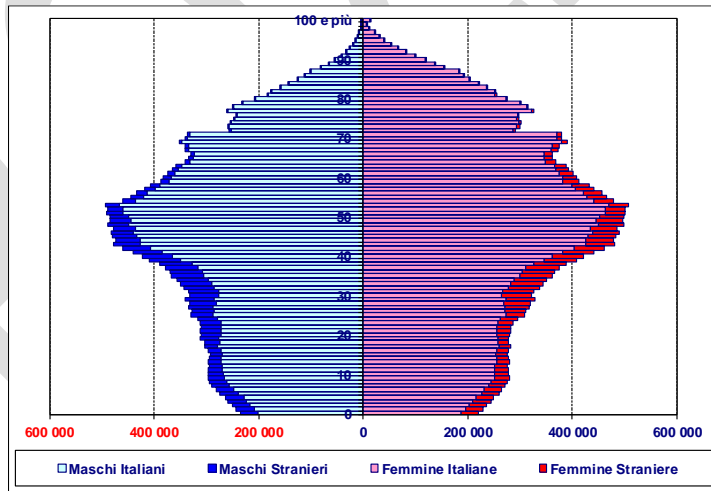


Grafico 6. Piramide delle età della popolazione residente in Regione Piemonte al 31.12.2017

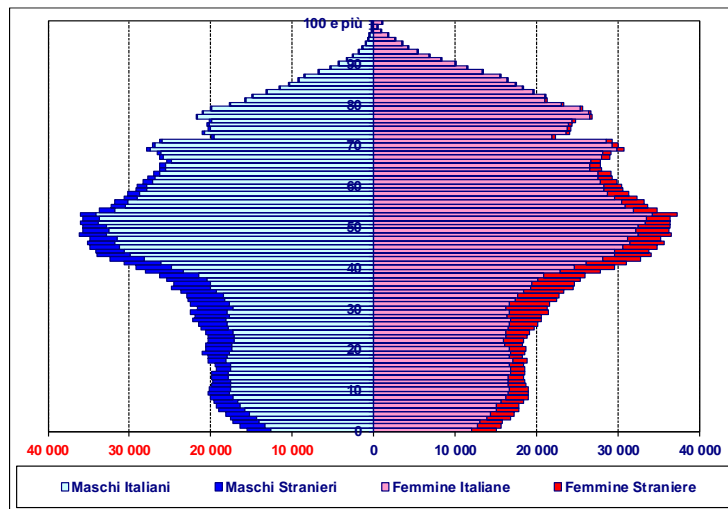
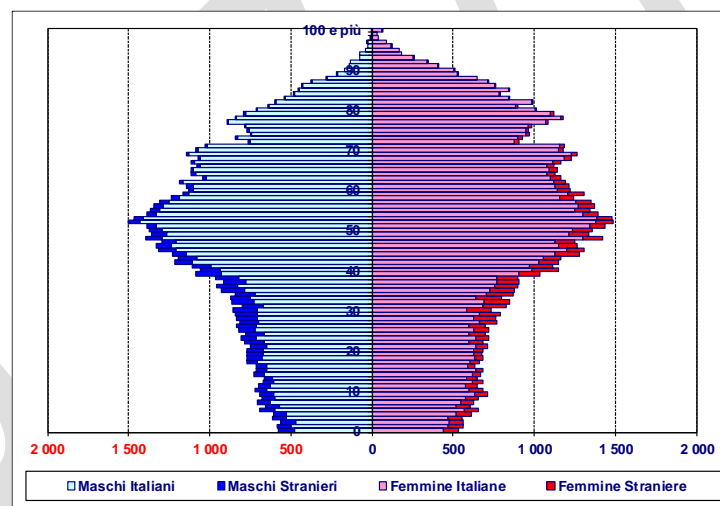


Grafico 7. Piramide delle età della popolazione residente nella ASL VC al 31.12.2017



## 1.2 Mortalità

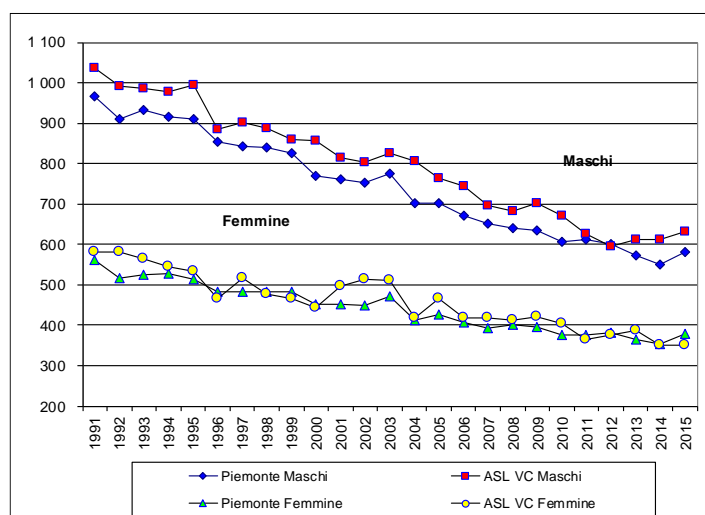
Nella ASL di Vercelli nel 2015 si sono osservati 2.279 decessi (dati più aggiornati disponibili), pari al 4,6% dei decessi in Regione Piemonte. Si sono osservati 1.088 decessi fra i maschi, pari al 48% del totale in ASL e 1.174 fra le femmine, pari al 52% del totale in ASL.

Dal 2013 non sono più disponibili i dati di mortalità riferiti agli ex Distretti sanitari che costituivano la ASL di Vercelli ora organizzata in un unico Distretto sanitario.

Analizzando l'andamento della mortalità generale dal 1991 al 2015 si osserva come questa si sia progressivamente ridotta nel tempo sia in Piemonte sia nell'ASL VC, registrando però nel 2015 un lieve incremento nella popolazione maschile (Grafico 1).



**Grafico 1. Mortalità generale (tassi standardizzati per 100.000 abitanti di Regione, ASL VC – Maschi e Femmine – Anni 1991-2015).**



La riduzione della mortalità generale è stata osservata sia nella popolazione maschile che in quella femminile. Nell'ASL VC i tassi standardizzati di mortalità (TS) registrati per i maschi sono infatti scesi da 1.037,42 decessi per 100.000 abitanti nel 1991 a 631,20 decessi per 100.00 abitanti nel 2015 nella popolazione femminile da 581,95 nel 1991 a 351,73 nel 2015.

I dati epidemiologici relativi all'anno 2015 rilevano che la mortalità generale della ASL VC, fra i maschi, è risultata lievemente superiore rispetto al dato regionale, ma l'eccesso rilevato non risulta statisticamente significativo (Tabella 1).

**Tabella 1. Mortalità generale Regione Piemonte - ASL VC – Distretti ASL VC- Anno 2015**

Anno 2015		Popolazione	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI - SMR	IcS - SMR
Piemonte	Maschi	2 131 892	23 366	1 183.46	579.90	100.00	98.77	101.24
	Femmine	2 272 354	25 760	1 241.58	377.92	100.00	98.83	101.18
ASL VC	Maschi	82 951	1 088	1 356.22	631.20	105.94	99.83	112.33
	Femmine	89 061	1 174	1 372.09	351.73	93.94	88.73	99.37

\* TS: tasso standardizzato; SMR: rapporto standardizzato di mortalità; IcI: intervallo di confidenza inferiore; IcS: intervallo di confidenza superiore

Nella ASL VC le malattie dell'apparato circolatorio rappresentano la prima causa di morte in senso assoluto, la prima sia fra la popolazione femminile (39,20%), sia fra quella maschile (35,82%).

Mentre i tumori maligni rappresentano la seconda causa di morte sia fra la popolazione maschile (29,60%) sia fra quella femminile (22,42%) (Figura 1.8).

Seguono le malattie dell'apparato respiratorio (8% negli uomini e 6% nelle donne).

Grafico 2. Mortalità percentuale per cause maschi/femmine – ASL Vercelli – Anno 2015

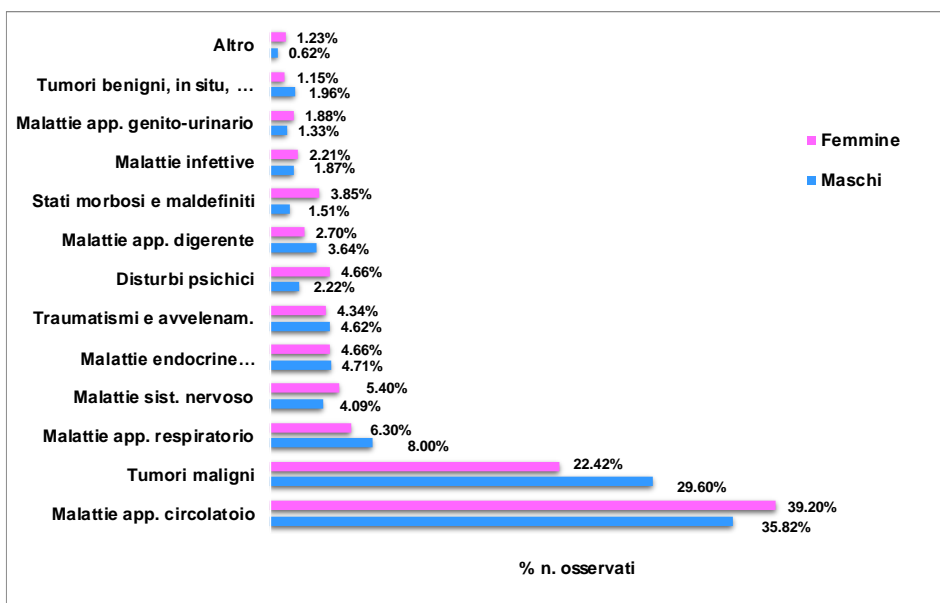


Tabella 2. Mortalità per cause principali – Maschi - Regione Piemonte - ASL VC – Distretti ASL VC- Anno 2015

Anno 2015		Popolazione	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI - SMR	IcS - SMR
Tumori maligni	Piemonte	4 404 246	8 000	375.25	195.47	100	97.82	102.22
	ASL VC	172 012	333	401.44	196.75	100.41	89.89	111.81
App. cardio circolatorio	Piemonte	4 404 246	8 273	388.06	177.02	100	97.85	102.18
	ASL VC	172 012	403	485.83	209.02	114.45	103.53	126.21
App. respiratorio	Piemonte	4404246	2 328	109.2	47.05	100	95.97	104.16
	ASL VC	172012	77	86.46	17.07	77.89	61.44	97.4

\* TS: tasso standardizzato; SMR: rapporto standardizzato di mortalità; IcI: intervallo di confidenza inferiore; IcS: intervallo di confidenza superiore

Fra i maschi della ASL la mortalità per malattie dell'apparato cardio circolatorio si dimostra in ecceso statisticamente significativo

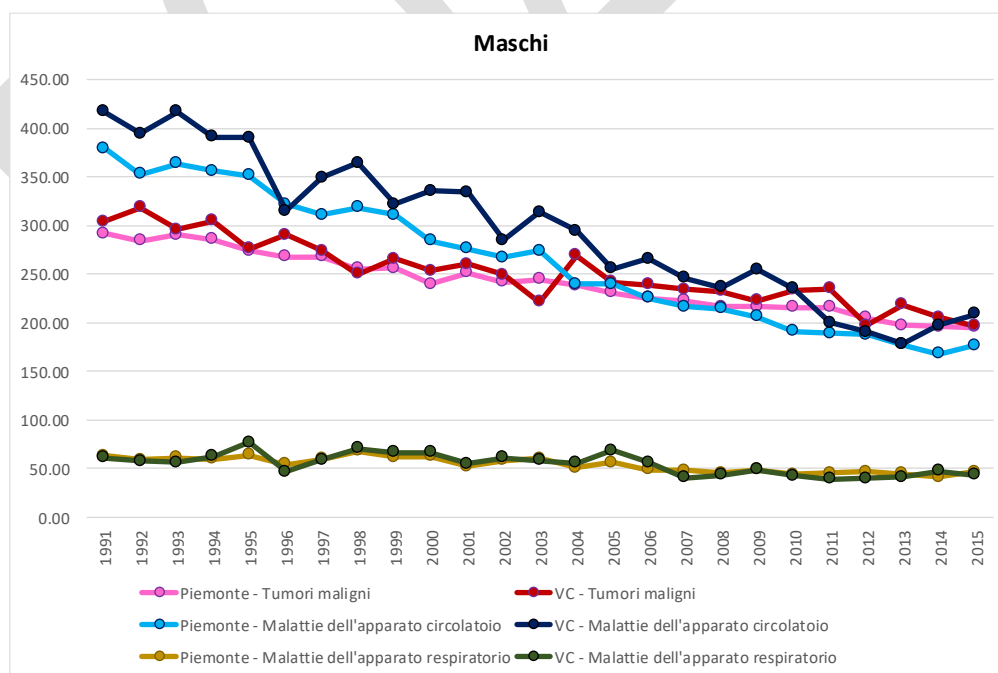
**Tabella 3. Mortalità per cause principali –Femmine - Regione Piemonte - ASL VC – Distretti ASL VC- Anno 2015**

Anno 2015		Popolazione	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI - SMR	IcS - SMR
Tumori maligni	Piemonte	4 404 246	6 391	281.25	121.31	100	97.56	102.49
	ASL VC	172 012	274	307.65	122.5	98.26	86.95	110.64
App. cardio circolatorio	Piemonte	4 404 246	11 051	486.32	120.86	100	98.14	101.89
	ASL VC	172 012	479	537.83	107.99	91.94	83.88	100.58
App. respiratorio	Piemonte	4404246	2 109	92.81	23.89	100	95.77	104.37
	ASL VC	172012	90	108.5	43.62	90.37	72.63	111.12

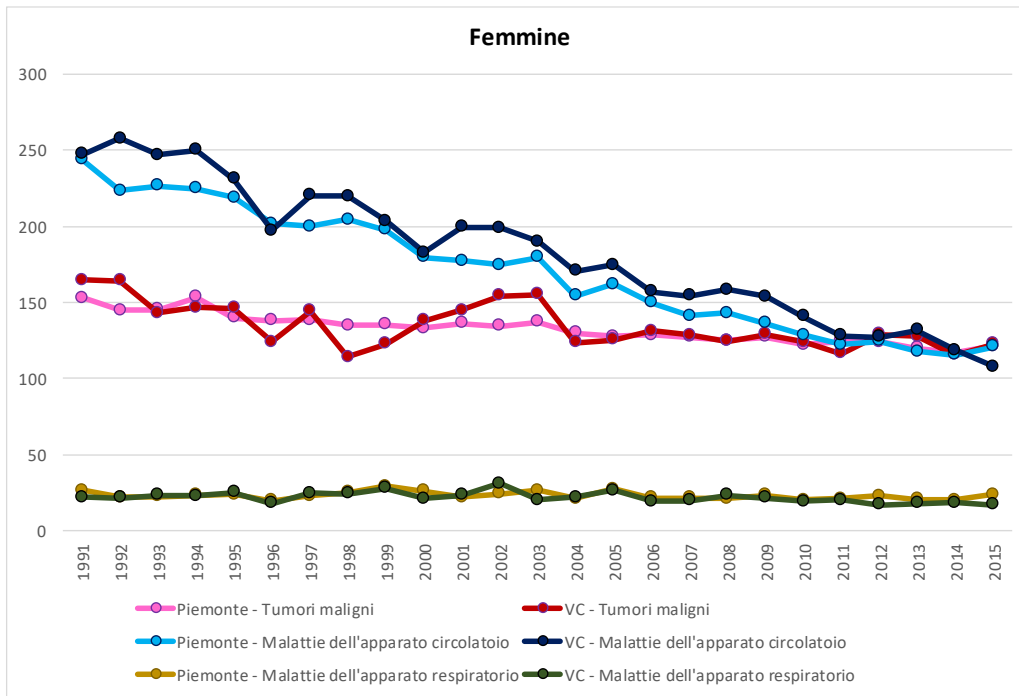
\* TS: tasso standardizzato; SMR: rapporto standardizzato di mortalità; IcI: intervallo di confidenza inferiore; IcS: intervallo di confidenza superiore.

**Non si osservano differenze statisticamente significative**

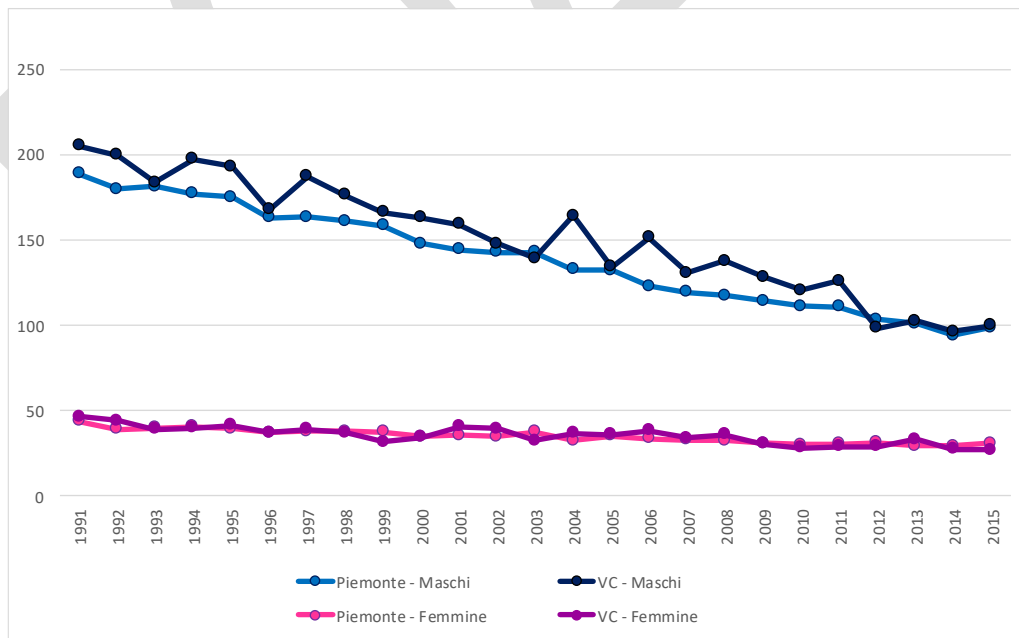
**Grafico 3. Mortalità per tumori maligni-malattie dell'apparato cardiocircolatorio-malattie dell'apparato respiratorio - Tassi Standardizzati per 100.000 abitanti – Maschi - ASL VC e Piemonte - Anni 1991-2015**



**Grafico 4. Mortalità per tumori maligni-malattie dell'apparato cardiocircolatorio-malattie dell'apparato respiratorio - Tassi Standardizzati per 100.000 abitanti – Femmine - ASL VC e Piemonte - Anni 1991-2015**



**Grafico 4. Mortalità per malattie fumo correlate - Tassi Standardizzati per 100.000 abitanti – - ASL VC e Piemonte - Anni 1991-2015**



## Appendice

### Indicatori demografici: definizioni

- **Popolazione residente:**

costituita dalle persone che hanno dimora abituale in un Comune, Provincia, Regione, ecc. Il suo incremento/decremento è dovuto a due componenti: il movimento naturale (nati, vivi, morti e il loro saldo) e il movimento migratorio (iscritti, cancellati per trasferimento di residenza e il loro saldo).

- **Densità della popolazione:**

rapporto fra la popolazione residente e la superficie (in km<sup>2</sup>) del territorio o cui si riferisce

- **Saldo naturale:**

differenza fra il numero di nati e il numero di morti relativamente ad un periodo determinato.

- **Saldo migratorio:**

differenza tra iscrizioni e cancellazioni anagrafiche registrate in un determinato periodo (immigrati – emigrati).

- **Saldo totale:**

differenza fra saldo naturale e saldo migratorio in un determinato periodo

- **Tasso di natalità:**

rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1000.

- **Tasso di mortalità:**

rapporto tra il numero di morti nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1000.

- **Tasso di fecondità:**

rapporto tra il numero di nati vivi da donne in età feconda (15-49 anni) e la popolazione residente femminile della stessa età per 1000.

- **Piramide delle età:**

rappresentazione grafica della struttura di una popolazione per sesso ed età.

Diagramma con in ordinata le classi d'età in cui è distribuita una popolazione e in ascissa la percentuale o il numero assoluto dei soggetti appartenenti a ciascuna classe suddivisi per sesso: maschile a sinistra e femminile a destra.

- **Indice di invecchiamento:**

rapporto popolazione in età uguale o superiore a 65 anni e popolazione totale per 100 abitanti.

- **Indice di vecchiaia:**

indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione, della struttura per età della popolazione. Rapporto tra la popolazione anziana di 65 e più anni e la popolazione di età inferiore a 15 anni per 100 abitanti.

- **Giovani anziani:** popolazione di età compresa tra 65 e 74 anni.

- **Veri anziani:** popolazione di età comprese tra 75 e 84 anni.

- **Grandi anziani:** popolazione di età superiore/uguale a 85 anni.

### Indicatori di mortalità

**Tasso grezzo di mortalità:** rappresenta il rapporto tra il numero di morti e la popolazione totale; questo indicatore, non essendo standardizzato per età e sesso, non è adatto a confronti fra zone diverse per struttura di popolazione.

**Tasso standardizzato di mortalità (TS):** rappresenta un indicatore costruito in modo artificiale che non corrisponde esattamente al valore reale, ma che è adatto a confrontare valori della mortalità tra periodi e realtà territoriali diversi per struttura di età nelle popolazioni residenti. Rappresenta il valore che avrebbe assunto il tasso grezzo di mortalità se la popolazione in studio avesse una distribuzione della variabile per la quale si standardizza uguale a quella della popolazione di riferimento.

**Rapporto di mortalità standardizzato (SMR):** esprime il rapporto tra il numero di morti osservato in una popolazione e il numero di morti atteso nella stessa popolazione se su questa agissero gli stessi tassi di mortalità specifici per alcune variabili di confondimento (vedi tasso standardizzato) che agiscono su di una popolazione assunta come riferimento. Il valore 100 rappresenta il valore regionale, mentre valori superiori o inferiori indicano una maggiore o minore mortalità rispetto alla Regione. Consente perciò di evidenziare eventuali eccessi o difetti di mortalità per cause di morte al netto delle eventuali differenze di età.

**SMR e Intervalli di Confidenza al 95% (IcI SMR - IcS SMR):** esprimono l'ambito di valori entro cui si colloca, con una probabilità del 95%, il vero valore del SMR. Qualora l'ambito dell'intervallo di confidenza includa il valore 100, il corrispondente valore del SMR viene convenzionalmente considerato "statisticamente non significativo". Cioè non è possibile affermare, con sufficiente sicurezza che i due valori, quello regionale e quello della ASL/Distretto sanitario siano realmente diversi; l'eccesso o il difetto di mortalità osservati potrebbero essere solo un effetto del caso (con una probabilità superiore al 5%).

### 1.3. La salute percepita nella ASL di Vercelli

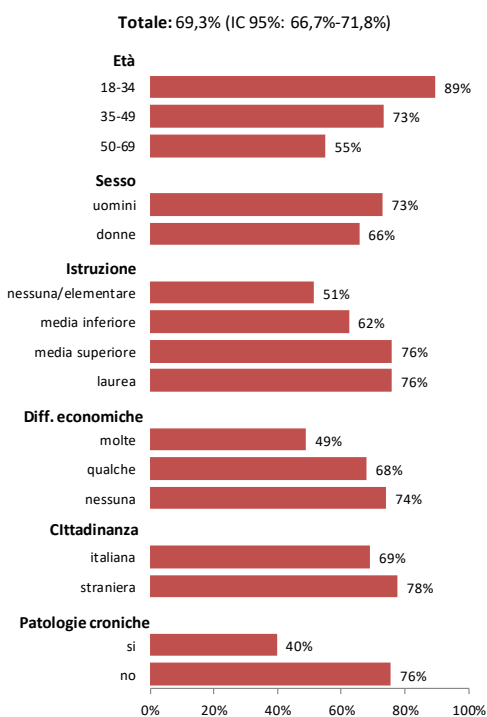
Gran parte della popolazione della ASL di Vercelli, circa 7 persone su 10, giudica positivo il proprio stato di salute, dichiarando di sentirsi bene o molto bene.

Una piccola percentuale di persone (circa il 3%) riferisce di sentirsi male o molto male la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi discretamente. Sono più soddisfatti della propria salute i giovani, 9 su 10 fra i 18 e i 34 anni, gli uomini, le persone con un livello socio-economico più elevato, per istruzione o condizioni economiche, i cittadini stranieri rispetto agli italiani e chi è libero da condizioni patologiche severe fra quelle indagate da Passi.

Vi è un gradiente geografico a sfavore dei residenti nelle Regioni meridionali, fra i quali è mediamente minore la quota di coloro che dichiarano di essere in buona salute con qualche eccezione (Abruzzo e Puglia).

#### Stato di salute percepito positivamente per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione

ASL VC – Passi 2014-17



#### Stato di salute percepito positivamente per regione di residenza

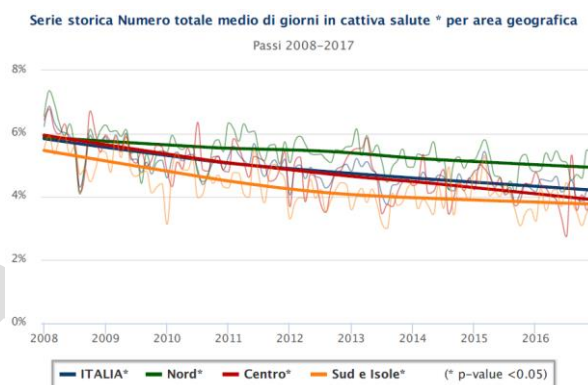
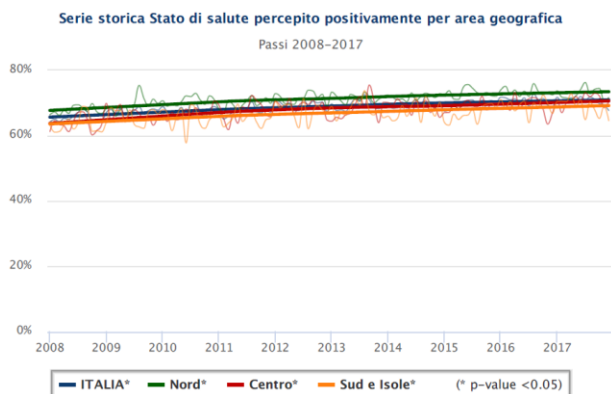
Passi 2014-2017



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Dal 2008, la quota di persone che si dichiarano in buona salute, ovunque nel Paese aumenta in modo statisticamente significativo

Si osserva ovunque nel Paese un trend in miglioramento per quanto riguarda la riduzione dei giorni in cattiva salute fisica e/o psicologica.

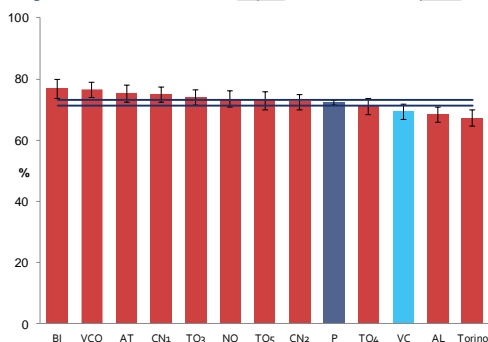


In Piemonte la prevalenza di persone che percepiscono positivamente il proprio stato di salute, nel periodo 2014-2017, è pari al 72%, nella ASL VC risulta inferiore rispetto alla media regionale, pari al 69%, con un range regionale che va dal 68% della ASL AL al 77% della ASL BI.

Ogni intervistato dichiara di aver vissuto in media più di 5 giorni in cattiva salute (unhealthy days) nel mese precedente l'intervista, equamente distribuiti fra giorni vissuti in cattive condizioni di salute fisica per malattie e/o incidenti e di giorni vissuti in cattive condizioni di salute psicologica per problemi emotivi, ansia, depressione o stress. Un giorno al mese è stato vissuto con reali limitazioni nel normale svolgimento delle proprie attività per motivi fisici e/o psicologici.

### Stato di salute percepito positivamente

PASSI 2014-17 - Prevalenze per ASL di residenza  
Regione Piemonte 72,2% (IC95% 71,4-73,0)



### Qualità della vita ASL VC – Passi 2014-17

	ASL "VC"		Piemonte	
	%	IC95%	%	IC95%
Stato di salute percepito positivamente	69,3	66,7-71,8	72,2	71,4-73,0
Numero totale medio di giorni in cattiva salute*	4,8	4,3-5,3	4,4	4,2-4,6
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	2,6	2,2-2,9	2,5	2,4-2,6
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	2,8	2,3-3,2	2,4	2,3-2,6
Numero medio di giorni con limitazioni delle attività quotidiane	1,1	0,9-1,3	1,2	1,1-1,2

\*Il numero totale di giorni non in salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi 30 giorni, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato

## Cap. 2 Organizzazione locale del sistema socio-sanitario

### 2.1. Distretto: il modello attuale (*as is*)

Il Distretto è il fulcro dell'articolazione territoriale dell'Azienda cui è affidato il compito di assicurare alla popolazione residente la disponibilità, secondo criteri di equità, accessibilità ed appropriatezza, dei servizi di tipo sanitario e sociale ad alta integrazione sanitaria.

L'elemento centrale del processo di continuità assistenziale è la "presa in carico" del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori.

La presa in carico può essere definita come: *processo integrato e continuativo che si configura come governo di un insieme articolato e coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso*. L'obiettivo è quello di superare la logica settoriale e frammentaria degli interventi attraverso l'erogazione di singole prestazioni, segmentate ed isolate, che risultano, talvolta, inefficaci ed inefficienti.

Il Distretto svolge un ruolo cruciale nella:

- rilevazione dei bisogni di salute della popolazione
- pianificazione e valutazione dell'offerta di servizi
- realizzazione delle attività di promozione della salute
- prevenzione delle malattie e delle disabilità e nell'integrazione tra attività sanitarie e sociali.

Per quanto attiene il "paziente con fragilità" lo schema riportato in **fig. 1**. riassume i vari percorsi.

### 2.2. Integrazione Ospedale Territorio (O-T)

L'integrazione O-T con i due Presidi Ospedalieri di Vercelli e Borgosesia che insistono nel territorio dell'ASL VC, ha permesso di attivare procedure specifiche volte a rendere la dimissione dall'ospedale non più esclusivamente l'atto conclusivo del ricovero, ma l'elemento di congiunzione nel percorso assistenziale del paziente dove l'Ospedale ed il Distretto si integrano per valutare il reale bisogno del paziente ed assicurare una efficace e tempestiva presa in carico dello stesso.

Fin dalle prime fasi del ricovero in Ospedale, si procede ad una pianificazione della dimissione con l'individuazione del setting assistenziale adeguato ed appropriato in termini clinici ed organizzativi, in modo da evidenziare da subito i casi che potenzialmente necessiteranno di continuità assistenziale, in previsione di progetti sia residenziali che domiciliari.

I setting di cura e assistenza condivisi ed elaborati possono prevedere:

- A. Attivazione NOCC / NDCC
- B. Inserimento in CAVS
- C. Attivazione ADI/ SID: servizio distrettuale cure domiciliari/attivazione dei servizi sociali degli E.E.G.G
- D. Attivazione SUSS e Commissioni Multidimensionali (UVG/ UMVD) per progetti Socio-sanitari
- E. attivazione di servizio di cure palliative Hospice, AMAP



### **2.2.1. Nucleo Ospedaliero di Continuità assistenziale e Nucleo Distrettuale di Continuità Assistenziale ( N.O.C.C./ N.D.C.C)**

L'ASL VC in attuazione al modello previsto dalla DGR n. 27-3628 del 28.3.2012 e DGR 6-5519 del 14 marzo 2013 si è dotata di 1 Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (N.O.C.C.) e di 1 Nucleo Distrettuale Continuità delle Cure (N.D.C.C)

Il N.O.C.C, operativo presso entrambi i Presidi dell'ASL VC, è composto da:

- Infermiere
- Assistente Sociale.

Il N.O.C.C si avvale dell'apporto clinico competente in base al progetto individuale del paziente avviando:

- funzioni di coordinamento trasversale dei servizi ospedalieri e dei dipartimenti assistenziali con le strutture assistenziali (CAVS) e territoriali aziendali (Cure Domiciliari) ed extraaziendali coinvolte nel processo di cura;
- Attività di promozione delle iniziative di informazione e formazione rivolte a tutti gli operatori coinvolti nel progetto/percorso e finalizzate alla conoscenza dei criteri di individuazione dei pazienti per i quali attivare il Nucleo;
- concertazione della metodologia e dei tempi del processo di presa in carico nonché gli strumenti di comunicazione/monitoraggio.

Gli N.D.C.C. delle sedi di Vercelli e Borgosesia operativi presso il Distretto dell'ASL VC sono composti da:

- Dirigente Medico del Distretto
- Coordinatore delle Cure Domiciliari, CPSE infermieristico
- Infermiere
- Assistente Sociale degli E.E.G.G. di competenza territoriale del paziente

Il N.D.C.C. coinvolge e informa tempestivamente di volta in volta il MMG o il PLS dell'assistito e i servizi territoriali, sociali ed eventualmente i servizi specialistici. E riferisce al Direttore del Distretto.

Il N.D.C.C. svolge la funzione di individuazione, in collaborazione con il NOCC e con la rete familiare o altre figure di supporto dell'assistito, del *setting* appropriato per il percorso post-dimissioni coerente con i bisogni individuati.

IL N.O.C.C. e il N.D.C.C. utilizzano a fini statistici il sistema informativo regionale (WEB-anziani) e formalizzano informaticamente tutte le fasi del percorso assistenziale del paziente, in modo da garantire le informazioni cliniche e terapeutiche necessarie ai vari punti della rete, nonché la tracciabilità in tempo reale dei passaggi.

### **2.2.2. CAVS**

L'Asl di Vercelli ha provveduto alla attuazione della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria individuando 36 posti letto di CAVS<sup>1</sup> di cui 18 nell'Ospedale di Vercelli e altrettanti nell'Ospedale di Borgosesia. Tali posti letto, come precisato dalla DGR 26-1653/2015, rappresentano un setting in cui prevale la componente assistenziale rispetto alla parte

clinico-internistica, che, pur presente in modo significativo, deve seguire specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socio-ambientale, riportati di seguito. I criteri di inclusione al CAVS sono di seguito riportati:

- superamento della fase acuta della patologia;
- stabilità clinica-assistenziale-comportamentale;
- assenza di indicazioni a setting riabilitativo individuale specifico
- paziente con un progetto riabilitativo non immediatamente attivabile per condizioni cliniche e socio-assistenziali
- presenza di condizioni cliniche tali da non permettere al paziente di seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per motivi socio-familiari, forniture di ausili, attesa di un luogo di cura adatto, conclusione di un percorso terapeutico semplice, addestramento del *care giver*.

1

- Gli atti formali di attivazione dei p.l. di CAVS sono:
  - DDG n. 72 del 29.12.2015 con cui sono stati deliberati n. 18 p.l. nel PO di Vercelli e n. 10 pl nel P.O. Borgosesia dal 01.04.2016;
  - DDG n. 566 del 23.6.2016 con cui sono state attribuite al Country Hospital di Varallo (n. 10 posti letto) le funzioni di CAVS per i casi di moderata intensità clinico-assistenziale. La struttura ha contestualmente assunto la nuova denominazione di "CAVS della Valsesia".
  - La DDG n. 1207 del 30.12.2016 che rappresenta l'atto formale con cui:
- 1. è stata revocata la DDG n. 566 del 23.6.2016 disattivando, dal 29.12.2016, le funzioni di CAVS per i casi di moderata intensità clinico-assistenziale assunte dal Country Hospital di Varallo, poi denominato CAVS Valsesia;
- 2. è stata integrata la DDG n. 72 del 29.12.2015 con l'incremento di n. 8 posti letto CAVS del P.O. di Borgosesia;

### **2.2.3. Centrale Operativa delle Cure Domiciliari e della Continuità assistenziale**

La Centrale operativa delle Cure domiciliari e della Continuità Assistenziale è dotata di personale infermieristico dedicato ed è attiva 5 giorni alla settimana. Nel corso del 2018 è stata attivata su tutto il territorio anche la procedura di presa in carico (proposta dei MMG/PLS, validazione, rendicontazione e valorizzazione) tramite portale del paziente, con l'utilizzo del software dedicato. Tutti i MMG/ PLS sono stati coinvolti, e formati, parimenti a tutto il personale delle Cure Domiciliari e degli uffici di supporto. L'informatizzazione delle varie fasi ne permette la semplificazione, eliminando errori di trascrizione o comprensione, (consentendo una maggiore rapidità di intervento e tracciabilità).

La centrale operativa riceve tutte le richieste di attivazione di interventi domiciliari e continuità assistenziale svolgendo funzione di supporto e collegamento e coordinando le prestazioni sanitarie e gli interventi domiciliari.

La continuità assistenziale è rivolta ai pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o dimissione difficile residenti nel distretto di competenza.

Il progetto di continuità dall'Ospedale verso il Distretto può realizzarsi mediante:

- dimissione ordinaria con eventuale educazione/istruzione del paziente e del *care giver*;
- attivazione cure domiciliari con o senza prescrizione di ausili;
- attivazione posti di continuità assistenziale (CAVS);
- attivazione Cure Palliative;
- attivazione del servizio sociale territoriale;

- ricovero in strutture di riabilitazione/lungodegenza

#### **2.2.3.1 Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)**

Assicura alle persone affette da patologie gravi, in condizioni di non autosufficienza o malati terminali, cure sanitarie presso il proprio domicilio. Comprende visite del medico di medicina generale e dei medici specialistici, prestazioni infermieristiche, riabilitative e di assistenza alla persona. Può rendersi necessario per consentire le cure dopo un ricovero o essere proposto in alternativa al ricovero stesso, se le condizioni cliniche del paziente lo consentono. Prevede l'integrazione di diverse figure professionali, secondo un piano concordato e sotto la responsabilità del medico di famiglia. È indispensabile la collaborazione dei familiari o di altre persone (come per esempio volontari) che si prendano cura del paziente. La proposta di attivazione viene formulata dal medico di famiglia.

#### **2.2.3.2 Assistenza domiciliare integrata con l'Unità Operativa di Cure Palliative (A.D.I. - U.O.C.P.)**

Si tratta di una forma di Assistenza Domiciliare Integrata rivolta a persone in una fase avanzata di malattia e che perciò necessitano di cure palliative. Queste cure vengono prestate dal medico di famiglia in collaborazione con gli infermieri domiciliari, i medici specialisti della ASL e altro personale specializzato in cure palliative appartenente ad associazioni convenzionate. La proposta di attivazione viene formulata dal medico di famiglia.

#### **2.2.3.3 Assistenza domiciliare programmata (A.D.P.)**

Assicura visite programmate del medico di famiglia presso il domicilio di pazienti non deambulanti, con particolari patologie croniche o invalidanti, che non sono in grado di recarsi o di essere trasportati di essere presso l'ambulatorio. La proposta di attivazione viene formulata dal medico di famiglia.

#### **2.2.3.4 Assistenza domiciliare infermieristica (S.I.D.)**

Si tratta di prestazioni infermieristiche (medicazioni, terapie iniettive ecc.) rivolte a pazienti che, a causa di limitazioni fisiche e/o ambientali, non sono in grado di recarsi presso gli ambulatori infermieristici del Distretto. La richiesta viene formulata dal medico di famiglia.

Il Servizio infermieristico domiciliare garantisce interventi infermieristici a domicilio. È rivolto a persone che hanno necessità di assistenza infermieristica e che, per malattie acute o croniche, non sono in grado di raggiungere le sedi ambulatoriali

#### **2.2.3.5 Prestazioni infermieristiche estemporanee (P.I.E.)**

Sono prestazioni occasionali (prelievo ematico, elettrocardiogramma) effettuate a soggetti per i quali non è prevista una presa in carico continuativa. La richiesta, redatta dal medico di famiglia, può essere consegnata direttamente dal cittadino o da un familiare sempre presso le Cure domiciliari. Le prenotazioni per l'esecuzione delle prestazioni possono essere effettuate presso le sedi delle Cure Domiciliari elencate e negli orari indicati. I tempi di attivazione previsti sono di norma entro 4 giorni per pazienti affetti da patologie croniche (con bisogni differibili nel tempo) ed entro 24 ore solo per bisogni urgenti (pazienti con bisogni non differibili).

## 2.3. Case della Salute

L'ASL VC, seguendo le Linee di Indirizzo regionali che recepiscono il PNC, ha da tempo intrapreso una riorganizzazione dei servizi territoriali che individua nella Casa della Salute (D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015) *il setting* ideale in cui adottare modelli di presa in carico dei pazienti, per attuare una gestione integrata delle patologie croniche. Esse costituiscono idealmente il primo punto di accesso ove l'utenza può trovare una prima risposta al proprio bisogno socio-sanitario; Nell'ASL VC sono presenti 5 Case della Salute ( Santhià, Gattinara, Varallo, Coggiola, Cigliano). All'interno delle Case della Salute è presente personale medico, infermieristico e amministrativo che è affiancato dalla figura dell'Infermiere di Comunità e famiglia (IFeC). Attualmente quest'ultimo è assegnato al modello sperimentale CdS di Santhià ma si prevede una assegnazione a tutti gli ambiti territoriali. Tale figura collabora strettamente con i MMG per la presa in carico dei pazienti "fragili", garantendo interventi personalizzati nel rispetto dei percorsi diagnostico terapeutici, interventi di *health literacy* e di prevenzione primaria, operando prevalentemente al domicilio dei pazienti e delle loro famiglie, facilitando il processo di adattamento ed autogestione delle malattie croniche e della conseguente disabilità, contribuendo all'accesso al sistema in rete dei servizi territoriali di cure primarie, in connessione con le risorse della comunità. Tali attività sono inserite all'interno del trial clinico randomizzato di valutazione della figura dell'IFeC in fase di perfezionamento, alla luce dell'ultimo modello di stratificazione della fragilità considerato. Le Case della Salute, pertanto, rappresentano un nuovo modello organizzativo di assistenza integrata rispetto al servizio sanitario nazionale, una realtà pensata per il paziente che trova il suo riferimento in un unico luogo, posto all'incrocio tra riorganizzazione (sanitaria), integrazione (socio-sanitaria) e ricomposizione degli attori e delle situazioni interne-esterne.

## 2.4. Sportello Unico Servizi Socio-Sanitari (S.U.S.S.)

Lo Sportello Unico Socio Sanitario (SUSS) realizzato in cooperazione con gli E.E.G.G. locali delle funzioni sociali, rappresenta il gateway unitario di accesso dell'utente ai servizi socio-sanitari dell'ASL. Gli operatori presenti allo sportello costituiscono una reale sinergia tra ASL ed E.E.G.G. e la diffusione capillare dello strumento rappresenta un tool efficace di raccolta della domanda prioritariamente rivolta ai soggetti non autosufficienti ed ai loro *care giver* siano essi anziani, minori o adulti affetti da patologie croniche o invalidanti. Gli obiettivi sono:

- ridurre il disorientamento delle persone con domanda di assistenza
- favorire l'accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari territoriali
- fornire l'informazione, l'orientamento e la gestione della domanda
- garantire la presa in carico e l'attivazione della rete dei servizi integrati

Nell'ASL VC sono presenti 11 punti di accesso di cui 9 presenti nelle sedi ASL VC e 2 S.U.S.S. nelle sedi degli Enti Gestori e precisamente presso il Comune di Vercelli e Consorzio CISAS Santhià.

Ogni Sportello S.U.S.S. possiede locali dedicati è stata attivata e condivisa tra tutti gli sportelli una piattaforma informatica finalizzata alla:

- registrazione delle richieste
- condivisione in rete dei dati (utenza/bisogno/risposta)
- archiviazione ed elaborazione delle informazioni per una corretta gestione dei flussi informativi

Dal 1 ottobre 2016 al 31.12.2018 l'attività registrata dall'applicativo in uso comune tra ASL ed Enti Gestori risulta che sono state aperte n.12627 schede, per un totale di bisogni espressi pari a 17082, fornite 22498 risposte, per un totale di 6734 utenti di sportello.

## **2.5. Il Distretto: come orientare il cambiamento (*to be*)**

L'ASL VC persegue il costante monitoraggio delle attività in ambito ospedaliero e territoriale, mediante indicatori di Performance ( struttura, processo, esito) descritti nel Piano della Performance a valenza triennale ed aggiornamento annuale.

L'obiettivo è quello di:

- garantire una efficace presa in carico territoriale con la finalità di ridurre i ricoveri evitabili (riacutizzazioni per BPCO, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, polmoniti). (Per evitabili si intendono quei ricoveri legati ad una patologia che può essere efficacemente contrastata con una presa in carico extra-ospedaliera/ territoriale.)
- assicurare l'appropriatezza del setting assistenziale, potenziando le cure domiciliari e contenendo gli accessi con codice bianco e codice verde in DEA;
- proseguire gli interventi di governo dell'appropriatezza prescrittiva in ogni settore (prescrizioni farmaceutiche, assistenza integrativa e protesica, prestazioni ambulatoriali) ed introdurre strumenti che favoriscano il corretto recepimento della raccomandazione n. 17 MdS , relativa alla riconciliazione e ricognizione terapeutica (vd pg.5.3)
- coinvolgere i MMG/PLS nelle attività di *clinical management*;
- strutturare le attività di *case management*;

### **2.5.1. Case management: pianificazione dell'attività**

1. Inserimento del paziente in un percorso di cura che può avvenire secondo diverse modalità:

Modalità Indirette

- Contatto mediante interlocutori privilegiati (MMG)
- Distribuzione di apposito materiale informativo (poster/brochure )
- Contatto formale dell'ASL (telephone call/lettera/ SMS)

Modalità Dirette

- Accesso al S.U.S.S.
- Accesso diretto ambulatori dedicati
- Accesso diretto Distretto (UVG/UMVD)
- Segnalazione Cure Domiciliari
- IFeC

L'inserimento del paziente all'interno di un percorso di cura specifico ( PDTA nel caso di paziente monopatologico e PAI in presenza di polipatologia ) avverrà tramite gestionale informatico dedicato.

## 2.Gestione PDTA/ PAI

Il Piano Assistenziale Individualizzato corrisponde alla sequenza delle prestazioni indicate per le patologie del paziente prescritte dal MMG /Specialista e coordinate dal *case manager*. L'arruolamento del paziente si articola in una prima visita e nella definizione di un piano assistenziale contenuto nel sistema informativo. Le successive valutazioni consentono al MMG di modificare e aggiornare il piano inizialmente predefinito. Al termine di questa fase si accede alla visualizzazione del percorso di cura del paziente, programmato secondo specifiche attività.

- Prescrizione e prenotazioni agende

Il Centro Servizi provvede alla pianificazione e prenotazione delle prestazioni prescritte.

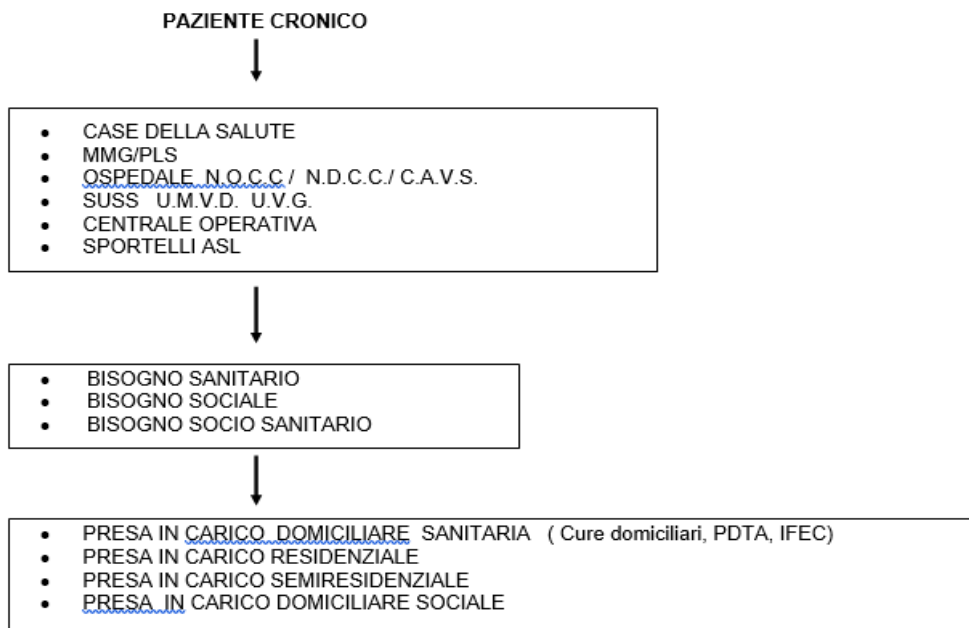
- Esecuzione e registrazione prestazioni

Questa attività è prevista attraverso l'utilizzo del sistema informatico in uso in azienda per la gestione dell'attività ambulatoriale. Ogni attività e prestazione erogata da specialisti verrà comunque resa disponibile al sistema.

### Verifica / Rimodulazione Percorso

Il sistema consente al *case manager* del paziente di verificare costantemente lo stato di avanzamento del percorso al fine di individuare criticità nell'erogazione delle prestazioni, eventuali problematiche cliniche, assistenziali e organizzative. I MMG/PLS (ad oggi su base volontaria) disporranno di una cartella clinica informatizzata fornita dall'ASL che, oltre alle funzionalità a supporto delle attività del Medico è integrata con il resto del sistema al fine di consentire la gestione delle informazioni/ procedure relative ai PAI ed ai PDTA e di ricevere notifiche quali ad esempio inserimento di un proprio assistito in un percorso, da parte dello specialista oppure la modifica, chiusura, interruzione di un percorso oppure la richiesta prescrizioni.

**Fig.1 Organizzazione delle attività distrettuali per area di competenza**



<u>Cittadini in Carico</u> <b>Gen 2019</b>	
<b>SID</b>	<b>815</b>
<b>ADI</b>	<b>343</b>
<b>Adp</b>	<b>1232</b>
<b>Residenziale</b>	<b>652</b>
<b>Semiresidenziale</b>	<b>30</b>

## Capitoli 3 e 4: Modello generale di *Governance* e obiettivi

### 3.1. Razionale

Il carico globale delle malattie croniche costituisce un tema rilevante di sanità pubblica: si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi destinato alla gestione delle malattie croniche e il dato diviene ancor più cogente in rapporto alle recenti proiezioni epidemiologiche, che ne documentano il costante incremento anche in relazione al concetto di multi-morbilità, da intendersi come presenza in un singolo paziente di una o più condizioni cliniche di lunga durata. Ne sono un esempio:

- Patologie fisiche e psichiche (es. diabete, schizofrenia)
- Condizioni coesistenti (difficoltà di interazione sociale e/o di apprendimento)
- Condizioni o sintomi complessi (es. fragilità, dolore cronico)
- Alterazioni della sfera sensoriale (es. perdita della vista e/o dell'udito)

L'attenzione alla fragilità/cronicità è recepita nel Piano Nazionale della Cronicità (CSR il 15.09.2018), in cui attraverso la pianificazione puntuale di interventi di prevenzione sanitaria e sociale e alla definizione di macroattività e di percorsi assistenziali specifici relativamente ad una serie di patologie croniche e dell'età evolutiva, si introducono una serie di messaggi chiave quali:

- promuovere una cultura di sistema (servizi, professionisti, pazienti) centrato sulla persona

- adottare un diverso modello di organizzazione ospedale-territorio, tramite percorsi di cura integrati
- potenziare le cure domiciliari, limitando istituzionalizzazione ed accessi ospedalieri impropri
- definire team multiprofessionali e multidisciplinari

La Regione Piemonte ha recepito i contenuti del PNC tramite la redazione ed implementazione di un documento recante “Linee di indirizzo 2018-2019 per la presa in carico della cronicità/fragilità” (Delibera 306/2018); un’altra delle direttrici strategiche nell’ambito della cronicità, è caratterizzata dal Piano di Assistenza Territoriale (P.A.T) del triennio 2016-2018.

Il piano aziendale della cronicità dell’ASL VC (PAC), pertanto, recepisce le indicazioni clinico-organizzative di livello nazionale e regionale, cogliendo la sfida di garantire, a fronte di un’aspettativa di vita della popolazione residente superiore alla media regionale e nazionale, un incremento degli anni di vita vissuti in buona salute; ciò avviene attraverso la pianificazione strategica di interventi mirati alla corretta identificazione e presa in carico della fragilità e la intensificazione degli interventi di prevenzione primaria delle malattie che determinano cronicità, con una disseminazione capillare alla popolazione a maggiore rischio (per età e per presenza di fattori di rischio). La definizione di fragilità, pertanto, ha rappresentato il primo step per l’individuazione dei destinatari del progetto all’interno della più vasta popolazione aziendale affetta da malattie croniche. Non esiste un consenso generale su una specifica definizione di fragilità e gli schemi classificativi disponibili fanno prevalentemente riferimento ad aspetti correlati all’invecchiamento o all’insieme di deficit funzionali coesistenti, quali il "fenotipo dell’anziano fragile" di Fried o la "*Clinical Frailty Scale*" di Rockwood. La definizione adottata dalla Joint Action europea corrisponde a quella dell’OMS:

*"Frailty is a progressive age-related decline in physiological systems that results in decreased reserves of intrinsic capacity, which confers extreme vulnerability to stressors and increases the risk of a range of adverse health outcomes"*

La definizione di fragilità elaborata dall’ASL VC in riferimento alla pianificazione di specifiche modalità di presa in carico, si può riassumere come segue: *“Individuo che per cause congenite o acquisite sperimenta una condizione di mancata acquisizione o di perdita in uno o più domini funzionali del “daily living”, dovuta alla influenza di variabili biologiche, fisiche, psichiche, sociali o economiche; tali variabili sono condizionate da fattori ambientali che aumentano il rischio di outcome negativo per la salute, e si correlano ad un elevato rischio di destabilizzazione, richiedendo il ricorso improvviso (e spesso improprio) ai servizi socio-sanitari.*

Dalla definizione emerge la possibilità di intervenire sulla fragilità, prevenendola, poiché intercetta tutti i domini della persona.

L’Azienda ASL VC si è concentrata su alcuni aspetti rilevanti, che meglio riflettono la volontà di garantire e promuovere attività basate sull’unitarietà di approccio, centrate sulla persona e orientate ad una migliore organizzazione dei servizi e ad una piena responsabilizzazione degli attori. Ne sono un esempio: 1) il reclutamento precoce dei soggetti fragili o a rischio di fragilità 2) il setting di riferimento per la presa in carico 3) l’integrazione della filiera professionale 4) il controllo della *compliance* e la valutazione degli *outcome* di salute 5) la sincronia di interventi di gestione e di prevenzione della cronicità.

Il passaggio dalla gestione del paziente sintomatico acuto alla presa in carico della persona polipatologica o con bassa autonomia psicosociale, o anche solo con alto rischio di sviluppare una



patologia specifica, richiede un intervento appropriato sia a livello professionale che organizzativo. E' necessario che convergano ad un obiettivo comune:

- MMG, specialisti ospedalieri e medici del territorio "in prima linea" nella presa in carico di un paziente fragile;
- Policy makers, principali attori della riorganizzazione di modelli di presa in carico che garantiscano qualità ed uniformità nell'erogazione di servizi e prestazioni;
- Enti Gestori e terzo settore;

Nel documento aziendale vengono indicati la strategia complessiva e gli obiettivi di piano, proposte alcune linee di intervento ed evidenziati i risultati attesi, attraverso i quali migliorare la gestione della fragilità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Il modello sviluppato dall'ASL VC ha come obiettivo, partendo dalla stratificazione della popolazione assistita sulla base delle criticità effettive (case-mix) descritte in fig.1, la definizione di diversi livelli di complessità assistenziale, identificando i setting di cura più appropriati ed i modelli organizzativi più efficaci, rispetto all'appartenenza di un soggetto ad una determinata classe di fragilità. Tale modalità, consente di raccogliere ed organizzare le informazioni sui bisogni di salute della popolazione, favorendo una equa distribuzione e/o riallocazione delle risorse investite e promuovendo interventi assistenziali sempre più appropriati. Il modello così adottato, consentirebbe inoltre di associare ad ogni livello di fragilità, tipologie di servizi e prestazioni, appropriati per regime assistenziale e *setting*.

Nel PAC vengono descritti nell'ambito della fragilità, sia PDTA interaziendali focalizzati sulle patologie croniche, alcuni già adottati ed altri in fase di implementazione, garantendo una maggiore aderenza ai contenuti del PNC, sia PDTA oncologici; il paziente oncologico viene considerato paziente cronico in riferimento ad un bisogno di salute che non si interrompe legato a:

- necessità di controllo della malattia che non riguarda solo la possibilità di recidiva: dal *follow up* alla *survivorship care*
- forme di tossicità nuove e forme di tossicità tardive dei trattamenti
- rischio di seconde neoplasie (recidive o nuova patologia oncologica)
- comorbidità e stili di vita
- impatto psico-sociale

L'articolazione dei PDTA predisposti a livello aziendale assolve in maniera uniforme ai seguenti requisiti:

- patologie croniche altamente invalidanti nelle fasi avanzate
- alta prevalenza
- insorgenza e progressione influenzati direttamente dallo stile di vita

### 3.2. Strategie e priorità di intervento

Il PAC si propone una gestione strategica della popolazione fragile, mediante azioni finalizzate all'identificazione e alla diversificazione dei percorsi integrati dedicati al paziente con fragilità, rispetto alle modalità di accesso, prescrizione e prenotazione delle visite e nella gestione della presa in carico. Di seguito si descrivono i principali punti sviluppati:

- stratificazione dei pazienti attraverso determinanti di fragilità oggettive associate a stadi di crescente complessità e bisogno di intensità assistenziale, non correlati ad una specifica patologia, con la capacità di prendere in considerazione anche soggetti che presentino multi patologie e complessità di diverso grado;
- l'implementazione e la facilitazione dell'accesso ai percorsi di cura, in *setting* appropriati dedicati, mediate utilizzo di canali organizzativi preesistenti, riorientati e selettivamente attivati, attraverso la collaborazione degli enti delegati alla gestione dell'integrazione socio-sanitaria, a parità di risorse;
- la possibilità di riorientare le risorse disponibili, senza aumento delle stesse, seguendone l'andamento temporale negli anni;
- l'adozione di misure preventive per limitare o ritardare la perdita dell'autosufficienza, attraverso interventi programmati di tipo proattivo e il passaggio dalla medicina di attesa a quella di iniziativa
- la riduzione dei consumi di prestazioni e servizi da parte degli utenti, a parità di PDTA e quindi una riduzione dei costi medi di trattamento annuo complessivo di ciascuno dei pazienti censiti.
- Il miglioramento della soddisfazione dei pazienti circa le nuove modalità di presa in carico, ciò che veniva ritenuto presupposto necessario per conseguire una virtuosa diminuzione della mobilità passiva verso altri territori.
- Il riposizionamento del ruolo dei MMG nel processo di riorganizzazione e nella gestione dei PAI e dei PDTA, inizialmente su base volontaria e successivamente con il coinvolgimento sulla totalità dei pazienti da inserire nei PDTA selezionati.
- L'introduzione della professionalità dell'Infermiere di famiglia e di comunità quale pilastro professionale della nuova modalità di presa in carico proposta.

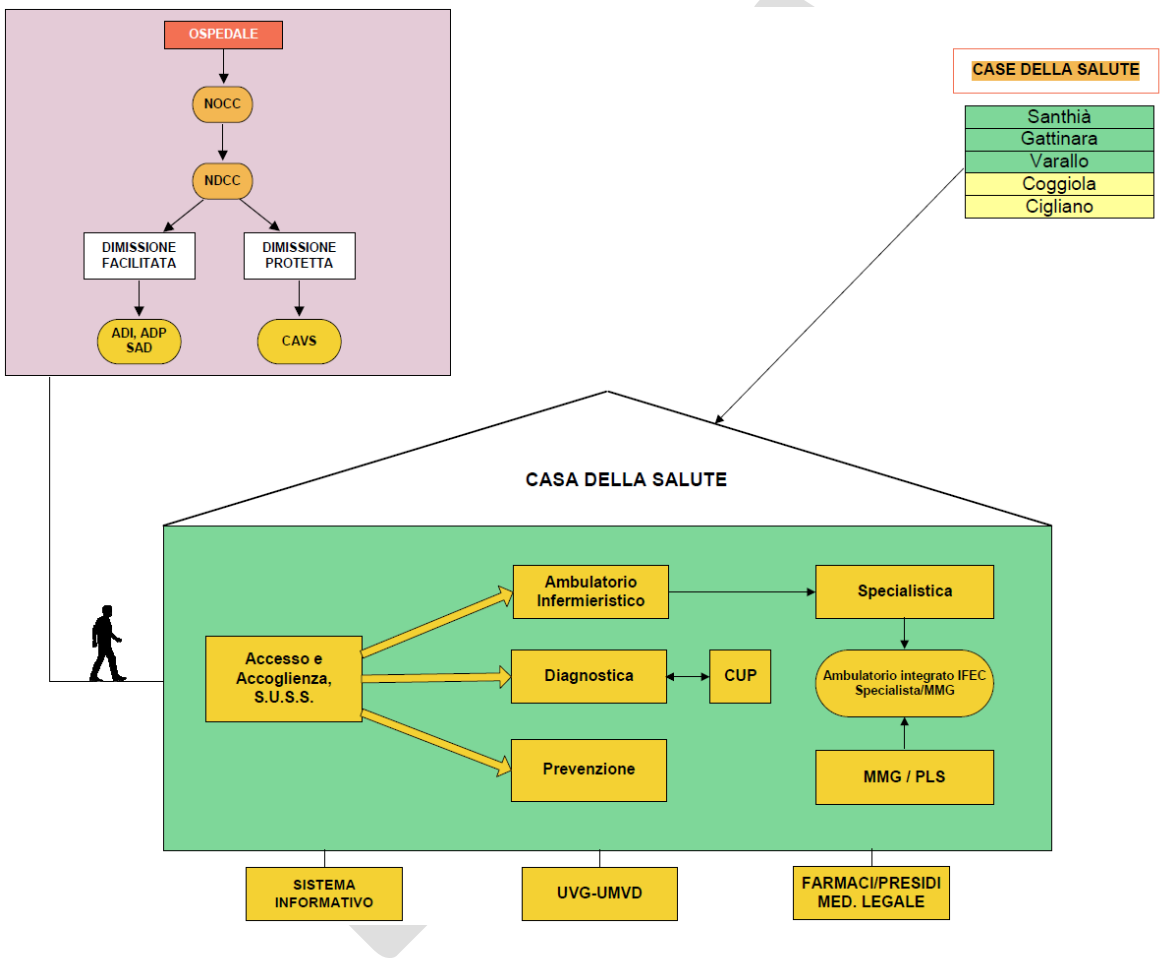
Sono stati perseguiti i seguenti obiettivi specifici:

1. Identificazione di un profilo quali-quantitativo dei pazienti sui quali adottare il nuovo modello di organizzazione delle cure e di presa in carico, utilizzando un modello di misurazione, analisi e descrizione dei bisogni di salute della popolazione degli assistiti (e non solo dei pazienti) presso l'ASL VC che:
- definisca per ciascuna classe di fragilità espliciti criteri di inclusione, definiti a livello aziendale, sulla base delle tipologie di pazienti assistiti;

- formalizzi le modalità di presa in carico del paziente fragile;
  - individui le prestazioni per classi di fragilità con specifico *setting* di erogazione;
  - uniformi le modalità operative già presenti;
  - identifichi tempestivamente situazioni di disagio sociale, umano, sanitario;
2. Adozione di misure preventive per limitare o ritardare la perdita dell'autosufficienza, o comunque l'aggravarsi delle condizioni con il passaggio a livelli di fragilità maggiore, conseguendo al tempo stesso da un lato il miglioramento della qualità della vita e dello stato di salute e dall'altro una minimizzazione delle risorse necessarie. Tutto ciò si può tradurre in:
- riduzione dell'incidenza degli episodi di aggravamento delle malattie croniche per età o fattori di rischio
  - aumentare il numero di soggetti trattati al domicilio dei pazienti
  - ridurre gli accessi di codici bianchi e verdi in PS
  - ridurre i ricoveri evitabili (pg.2.5)
  - ridurre l'invalidità conseguente all'aggravamento di malattie croniche
3. Favorire il passaggio dalla medicina di attesa a quella di iniziativa, coinvolgendo i MMG/PLS del territorio quale punto di riferimento delle Cure primarie centrato sulle Case della Salute, potenziando la riorganizzazione-delle cure primarie in team multiprofessionali e multidisciplinari per attuare un modello di presa in carico dei pazienti con patologie croniche che, integrando i servizi offerti da MMG, specialisti e altri professionisti assicurati:
- la presa in carico diagnostico-terapeutica e la continuità dell'assistenza, in base a PDTA predefiniti sulle patologie croniche a maggior impatto epidemiologico e maggior assorbimento di risorse
  - l'offerta di servizi di case management e supporto all'autocura tramite personale infermieristico adeguatamente formato
  - l'offerta di servizi integrati di riabilitazione e assistenza sociale
  - la garanzia di follow up e coordinamento delle cure tramite servizi di segreteria avanzata
4. potenziare realizzare una rete integrata di PDTA, finalizzati a rispondere ai bisogni clinico assistenziali dei pazienti attraverso:
- implementazione e diffusione dei PDTA condivisi e di riconosciuta efficacia con riferimento particolare al paziente diabetico, al paziente con scompenso cardiaco e con BPCO
  - costituzione di team multiprofessionali integrati
  - presa in carico dei problemi della cronicità attraverso metodi di medicina attiva
  - trasferimento di competenze a personale infermieristico negli aspetti assistenziali e prevalentemente in quelli relativi all'auto-cura e/o alla educazione del care-giver
  - assunzione di responsabilità e l'educazione terapeutica del paziente cronico e della sua famiglia al fine di migliorare i processi di autocura e di gestione attiva della malattia

- dimissioni protette dai luoghi di cura;
5. favorire la sperimentazione dell'introduzione del profilo dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) quale cardine e case manager nel nuovo assetto organizzativo, in maniera indipendente o coordinata rispetto agli MMG/PLS
  6. Garantire un'appropriata allocazione delle risorse

Fig.1 paragrafo 3.2 Modalità di accesso presso le Case della Salute



### 3.3. Modello di riferimento (*as is*)

Il metodo utilizzato per la stratificazione dei pazienti fragili, si ispira alla metrica della fragilità di De Toni e Ivis (2010) **fig.1.** che integra in una matrice unica 5 classi di fragilità, definite sulla base della selezione di specifici determinanti, ottemperando con una modalità di risposta al bisogno assistenziale orientata sia alla patologia (*disease management*) che alla condizione clinica individuale (*case management*). Una sesta classe rappresenta la popolazione "sana" identificata come priva di patologie croniche. L'assunto di riferimento è che sia essenziale partire dalla comorbidità per avere una prospettiva della popolazione fragile, poiché le malattie possono essere co-presenti (clusters) nella stessa persona o nella popolazione e che esse sono il principale determinante delle necessità di risorse sanitarie. La gestione della fragilità di questi soggetti richiede, pertanto, una capacità organizzativa flessibile in grado di cogliere l'emergenza del bisogno e la modalità di presa in carico più efficace.

Il nostro modello è stato definito in base alla selezione di specifiche determinanti di fragilità di seguito riportate e riferite alla popolazione residente dell'ASL VC, rispetto all'intervallo temporale 2015-2017. Il risultato della clusterizzazione, ha riprodotto 5 classi di fragilità omogenee per bisogno assistenziale, dettagliandone alcuni aspetti quali la stratificazione per età, l'assorbimento di risorse legate ai ricoveri, gli accessi in DEA, la prescrizione di farmaci e di visite ambulatoriali con l'obiettivo di individuare il costo medio per singola patologia e per tipologia di paziente. E' necessario sottolineare due aspetti che riguardano 1) la fase preliminare di definizione del modello di studio, in cui il numero complessivo di pazienti non è risultato essere pari alla somma della numerosità per classe in quanto alcuni pazienti appartengono a più classi ( **Tab.1-2**) 2) il numero (n=15) di esenzioni per patologia cronica inizialmente considerate in maniera arbitraria sulla base dell'impatto epidemiologico e sociale della patologia presso l'ASL VC e che non sono rappresentative della totalità di esenzioni attualmente attribuibili ad una patologia cronica.

Nella classe 1, caratterizzata da una fragilità definibile lieve, sono inclusi i pazienti affetti da almeno una patologia cronica, individuata attraverso il codice di esenzione o l'invalidità, che hanno avuto nell'anno di riferimento almeno un accesso al DEA o un ricovero programmato e che hanno ricevuto una prescrizione per almeno tre principi farmacologici diversi (ATC). Si tratta di pazienti la cui condizione di fragilità è potenzialmente reversibile e che in genere possono raggiungere le sedi ove vengono erogati i servizi sanitari. In classe 2 sono inclusi i pazienti con le precedenti determinanti che abbiano ricevuto anche prestazioni di "cure domiciliari" nelle varie declinazioni, o che abbiano effettuato almeno un ricovero. Sono questi pazienti per i quali la presa in carico diviene più intensa. Il cardine del progetto di cura è centrato sull'assistenza domiciliare e non è più possibile raggiungere autonomamente i servizi di erogazione delle prestazioni e per i quali il rischio di declassamento ad un progetto che preveda la tutela attraverso la residenzialità è elevato. Questo gruppo di pazienti è stato ulteriormente suddiviso in due "sottoclassi": 2A individua i soggetti con almeno due accessi DEA e un ricovero urgente e 2B per i pazienti che usufruiscono di assistenza domiciliare (ADI, ADP, SID). La classe 3 rappresenta una tipologia di paziente fragile, in genere anziano e/o disabile, le cui condizioni cliniche o sociali rendono non più sostenibile l'assistenza domiciliare delineando il setting residenziale, nelle sue varie articolazioni: RA, RAF, RSA, nucleo Alzheimer, come il più appropriato.

La classe 4 fa riferimento alle condizioni di fine vita ed è rappresentata da pazienti inseriti in strutture di "Hospice", residenziale e domiciliare.

È stato assunto che la “clusterizzazione” dei pazienti nelle diverse classi omogenee per complessità e gravità, caratterizzate da livelli di fragilità crescente, rifletta contestualmente un aumento del consumo di risorse. Per verificare tale ipotesi è stata effettuata una valutazione quali-quantitativa del consumo di risorse per ciascun paziente fragile, analizzando i tracciati dei data base aziendali della farmaceutica territoriale, dei ricoveri ospedalieri, della specialistica ambulatoriale, e della domiciliarità.

Dall'analisi dei dati di clusterizzazione e di spesa per singole patologie croniche ma ancor più per le situazioni di classe di fragilità più elevata, emerge la necessità di predisporre percorsi privilegiati per pazienti "complessi" - collocabili nella parte alta della piramide - ovvero pazienti in gran parte anziani ad alto rischio di ospedalizzazione con bisogni molteplici per più condizioni croniche, connotati da elevati consumi di farmaci e prestazioni. L'obiettivo è quello di arruolare nuovi pazienti identificati attraverso dati amministrativi e prenderli in carico a livello territoriale mediante piani di assistenza e cura individuali, con relativo monitoraggio.

Nel modello a piramide già descritto, è inclusa anche la popolazione sana. Si tratta di selezionare una fascia di popolazione che per caratteristiche proprie, in particolare età e presenza di fattori di rischio di malattia (ad esempio di tipo comportamentale, come uso di tabacco, sedentarietà, dieta scorretta, sovrappeso etc) abbia una probabilità di evento di salute (ricovero, accesso al PS, nuova diagnosi di malattia) più elevata della media della popolazione. Questa fascia si pone in diretta continuità con la popolazione cronica e fragile, e diviene target di interventi preventivi mirati alla prevenzione di malattie, come ad esempio interventi di riduzione dell'uso di tabacco, di promozione dell'attività fisica etc.

Al fine di “personalizzare” l'offerta di interventi preventivi, questa popolazione dovrebbe essere “profilata”, utilizzando i dati correnti presenti nei database dell'ASL, a probabilmente anche indagata tramite strumenti quali questionari di screening che indaghino la presenza fattori di rischio per la fragilità ( es."sunfrail").

Questa “profilazione” potrebbe permettere di prevedere percorsi di prevenzione specifici, affidati all' Infermiere di comunità, l'invio ai punti SUSS (PUA) informatizzati o l'attivazione di progetti specifici.

In sintesi si tratta di tradurre i principi della medicina proattiva o “sanità di iniziativa” che, a differenza della “medicina d'attesa”, è in grado di assumere il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, e di gestire la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.

Tale modello privilegia l'area della prevenzione, ma può essere applicato anche ai pazienti con elevata fragilità, non deambulanti e/o dipendenti, disabili, non in grado di essere trasportati negli ambulatori dei MMG ma che possono comunque trarre beneficio dall'applicazione di un modello proattivo di prevenzione delle ricadute e delle ospedalizzazioni ripetute. Gli strumenti di intervento sono contenuti nei piani assistenziali individuali (PAI). Il PAI pertanto rappresenta un documento digitale di supporto alla pianificazione dell'assistenza che garantisce responsabilità clinico-organizzative; è uno strumento anche di empowerment del paziente che risulta utile al monitoraggio e alla verifica (aderenza, *compliance*) oltre che per una valorizzazione alternativa al tradizionale pagamento a prestazioni.

Fig.1. Metrica della fragilità di De Toni e Ivis (2010)

	<b>Fragilità</b>	<b>Tipologia di paziente</b>	<b>Stato del paziente</b>	<b>Tipologia di prestazioni sanitarie</b>	<b>Azione prevalente</b>
<b>Classe 0</b>	<i>Assente</i>	<i>Sano</i>	-	<i>Occasionali</i>	<i>Prevenzione</i>
<b>Classe 1</b>	<i>Lieve</i>	<i>Pre-fragile</i>	<i>Reversibilità</i>	Prestazioni ambulatoriali, ricoveri programmati, accessi DEA, prescrizioni farmaceutiche, esenzioni, invalidità patologie croniche	<i>Cura e riabilitazione</i>
<b>Classe 2</b>	<i>Media</i>	<i>Fragile</i>	<i>Reversibilità/ Irreversibilità</i>	Le precedenti <i>più</i> cure domiciliari, DEA, ricoveri urgenti, dimissioni protette	<i>Preso in carico</i>
<b>Classe 3</b>	<i>Grave</i>	<i>Fragile grave</i>	<i>Irreversibilità</i>	Le precedenti <i>più</i> ricoveri di sollievo, residenzialità	<i>Accompagnamento/ dipendenza</i>
<b>Classe 4</b>	<i>Gravissima</i>	<i>Terminale</i>	Terminalità (indice di Karnofsky < 40%)	Le precedenti <i>più</i> hospice	<i>Cure palliative</i>

Tab.1 Clusterizzazione pazienti fragili ASL Vercelli e consumo di risorse per classe (dati 2016). Fonte: elaborazione dati ASL VC 2017

NUMERO PAZIENTI						2014	2015	2016	2017	
1	Lieve	prefragile	reversibilità	accessi in DEA, prescrizioni farmaceutiche, esenzioni	cura e riabilitazione	a) pazienti con esenzione	36.653	35.696	33.667	32.616
						E	8.643	8.591	7.826	7.360
						b) almeno un accesso in DEA				
						7.596	7.618	7.002	6.454	
2	Media	fragile	tendenza reversibilità	Le precedenti più cure domiciliari, assistenza integrativa e protesica, ricoveri urgenti	presa in carico	a) pazienti con esenzione per patologia cardiologica e/o diabetica e/o nefropatica e/ oncologica e/o invalidità e/o prematuri	36.653	35.696	33.667	32.616
						E	2.845	2.893	2.815	2.715
						b) almeno 2 accessi in DEA				
						E	1.139	1.309	1.127	1.035
						c) almeno 1 ricovero urgente				
						OPPURE				
						a) pazienti con esenzione per patologia cardiologica e/o diabetica e/o nefropatica e/ oncologica e/o invalidità e/o prematuri	36.653	35.696	33.667	32.616
E	2.569	1.915	1.799	2.147						
						b) 1 accesso ADI/ADP				
<b>TOTALE</b>						<b>11.304</b>	<b>10.842</b>	<b>9.928</b>	<b>9.636</b>	

Tab.2 Analisi quali-quantitativa classi di fragilità e costi totali anno 2017

LIVELLO	Fascia età	Numero pazienti	%	costo medio per paziente	Costo totale
CLASSE 1	ETA' 0-18 ANNI	29	0%	3.735	108.329
	TRA 18 E 75	3.419	49%	4.712	16.109.969
	ETA' >75	3.554	51%	4.808	17.088.718
	<b>TOTALE</b>	<b>7.002</b>		<b>4.757</b>	<b>33.307.017</b>
CLASSE 2A	ETA' 0-18 ANNI	1	0%	4.657	4.657
	TRA 18 E 75	431	38%	12.735	5.488.682
	ETA' >75	695	62%	10.215	7.099.729
	<b>TOTALE</b>	<b>1.127</b>		<b>11.174</b>	<b>12.593.068</b>
CLASSE 2B	ETA' 0-18 ANNI	3	0%	28.033	84.099
	TRA 18 E 75	414	23%	11.113	4.600.612
	ETA' >75	1.382	77%	5.878	8.123.268
	<b>TOTALE</b>	<b>1.799</b>		<b>7.119</b>	<b>12.807.979</b>

LIVELLO	Numero pazienti	costo medio per paziente	Costo totale
CLASSE 1	<b>7.002</b>	<b>4.757</b>	<b>33.307.017</b>
CLASSE 2A	<b>1.127</b>	<b>11.174</b>	<b>12.593.068</b>
CLASSE 2B	<b>1.799</b>	<b>7.119</b>	<b>12.807.979</b>
Pazienti complessivi (*)	<b>7.940</b>	<b>4.822</b>	<b>38.284.868</b>



### 3.4 Evoluzione del modello: modalità di riorganizzazione della presa in carico (*to be*)

Il modello sperimentale di clusterizzazione in classi di soggetti fragili dell'ASL VC ha subito alcune integrazioni/modifiche anche in seguito al recepimento delle linee di indirizzo regionali. Le revisioni apportate, riguardano i seguenti ambiti metodologici:

- stratificazione della fragilità utilizzando tutte le esenzioni per patologia cronica, comprese le malattie rare e la condizione di invalidità
- definizione di un cluster di pazienti identificati in base alla presenza di una sola patologia

Il modello di clusterizzazione è stato predisposto attraverso una matrice piramidale a “fragilità crescente”(fig.2).

L'integrazione delle informazioni assunte consente di aumentare la sensibilità dello strumento.

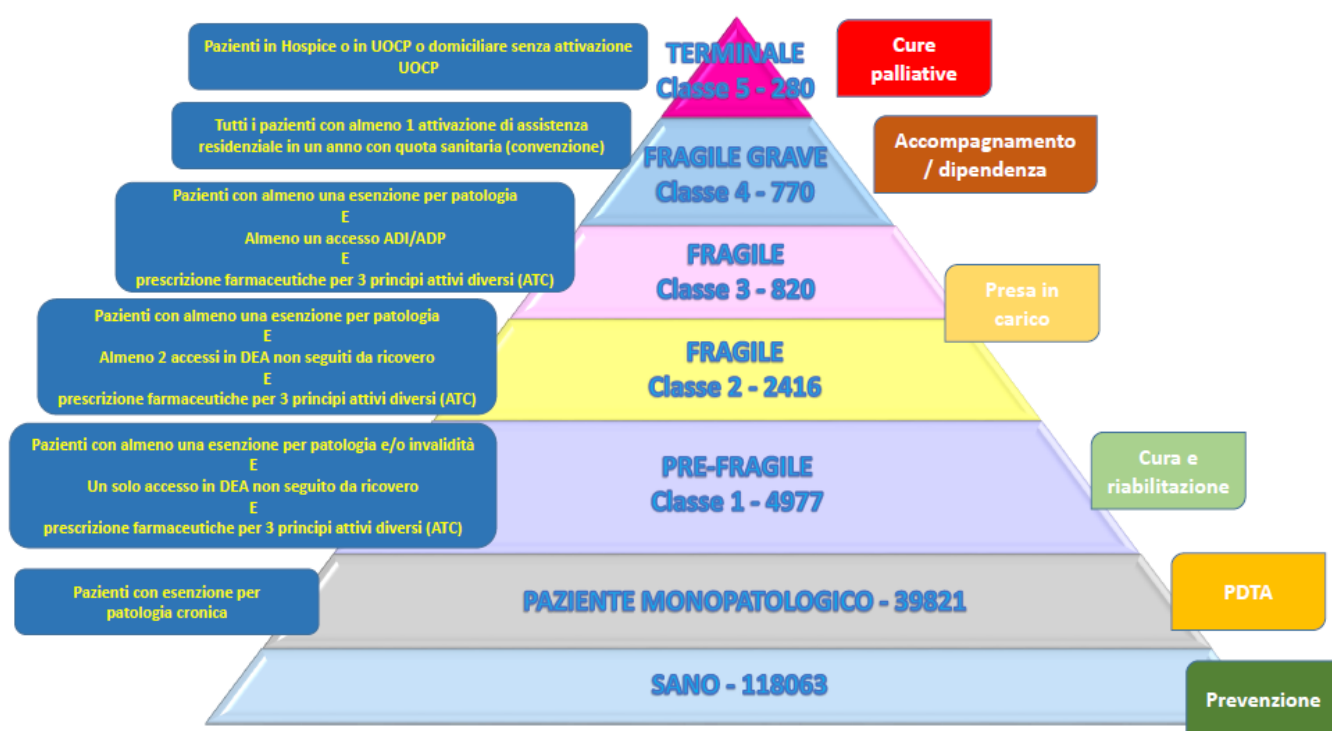


Fig.2 Piramide della fragilità dell'ASL VC. Fonte. Elaborazione dati ASL 2018

### 3.5 Integrazione multiprofessionale e multidisciplinare: lavorare in team

Il modello di riferimento aziendale prevede che vi sia integrazione tra tutte le componenti professionali presenti in Ospedale e sul Territorio, seguendo la definizione dei team multiprofessionali e multidisciplinari (TMD). Il TMD è un gruppo coordinato di tutte le professioni mediche e sanitarie (integrato, quando opportuno e necessario, dai rappresentanti delle associazioni dei pazienti) che si occupano di una specifica patologia, il cui approccio terapeutico è guidato dalla

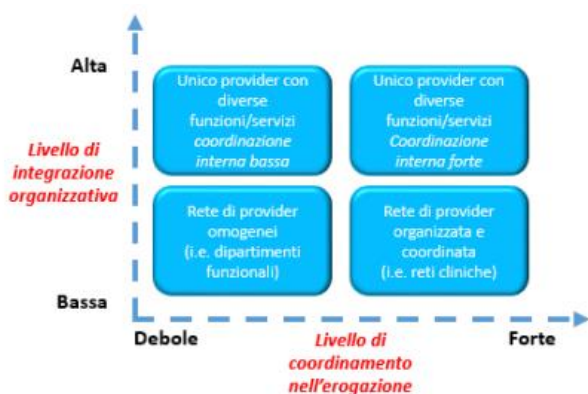
volontà di giungere a decisioni cliniche condivise basate sull'evidenza, garantendo l'applicazione dei PDTA ed incoraggiando i pazienti ad essere parte attiva nel percorso di cura. L'ASL VC ha inteso il ruolo del TMD nell'ottica di garantire un approccio sistematico e sistematizzato dell'atto e del percorso assistenziale, aumentando la tempestività degli interventi e migliorandone il coordinamento. In tal senso, il team dedicato alla gestione del paziente fragile prevede numerose figure professionali, inserite a vario livello nella pianificazione degli interventi assistenziali, sotto il profilo clinico-organizzativo. La Direzione Generale dell'Azienda su mandato regionale, ha istituito un Nucleo Operativo Aziendale ed una Cabina di Regia con competenze nell'ambito della cronicità. Il primo ha funzioni di tipo strategico operativo e programmatiche, di pianificazione e valutazione, in accordo alla Direzione Generale. La Cabina di Regia, invece, promuove un'azione di supporto al sistema regionale per la revisione e l'aggiornamento del PAC, oltre ad estendere le attività in esso contenute a tutti i professionisti di volta in volta individuati relativamente ai PDTA in fase di implementazione. Gli attori del PAC operano in forte cooperazione, assicurando che una volta identificata una classe omogenea di pazienti fragili, sia garantita a ciascuno di essi in collaborazione con i principali attori del Distretto ( MMG, IFeC, NOCC, NDCC etc.. ) la pianificazione di un intervento personalizzato, previa gestione dei dati sensibili secondo quanto previsto dal GDPR. Quando l'intervento descritto nel PDTA, viene contestualizzato nel PAI, consente di specializzare la rete dei servizi, qualificandola anche mediante la valorizzazione del sostegno delle famiglie e la cura al domicilio del paziente.

La finalità del TMD è quella di definire, rispetto a tempistiche già individuate, il percorso più appropriato per il paziente e al contempo aggiornare ed aumentare la *competence* dei professionisti. La presenza del TMD rappresenta uno strumento per facilitare il percorso/processo culturale che preveda almeno:

- il confronto e la condivisione tra professionisti, sostenuti dalle evidenze scientifiche ed orientati all'applicazione di linee guida;
- il confronto e la condivisione tra professionisti e rappresentanti delle Associazioni dei pazienti per realizzare la centralità del paziente, la cui presa in carico viene garantita in tutte le fasi del PDTA, definendo, organizzando e monitorando le attività previste dal TMD;
- l'armonizzazione di procedure e atti terapeutici che favoriscano la programmazione di interventi riabilitativi, di supporto psicologico e di cure simultanee, per superare problematiche sociali e logistiche;
- l'integrazione tra la dimensione organizzativa e quella clinica dell'assistenza, all'interno dei PDTA interaziendali;
- la gestione più flessibile ed efficiente delle risorse disponibili;
- la formazione e la crescita professionale dei componenti del TMD;
- la condivisione di linee guida e la diffusione di buone pratiche;
- la valorizzazione del TMD, tramite idonei meccanismi di incentivazione;
- la raccolta e l'analisi dei dati, nonché la predisposizione di strumenti di misurazione e valutazione per il monitoraggio periodico delle performance del TMD;

L'obiettivo a cui tendere non è solo di tipo funzionale ma anche informativo: ad un livello di coordinamento nell'erogazione assistenziale, corrisponde un paritetico grado di interoperabilità dei sistemi informativi, consentendo di veicolare tutte le informazioni utili per l'assistenza al paziente, oltre che evitare a quest'ultimo spostamenti legati all'assolvimento di attività burocratiche, a carico dell'ASL.

Fig.2 Relazione tra modelli di integrazione organizzativa e di coordinamento nella presa in carico



Fonte: adattato da Curry e Ham (2010)

Tab.3 Stratificazione dei pazienti con una sola esenzione in base alle patologie croniche prevalenti per le quali l’Azienda ha avviato o sta implementando PDTA specifici. Fonte Elaborazione dati ASL VC 2018

Codice	Descrizione
011	Demenze
013	Diabete mellito
021	Insufficienza cardiaca
023	Insufficienza renale
061	Patologie renali croniche
024	Insufficienza respiratoria cronica
040	Neonati prematuri, prematuri , a termine con ricovero
044	Psicosi
048	Patologie neoplastiche maligne, tumori dal comportamento incerto
061	Patologie renali croniche

### 3.6. Percorso organizzativo del paziente fragile (to be)

L’organizzazione dell’assistenza al paziente fragile prevede facilitazioni nel sistema attraverso punti di accesso spontanei o condizionati dalla necessità di cura e l’attribuzione per ciascun paziente di un case manager<sup>1</sup> e di un clinical manager<sup>2</sup>.

- *case manager*<sup>1</sup>: è il professionista che provvede all’assegnazione e al coordinamento dei servizi socio-sanitari destinati alla gestione clinica di un determinato target di utenti. Ha la funzione di coordinamento gestionale.

- *clinical manager*<sup>2</sup>: è il medico referente, responsabile della presa in carico e cura la predisposizione e l'aggiornamento del PAI. L'arruolamento del paziente avviene attraverso la sottoscrizione del Patto di Cura e la condivisione del PAI;

## 1 Sportello Unico Socio Sanitario/ Punto Unico di Accesso (SUSS/PUA)

Gli sportelli S.U.S.S. sono luoghi deputati alla raccolta e alla decodifica della domanda iniziale di un utente insieme al coordinamento dell'erogazione dei servizi previsti dal piano assistenziale (11 Punti distribuiti in ASL). Rappresenta uno snodo cruciale per la individuazione, la ricognizione l'orientamento ed il monitoraggio della persona fragile ad ogni età. Lo sportello viene raggiunto direttamente dal paziente o dal suo "care giver", oppure può essere il *case manager* a proporre l'invio. La distribuzione capillare dei S.U.S.S. su tutto il territorio dell'ASL VC e la formazione specifica degli operatori, lo rendono un punto di accesso fondamentale per l'orientamento e la presa in carico di un cittadino che può esprimere un bisogno assistenziale molto eterogeneo. Le funzioni del SUSS, nel suo complesso, possono essere riassunte come segue:

- accoglienza dell'utenza
- ascolto attivo delle richieste e dei bisogni
- prima lettura del bisogno espresso dal cittadino
- informazione relativamente ad opportunità, risorse, prestazioni e possibili agevolazioni nonché sul sistema dei servizi esistenti ed accessibili
- orientamento nell'utilizzo dell'informazione fornita verso il canale più adatto per ottenere una risposta adeguata da altri servizi

### Gli obiettivi futuri (to be) sono quelli di:

- a) costituire un luogo di *case management* attivo per il paziente fragile (appuntamenti per esami/visite)
  - b) risposta diretta a richieste (assistenza integrativa, protesica, cambio medico)
  - c) interfaccia con i gestionali web dei PDTA
  - d) interfaccia con i gestionali web degli E.E.G.G.
  - e) costruzione *dell'anagrafe della fragilità socio-sanitaria* o Registro Aziendale della Fragilità attraverso la somministrazione di apposita scheda in allegato al capitolo in oggetto, che utilizza come strumento la classificazione dei pazienti secondo indicatori socio-sanitari condivisi tra Enti gestori e ASL.
- Il Registro Aziendale della Fragilità è uno strumento dinamico che consente di stimare preliminarmente il livello di fragilità della popolazione residente, rappresentando la fonte conoscitiva primaria a cui attingere per valutare il carico assistenziale di ciascuna tipologia di

fragilità, da cui evincere le caratteristiche dei *frequent user*, in termini di tipologia di prestazioni consumate e *setting* prevalente di erogazione. Da tale database è possibile costruire reportistiche estremamente flessibili contenenti informazioni di svariata natura utilizzabili sia in *forma aggregata* che di elevato dettaglio (fasce d'età, patologie, ecc.).

## 2 Ospedale

Le modalità di dimissione protetta dai reparti ospedalieri o dal DEA, attraverso un percorso specifico di continuità assistenziale Ospedale Territorio, sono gestite da due team multiprofessionali e multidisciplinari dedicati (riportati al cap.2) Gli operatori agiscono di concerto non appena viene individuata una situazione a rischio per l'evoluzione peggiorativa conseguenza della patologia oggetto di cura o per il precipitare di una condizione di fragilità a seguito del ricovero. Viene pertanto immediatamente istruita una pratica di valutazione complessiva che esita nella identificazione delle necessità di presa in carico post dimissione. La valutazione viene condivisa con il team distrettuale che si occupa in tempi pre-stabiliti di identificare la collocazione più appropriata per il paziente, facendo conto delle risorse territoriali di volta in volta attivabili a seconda delle esigenze (ADI, CAVS, RSA disponibili, RSA aperte). Il NOCC e il NDCC utilizzano ai fini statistici un sistema informativo regionale di monitoraggio (Web-anziani) e formalizzano con posta elettronica, le fasi del percorso assistenziale del paziente, in modo da garantire le informazioni cliniche e terapeutiche necessarie ai vari punti della rete, nonché la tracciabilità in tempo reale dei passaggi da un setting ad un altro. La gestione integrata della continuità di cure avviene in differenti fasi:

- fase ospedaliera
- fase distrettuale

Durante la fase ospedaliera, Il Reparto/DEA valuta entro 48 ore dal ricovero le criticità di dimissione del paziente anche mediante la compilazione della scheda di BRASS, secondo una procedura aziendale e la coesistenza di almeno due delle seguenti condizioni riconducibili ad una fragilità sociale del paziente:

- persona che vive sola
- persona priva di rete familiare/sociale di supporto
- ricoveri ripetuti negli ultimi tre mesi
- persona dipendente nell'igiene, nella mobilitazione o nell'alimentazione
- persona per la quale le condizioni cliniche presenti facciano prevedere un aumento della frequenza negli accessi.

Nel caso di un punteggio di Brass superiore a 10 e alla presenza di una condizione di fragilità sociale vengono attivati in sequenza N.O.C.C. con attivazione di Unità di Valutazione Geriatrica e N.D.C.C. per avviare richiesta di continuità assistenziale con eventuale attivazione di:

- a. dimissione ordinaria: MMG;
- b. educazione-istruzione del paziente e della famiglia/badante: MMG, infermiere
- c. ADI: MMG, Servizio Distrettuale Cure domiciliari, RRF;

- d. ADP: MMG;
- e. attivazione del servizio di cure palliative: MMG, Servizio Distrettuale Cure domiciliari, Hospice, AMAP;
- f. attivazione del servizio sociale territoriale degli Enti Gestori;
- g. attivazione di eventuali servizi specialistici;
- h. attivazione delle Commissioni multidimensionali UVG/UMVD per progetti socio-sanitari

Ad oggi (*as is*) la scala di Brass ( *Blaybock Risk Assessment Screening Scale* ) è lo strumento preliminarmente somministrato in ospedale con la finalità di riconoscere una possibile prolungata degenza o una situazione di dimissione difficile. La scala di Brass, infatti, non sempre risponde agli elementi di predittività che la caratterizzano e si concentra maggiormente sulla selezione di pazienti non autosufficienti o con disabilità, meno riconducibili al modello di stratificazione proposto.

**Gli obiettivi futuri (to be) sono quelli di:**

- superare la dicotomia tra la responsabilità del NOCC che è in capo alla Direzione sanitaria e quella del NDCC di cui è competente il Distretto, realizzando un unico Nucleo di Continuità delle Cure Socio Sanitario, costituito con pari responsabilità da referente Medico Ospedaliero, Infermiere Ospedaliero, Infermiere Centro Servizi (ADI), AS Aziendale AS Territoriale
  - somministrare una scheda unica della fragilità ancora più sensibile nell'intercettare condizioni di fragilità fisica, psichica e sociale, nel caso in cui il paziente non compaia all'interno del database nell'anagrafe unica della fragilità
- 3 MMG/PLS: ciascun MMG costituisce l'interfaccia privilegiata, qualificata e tempestiva del bisogno socio sanitario del paziente. Può attivare:
- ADI
  - UMVD/UVG inviando il paziente ad un progetto specifico e qualora la condizione rivesta carattere di urgenza;
  - collaborazione con IFeC, mediante programmi di prevenzione primaria e secondaria, sviluppando un binomio di intervento proattivo per il monitoraggio del pz. Il MMG è in rapporto con altre figure specialistiche, mediante relazioni di tipo funzionale, orientate a strutturare una rete clinica integrata territoriale nell'ambito dei PDTA per i pazienti con patologia prevalente, così come per i soggetti complessi multipatologici;
  - collaborazione con gli specialisti, adeguatamente formati, sia ambulatoriali che ospedalieri;

**Gli obiettivi futuri (to be) sono quelli di:**

- estendere la metodologia di gestione del modello proposto a pazienti complessi, connotati da elevati consumi di farmaci e prestazioni

- riorganizzare l'accesso alle prestazioni di presa in carico della cronicità secondo la logica delle reti cliniche, strutturando nel contempo agende dedicate alle successive fasi di follow-up.
- lavorare in sinergia con IFeC su obiettivi sia di prevenzione che di presa in carico del paziente concordati in sede di concertazione annuale per obiettivi c/o Distretto (UCAD)
- attivare processi formativi affinché ciascun MMG possa arruolare il paziente in un PDTA oppure attivare un PAI "percorso orientato" gestito attraverso un apposito strumento informatico anche per un paziente complesso "al vertice" della piramide.

L'obiettivo futuro (to be) è quello di arrivare ad un unico applicativo per la gestione delle diverse funzioni e servizi che si articolano in PDTA specifici.

Nel caso specifico del PDTA sullo scompenso cardiaco, le figure professionali che cooperano alla realizzazione dell'obiettivo sono il Medico di Medicina Generale (MMG) del paziente, lo specialista cardiologo e il *case manager*. L'azienda ha inteso definire un modello di gestione integrata e multiprofessionale dello scompenso, valutando alcuni *outcome* di salute già documentati nel panorama scientifico internazionale:

- stato funzionale e qualità della vita
- educazione al paziente
- adesione e capacità di autogestione della terapia da parte del paziente
- individuazione precoce dei casi a rischio di instabilità clinica
- controllo della progressione di malattia
- riduzione delle riospedalizzazioni

Tali modalità di collaborazione ed integrazione sono in coerenza con la finalità di spostare la logica dell'intervento sanitario dalle mere prestazioni/ procedure/esami alla cura del paziente, all'interno di un percorso condiviso, superando il concetto prestazionale che prevedeva l'erogazione di esami strumentali singoli, isolati, ad accesso dal CUP di primo livello non percorso-orientato. Per realizzare l'obiettivo dell'integrazione socio sanitaria è necessaria un'evoluzione del modello una maggior integrazione e di una presa in carico dei pazienti cronici, specie di quelli caratterizzati da maggior fragilità.

### **3.6.1. Tutela della privacy**

Lo svolgimento delle attività pianificate e descritte, presuppone la rilevazione e trasmissione tra le aziende ed i professionisti che vi lavorano ed i singoli MMG, di alcuni specifici dati relativi agli assistiti, al fine dell'arruolamento. A tal fine, è necessario che siano assolti gli obblighi normativi vigenti previsti nel testo del decreto attuativo sulla privacy GDPR, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 4 settembre 2018 (**Regolamento UE 2016/679 in vigore dal 25.05.2018**). L'ASL VC rimanda al DPO aziendale o regionale l'interpretazione dei singoli quesiti. L'auspicio è che la tutela e la garanzia della custodia dei dati sensibili di ciascun individuo non confligga con i programmi di tutela, supporto e presa in carico della condizione sociosanitaria, perchè è evidente che la complessità richiami la multidisciplinarietà e che la realizzazione di un percorso efficace coinvolga necessariamente numerosi professionisti (multiprofessionalità). A questo proposito, l'ASL VC ha predisposto specifica modulistica relativa alla condivisione dei dati sensibili e al trattamento dei dati

personali, da sottoporre al paziente. Alcuni di questi, presenti nel paragrafo “Allegati” sono ancora in fase di perfezionamento e condivisione.

## **Cap. 5 Azioni e percorsi per il cittadino con patologie croniche**

### **5.1. Razionale**

Nella Regione Europea dell’OMS, malattie come lo scompenso cardiaco, l’insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l’obesità, la depressione, la demenza, l’ipertensione, colpiscono l’80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo; entro il 2060 si prevede che il numero di europei con età superiore ai 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella sotto i 15 anni.

Tali premesse legittimano tutte le organizzazioni sanitarie a pianificare e programmare specifiche modalità di “presa in carico” dei pazienti con patologie croniche, così come la richiesta di costituire team multiprofessionali e multidisciplinari dedicati alla cronicità/fragilità (*to be*), che potrebbero essere composti da figure *core* di riferimento (internista, geriatra etc..) presenti a tutte le riunioni del team e reputati centrali nel processo decisionale per trasversalità di funzioni e competenze all’interno del PDTA. Le figure professionali del *core* team, a loro volta, vengono affiancati da altre figure professionali (*no core team*), chiamate a rispondere in un preciso momento assistenziale.

### **5.2. PDTA: finalità e strumento operativo nella “governance” della fragilità (as is)**

Il PDTA costituisce uno strumento di tutela delle opportunità di salute e necessita della definizione di un contesto organizzativo in cui essere implementato e adattato, e della collaborazione costante tra i vari specialisti (definendone ruoli e competenze) con finalità di tipo diagnostico-terapeutico, riabilitativo e preventivo (es. contenere la disabilità, posticipare l’evoluzione della malattia), integrando gli interventi sanitari con quelli sociali, qualora si riscontrino condizioni di fragilità.

La definizione di fragilità (cap.3) richiama nel soggetto anziano il concetto più spiccatamente sanitario di multimorbilità, intesa come insieme di patologie correlate che possono alternativamente o in maniera sinergica:

- determinare un peggioramento della qualità di vita e/o aumentare il tasso di mortalità per tutte le cause
- aumentare l’accesso non programmato ai servizi sanitari e/o il tasso di ospedalizzazione
- aumentare la necessità di polifarmacoterapia
- determinare un incremento degli eventi avversi, farmaco correlati
- riacutizzare patologie croniche di cui il paziente è affetto

Inoltre, dal punto di vista terapeutico, il trade off dei rischi e dei benefici dei trattamenti è spesso incerto in quanto frequentemente basato su prove di efficacia degli interventi sanitari derivanti da trial clinici che escludono il paziente con multimorbilità.

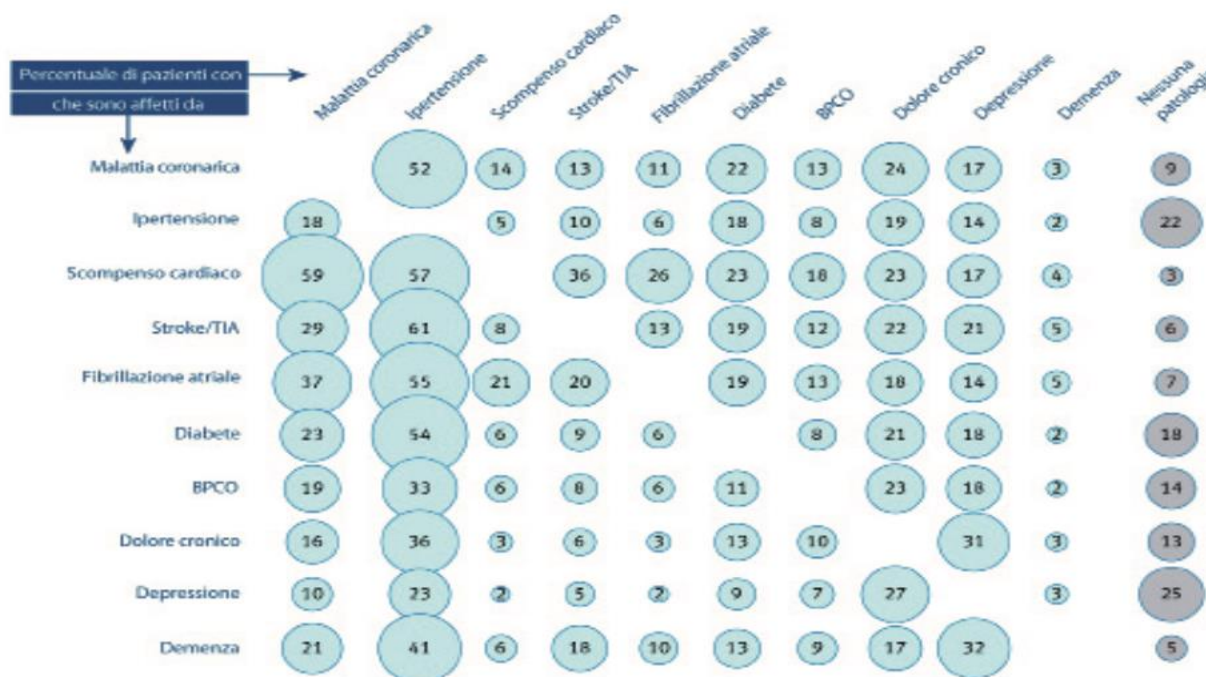


Occorre sottolineare, inoltre, che a livello semantico anche la definizione di paziente cronico è mutata in quanto a livello epidemiologico si presentano:

- cronicità ad alta complessità (patologia oncologica) in cui le innovazioni tecnologiche (sia diagnostiche che terapeutiche) hanno determinato per alcune patologie oncologiche la riduzione del tasso di mortalità con conseguente “cronicizzazione” della stessa patologia;
- nuove cronicità a cui afferiscono le patologie neurologiche, reumatologiche ed immunologiche recepite anche dal Piano Nazionale Cronicità.

Un aspetto spesso “costitutivo” di alcuni PDTA è dato dall’integrazione non solo funzionale (interazione dei professionisti coinvolti) ma anche strutturale, rispetto ad una modalità di gestione della presa in carico che intercetta differenti setting (es. ospedale Hub e Spoke), ridefinendo compiti e responsabilità del team.

In particolare, l’ASL VC, vorrebbe mappare nell’ambito delle cure primarie (*to be*) il numero e la tipologia di comorbidità presenti (vd es. LG NICE fig. 1) all’interno delle classi di fragilità rappresentate nella piramide già descritta (cap.3). La finalità è quella di definire modalità di presa in carico in relazione alla coesistenza di differenti patologie.



A livello strategico aziendale, infatti, il PDTA descrive la gestione integrata tra ospedale e territorio basata sulla scelta del setting di intensità adeguata ai bisogni del paziente (ambulatorio MMG, ambulatorio specialistico, ospedale etc..)

### 5.2.1. PDTA e Medicina di genere

Il termine di medicina di genere viene sostituito in maniera compiuta da quello di medicina genere-specifica che tenta di indagare la patogenesi, oltre a prevenire, diagnosticare e curare le malattie comuni ai due sessi che incidono diversamente su uomo e donna.

Le evidenze scientifiche documentano quanto possa essere rilevante nelle donne e negli uomini, pur essendo soggetti alle medesime patologie, evidenziare le differenze legate alle modalità di insorgenza, incidenza, progressione, risposta ai trattamenti e prognosi di una patologia. Nella costruzione dei PDTA, occorre prendere in considerazione anche questi aspetti: le donne ad

esempio hanno una più elevata aspettativa di vita, spesso condizionata da una maggiore disabilità. Nelle malattie croniche, la disabilità può rappresentare una complicanza frequente, la cui prevenzione diventa un obiettivo centrale nella definizione dei PDTA.

Inoltre, occorre sottolineare che l'ambito della medicina di genere è stato affrontato anche a livello normativo, disciplinandone l'insegnamento a livello universitario.

Un esempio paradigmatico di "gender differences" sono le malattie cardiovascolari che restano il killer numero uno per la donna e superano di gran lunga tutte le cause di morte. Le cause possono essere molteplici e legate a:

- sottostima dei sintomi da parte della donna e dei medici
- un ritardo nella diagnosi e nel trattamento terapeutico
- una diversa suscettibilità ai fattori di rischio

La prognosi nella donna è più severa per pari età ed è maggiore il tasso di esiti fatali alla prima manifestazione di malattia. La conseguenza è che spesso l'intervento preventivo, a differenza degli uomini, non si rivolga agli stili di vita, ma fondamentalmente al controllo di quello che è considerato il responsabile fattore di rischio, la menopausa, con la somministrazione di ormoni che a lungo hanno esposto le donne ad altri fattori di rischio. Esistono, e di seguito se ne riportano alcune, diverse patologie con differenze di genere.

Fig.2 Elenco di patologie "gender differences"

Condizioni di salute	Differenze di genere			
	incidenza	decorso	sintomatologia	esempio
• Malattie Cardiovascolari	Si	Si	Si	Infarto
• Malattie Neurodegenerative	Si	No	No	Alzheimer
• Malattie autoimmuni	Si	Si	No	Lupus
• Malattie infettive	Si	Si	No	Epatite B
• Tumori	Si	Si	No	Melanoma
• Malattie respiratorie	Si	No	No	BPCO, ASMA

Nell'ambito dell'ASL VC si stanno avviando progettualità legate alla medicina genere specifica in riferimento ai PDTA attivi sulla cronicità (scompenso, diabete, patologie neurologiche, patologie oncologiche) e a quelli in fase di implementazione (BPCO, IRC). Ciò richiede l'avvio di "sperimentazioni ad hoc" in cui prevedere:

- valutazione dei differenti approcci di prevenzione (nutrizione, stili di vita, analisi dei rischi) nei due sessi
- identificazione di biomarcatori diagnostici, prognostici e predittivi genere specifici
- valutazione delle differenze di genere nella risposta alla terapia
- studio dei meccanismi patogenetici
- attività educazionali e formative

- raccolta dati epidemiologici sulla differente prevalenza delle patologie e raccomandazioni genere-specifiche

L'ambito che riguarda la valutazione delle differenze di genere in risposta alla terapia è uno dei più indagati in quanto ampiamente documentato in letteratura: esistono dei fattori intrinseci di genere che influenzano la cinetica dei farmaci (assorbimento, distribuzione, metabolismo ed escrezione). Basti pensare, ad esempio, che le donne hanno un volume di distribuzione maggiore per i farmaci lipofili come diazepam, nitrazepam e ciclosporina. L'aumento del volume di distribuzione può tradursi in:

- emivita prolungata
- accumulo nel tessuto per un tempo superiore
- reazioni avverse correlate all'esposizione

Al contrario, le donne hanno un volume minore di distribuzione per i farmaci idrofilici come il propanololo. Nella terapia dello scompenso, gli ACE-INIBITORI sembrano più efficaci nell'uomo, i sartani nelle donne, i B-bloccanti in ambedue i sessi e la digossina ha una elevata tossicità nelle donne.

### **5.2.2. Interventi di prevenzione e promozione della salute nell'ambito della cronicità**

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT), malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete, costituiscono il principale problema di sanità pubblica: sono infatti la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità ed il loro impatto provoca danni umani sociali ed economici elevati.

Le stime indicano che almeno l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno un terzo dei casi di cancro siano da attribuire a fattori di rischio comportamentali e pertanto risultino prevenibili.

Una strategia da mettere in atto è quella della "compressione della malattia" cioè investire in prevenzione al fine di posticipare l'inizio della malattia cronica, e aumentare così anche il benessere della popolazione.

La promozione delle competenze per la gestione della propria salute su azioni individuali quali la corretta alimentazione, la pratica di un'adeguata attività fisica, l'esercitazione delle funzioni cognitive, e l'adesione alle offerte culturali e sociali, si è dimostrata una pratica efficace (più ancora dell'offerta di adeguati trattamenti clinici) per promuovere un invecchiamento in salute. Gli obiettivi a lungo termine che ci si prefigge risultano:

- prevenzione o posticipo dell'esordio di malattie croniche
- prevenzione o posticipo di riacutizzazioni o recidive di malattie croniche

Il Piano locale della prevenzione (PLP) della ASL di Vercelli, che recepisce le indicazioni contenute nel Piano Regionale della Prevenzione, con il programma "Guadagnare salute Piemonte – Comunità e ambienti di vita" risponde agli obiettivi strategici descritti, diffondendo la cultura della salute e attuando progetti di *empowerment* di comunità, con proposte rivolte alla famiglia, dall'infanzia alla vecchiaia. Attraverso queste modalità si valorizzano le comunità locali, si creano e si consolidano collaborazioni, specialmente con le amministrazioni locali e con altri attori da sensibilizzare e formare su temi della prevenzione e della promozione della salute.

Le iniziative di prevenzione primaria sono realizzate sia a livello individuale, sostenendo le persone a fare scelte più salutari, sia a livello di ambiente di vita, creando contesti che favoriscano e sostengano tali scelte.

Le azioni del programma sono orientate a tutta la comunità e sono declinate in base ai contesti di vita e alle fasce d'età, privilegiando momenti della vita particolarmente delicati (prima infanzia, adolescenza e adulti senior), in particolare riguardano interventi sulla promozione di:

- Attività fisica
- Corretta alimentazione
- Sicurezza domestica
- Riduzione del consumo rischioso di alcol
- Riduzione del tabagismo

Dall'aprile 2017 l'ASL di Vercelli in linea con l'obiettivo del PLP del Programma "Guadagnare salute nel setting Comunità" sta realizzando un progetto di promozione della salute denominato "**Dedalo per volare sugli anni**" che propone ai cittadini una serie di iniziative per aiutarli ad occuparsi della propria salute assumendo stili di vita sani (alimentazione, attività fisica e mentale). Per l'avvio del Progetto allo scopo di creare una rete di soggetti e di iniziative che possono contribuire alla promozione della salute è stato costituito un Tavolo interistituzionale e intersettoriale a cui hanno aderito 20 enti e associazioni pubbliche e private, tra cui il Comune di Vercelli, l'Università del Piemonte Orientale.

Dal 2018 vengono proposte ai cittadini diverse attività mirate ad aumentare la resilienza al passare degli anni; le attività, scelte per le evidenze scientifiche sulla loro efficacia, si declinano in "**quattro percorsi di salute**".

Ogni percorso prevede corsi, conferenze, incontri con specialisti, laboratori ed attività pratiche:

**"Buona Alimentazione"** offre corsi, conferenze, incontri con gli specialisti e laboratori di cucina;

**"Muoversi insieme"** guida i cittadini attraverso varie proposte per l'attività fisica (gruppi di cammino, AFA, ...);

**"Stupore e Meraviglia"** accompagna le persone in visite museali, corsi di meditazione e di danza (azioni di provato impatto sulle funzioni cognitive);

**"Scoperta del Territorio"** avvicina alla scoperta della cultura e dei sapori del territorio vercellese.

È prevista la graduale estensione del Progetto ad altri Comuni della ASL e si stanno già prendendo contatti con le amministrazioni comunali.

### 5.3. Modello di riferimento

L'ASL VC ha adottato per i propri PDTA un modello di riferimento che qui riportiamo sinteticamente rispetto al contenuto dei diversi ambiti clinico-organizzativi. La versione estesa dei PDTA sarà riportata in allegato al capitolo in oggetto.

- Razionale
- Professionisti coinvolti ( promotore, committente, gruppo di lavoro, coordinamento del gruppo di lavoro )
- Metodologia di lavoro
- Campo di applicazione
- Criteri di inclusione ed esclusione

- Rappresentazione grafica del PDTA
- Matrice delle attività
- Valutazione del percorso
- Definizioni/Acronimi
- Rappresentazione grafica del PDTA aziendale
- Matrice delle attività
- Valutazione del percorso
- Modalità di diffusione interna ed esterna
- Governo e manutenzione del profilo
- Livello di implementazione
- Riferimenti bibliografici e normativi
- Storia delle modifiche

Di seguito si riportano i contenuti di ogni singolo PDTA, declinati secondo i contenuti dello schema di riferimento. Si prevede attraverso l'utilizzo di un applicativo dedicato della profilazione di rischio per singolo PDTA ( to be ).

## **PDTA SCOMPENSO CARDIACO**

1. Diagnosi e inserimento presa in carico
  - a. Il PDTA Scompenso prevede diversi STEP di inserimento e presa in carico:
    - i. Inserimento paziente ad alto rischio cardiovascolare asintomatico. Tale paziente viene identificato dal Medico di medicina Generale curante con l'ausilio di un protocollo codificato di stratificazione del rischio cardiovascolare. Tale paziente viene inviato ad ecocardiografia. In caso di riscontro ecocardiografico di eventuale cardiopatia organico/funzionale lo specialista cardiologo inserirà il paziente nel percorso programmando successivo follow-up ambulatoriale
    - ii. Invio nel percorso PDTA di pazienti sintomatici con sospetto scompenso cardiaco di nuovo riscontro. In questo caso il medico curante di Medicina Generale, attraverso un protocollo condiviso e criteri pre-stabiliti, identifica pazienti con possibile Scompenso cardiaco di nuova insorgenza. In tali paziente esegue preventivamente alcuni esami concordati (Rx torace ed ematochimici con BNP) ed invia al percorso PDTA. Lo specialista ospedaliero conferma la diagnosi, attribuisce al paziente uno "stadio" di intensità cui corrisponde un preciso follow-up sia per quanto riguarda il percorso ospedaliero, sia per quanto riguarda il follow-up domiciliare a cura del medico di medicina generale
    - iii. Pazienti con SCC ricoverati presso S.C. Cardiologia. Alla dimissione secondo livello di intensità, parametri di gravità (labile scompenso, FE ridotta, valvulopatie di rilievo clinico, cardiopatia ischemica soprattutto se rivascolarizzazione incompleta) il paziente viene inserito in Ambulatorio Scompenso dedicato
  - b. Documenti Interfaccia

- i. La comunicazione tra specialistica e MMG avviene dunque in forma cartacea perchè è ancora in fase di pianificazione il software che gestisca il percorso in maniera unificata.
  - c. Criticità:
    - i. Allo stato attuale non chiara l'adesione da parte MMG (adesione di fatto su base volontaria) con applicazione dunque a "macchia di leopardo" del protocollo sul territorio
    - ii. In considerazione dell'organico specialistico cardiologico ridotto al momento pochi "slot" ambulatoriali dedicati in rapporto al potenziale fabbisogno
  - d. Soluzioni:
    - i. Implementare gli incontri e momenti di confronto con MMG
    - ii. Rivedere protocollo PDTA al fine di semplificare percorso in ingresso e aumentare aderenza e arruolamento
    - iii. Implementare mezzo di condivisione telematica delle informazioni sanitarie dei pazienti arruolati
2. Laboratoristica e refertazione
- a. Gestione attuale esami:
    - i. Il percorso PDTA prevede un set di esami di laboratorio ed Rx torace al momento del presunto arruolamento. Tali prescrizioni risultano a carico del medico di Medicina Generale e concordati da apposito percorso/protocollo
    - ii. Lo specialista ospedaliero segnala in occasione dei controlli eventuali scostamenti dal protocollo se giustificati da quadro clinico.
    - iii. Le prestazioni ambulatoriali (visita, ECG, Ecocardio) prevedono refertazione immediata e consegna contestuale dei referti al paziente.
  - b. Criticità/soluzioni
    - i. Come soprariportato al momento non presente sistema telematico unificato che raccolga dati sanitari del paziente con necessità di comunicazioni cartacee per esami e referti.
3. Educazione Terapeutica
- a. Stato attuale:
    - i. Il Protocollo/Percorso PDTA prevede step crescenti di controllo domiciliare dei parametri e interventi su stile di vita ed educazione in corso implementazione e circa i quali dovrebbe rivestire importanza il ruolo dell'infermiere di comunità in supporto al ruolo fondamentale del Medico di Medicina Generale
    - ii. In occasione visite ambulatoriali cardiologiche è previsto refresh su stili di vita, controllo ponderale e bilancio idrico e su compliance farmacologica
  - b. Criticità:
    - i. In corso l'attivazione delle Case della Salute e soprattutto dell'infermiere di comunità il cui ruolo sarà fondamentale nel percorso educativo del paziente
4. Follow-up attivo e aderenza terapeutica

- a. Il percorso PDTA prevede a carico medico medicina generale e ove presente infermiere di comunità la valutazione e verifica della compliance terapeutica ed il follow-up attivo su stile vita

5. Riconciliazione farmaci (vd. paragrafo 5.4)

6. Modello di Continuità Ospedale Territorio e integrazione tra ASL e ASO

a. Stato Attuale:

Il percorso PDTA Scompenso prevede, come sopra ampiamente riportato, una stretta integrazione ospedale territorio ed una condivisione del percorso tra specialista ospedaliero e MMG

- i. In corso e già effettuati nel 2018 incontri di confronto ospedale/territorio in merito all'applicazione del percorso e problemi riscontrati.

b. Criticità

- i. Attuale livello di adesione MMG ai progetti Case della Salute da valutare e potenziare.
- ii. Case della Salute in attivazione ma non prevista (se non in forma virtuale da definire) presso Città di Vercelli. Necessità dunque di uniformare percorsi ospedale/territorio in tutto l'ambito del territorio ASL VC

7. Continuità assistenza Week-end

- a. Nel weekend l'assistenza al paziente del percorso PDTA è garantita dalle seguenti figure:
  - i. MMG (8.00-10.00 del Sabato mattina)
  - ii. Medici Continuità Assistenziale dalle 10.00 del Sabato alle 8.00 di mattina del Lunedì
  - iii. Eventuale accesso DEA per acutizzazioni scompenso non risolvibili al domicilio con eventuale consulto cardiologico presso DEA

**PDTA BPCO ( BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA)**

- La diagnosi viene perfezionata sulla base di dati clinici e obbligatoriamente con spirometria, o in ambulatorio di pneumologia o con spirometria eseguita dal medico di famiglia.
- la presa in carico viene fatta o dal medico di famiglia o dallo specialista, previo invio dal medico di famiglia o dopo valutazione da DEA o da ricovero ospedaliero o su consulenza in altri reparti
- la laboratoristica si riferisce al dosaggio ematico di alfa1antitripsina, alle prove di funzionalità respiratoria e agli studi radiologici effettuati dai rispettivi servizi presenti in ASL
- l'educazione terapeutica viene sempre svolta dallo Pneumologo in corso di visita specialistica, ed è auspicabile che venga svolta anche dal MMG
- il follow up viene garantito da Ambulatorio Pneumologia con impegnativa mutualistica regolarizzata al CUP

- l'aderenza terapeutica viene indagata dallo specialista pneumologo ad ogni singola visita con discussione col paziente che porta il device con contagocce, e dovrebbe sempre essere effettuata anche dal MMG
- la riconciliazione farmaci viene eseguita ad ogni visita specialistica attraverso attenta anamnesi farmacologica dettagliata, e dovrebbe essere fatta anche da MMG (vd.pg 5.4)
- l'integrazione con la medicina territoriale avviene attraverso un dettagliato referto e programma sia alla dimissione sia da visita specialistica pneumologica indirizzata a MMG che può rimandarci il paziente per una rivalutazione tramite CUP
- continuità nei week end: garantita da DEA, guardia medica, 118 e servizi territoriali e ospedalieri per emergenza e urgenza.

## **PDTA INSUFFICIENZA RENALE CRONICA**

I dati epidemiologici tratti dall'Osservatorio della Malattia Renale Cronica indicano al 31/12/2015 nella nostra regione 723,62 pazienti/pmp prevalenti e 166 pmp pazienti incidenti in dialisi, nella provincia di Vercelli rispettivamente 685,05 pmp e 133,6 pmp.

- Il PDTA è rivolto ai MMG ed ai Nefrologi della ASL Vercelli ed ha lo scopo di ottimizzare il percorso di cura nei soggetti con MRC per una miglior integrazione e gestione delle risorse.
- La nomenclatura internazionale definisce come malattia renale cronica (MRC) la presenza da più di 3 mesi di un Filtrato Glomerulare (FG)  $\leq 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> e/o la presenza di danno renale (albuminuria o proteinuria e/o evidenza di alterazioni biochimiche, istopatologiche o anatomiche (di imaging o istopatologiche) renali.
- In relazione ai valori del FG la MRC può essere suddivisa in 5 stadi: G1:FG  $\geq 90$  ml/min, G2: FG 89-60 ml/min, G3a 59-45 ml/min, G3b 44-30 ml/min, G4 29-15 ml/min, G5 < 15 ml/min. Gli studi epidemiologici nazionali ed internazionali mostrano una prevalenza della malattia renale cronica (MRC) variabile fra 8 ed il 10% della popolazione
- I principali fattori coinvolti sono l'invecchiamento della popolazione, l'aumentata prevalenza di condizioni cliniche caratterizzate da un elevato rischio di MRC come il diabete mellito di tipo 2, la sindrome metabolica, l'ipertensione arteriosa, l'obesità, la dislipidemia sono i motivi di aumento della insufficienza renale cronica (IRC). La MRC rappresenta una condizione caratterizzata da elevato rischio cardiovascolare anche negli stadi iniziali della malattia, oltre agli elevati costi sociali ed economici dei pazienti che raggiungono lo stadio di insufficienza renale terminale e che necessitano di un trattamento sostitutivo.
- Nei soggetti a rischio un controllo dell'esame delle urine, della microalbuminuria sulle urine spot del mattino e della creatinina con il calcolo del filtrato glomerulare (eGFR) è utile per diagnosticare la malattia renale fin dagli stadi iniziali e quindi mettere in atto quelle strategie terapeutiche che possano rallentare la progressione.



- Dovrebbero essere riferiti allo specialista nefrologo quei pazienti con una MRC in stadio 3b,4,5 con o senza diabete, con proteinuria e/o ematuria, diminuzione rapida del FG intesa come una riduzione del eGFR > 5 ml/min in un anno o 10 ml/min in 5 anni, ipertensione arteriosa che rimane scarsamente controllata nonostante l'uso di 4 farmaci antiipertensivi, tra cui un diuretico somministrati a dosi terapeutiche, soggetti che abbiano, o si sospetta che abbiano cause genetiche di MRC, soggetti con sospetta stenosi dell'arteria renale. Al fine di ridurre i tempi di attesa e la ripetizione delle visite è indispensabile che il paziente si presenti alla visita con una documentazione aggiornata sui precedenti anamnestici, sulla terapia che sta assumendo ed esami ematochimici, urinari e strumentali recenti.

L'obiettivo generale è la gestione della IRC nelle diverse fasi garantendo al paziente la miglior terapia possibile.

Gli obiettivi specifici sono:

- l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e la prevenzione dei fattori di rischio con esami semplici e poco costosi compito generalmente affidato al MMG;
- la formulazione di protocolli condivisi fra il MMG ed il Nefrologo per l'invio dei pazienti alle strutture nefrologiche dei pazienti che necessitano di un inquadramento diagnostico e terapeutico più specifico;
- la stesura di protocolli per l'invio dei pazienti con malattia renale avanzata o con rapida perdita della funzione renale alla struttura nefrologica
- La gestione della quotidianità terapeutica dei pazienti con IRC lieve o *slow progressor* deve essere affidata al MMG secondo protocolli condivisi, mentre il nefrologo si farà carico dei pazienti con IRC medio avanzata o dei *fast progressor*
- Una scelta terapeutica e condivisa del trattamento dialitico sostitutivo ed il precoce inserimento in lista di trapianto renale proponendo e valutando la possibilità di una donazione da vivente sono a carico dell'ambulatorio MaReA, composto da Nefrologo, CPSI, dietista, psicologo.
- I pazienti che per la "fragilità" clinica e le plurime comorbidità non possono e/o scelgono di non essere sottoposti al trattamento sostitutivo possono essere avviati al un trattamento conservativo con una dieta con dieta "artificiale" o very low-protein diet e sottoposti alle cure di un medico palliativista in ambito familiare o in strutture protette.
- Per attuare un programma di follow-up, diversificato in relazione alla patologia e alle esigenze cliniche del paziente sarà anche necessario stilare dei protocolli interni che prendano in considerazione i seguenti punti: frequenza delle visite di controllo, griglia degli esami ematochimici e strumentali di controllo, target terapeutici. Le principali linee guida nazionali ed internazionali costituiranno la base della discussione ed elaborazione di protocolli.

## **PDTA DIABETE**

La diagnosi viene effettuata presso il Servizio di Diabetologia in caso di sospetto diabete con una richiesta del MMG, DEA, Specialista di altra branca. Dopo la conferma diagnostica, viene attivata la visita di accoglienza/indirizzo e la presa in carico (consenso informato, cartella clinica informatizzata, rilascio esenzione per patologia, programmazione approfondimenti diagnostici). Alla fase iniziale può far seguito una rivalutazione complessiva, con successivo rilascio del Piano di trattamento condiviso con il MMG, in alcuni casi può essere richiesta una Valutazione multidisciplinare, soprattutto per la gestione delle complicanze. In taluni casi può essere attivato un percorso Psicologico.

- E' predisposto c/o laboratorio clinico aziendale un set di esami di screening (glicemia, HbA1c, TSH) Non sono previsti controlli con urgenza < alle 72 ore tranne l'accesso al DEA per coma diabetico/ipoglicemico, piede in gangrena o ipoperfuso o settico.
- L'educazione terapeutica viene effettuata presso il Servizio di diabetologia dal Medico diabetologo in collaborazione con l'infermiere ed è volta a migliorare le capacità di controllo, autogestione, automisurazione del trattamento ed a sviluppare capacità di compiere scelte appropriate da parte del paziente.
- Il follow up è programmato dal MMG o dal Medico Diabetologo del Servizio a seconda della gravità della malattia ed è parte costitutiva del PDTA.
- La riconciliazione farmaci è effettuata dal medico che ha in carico il paziente Diabetico sia MMG o Specialista Diabetologo.

Il modello di continuità tra Servizio diabetologia e strutture territoriali (studio MMG / Casa della salute) previsto dal PDTA si articola attraverso step raccolti in apposito schema con relative indicazioni, il MMG viene sempre informato degli sviluppi del percorso di presa in carico e dei cambiamenti terapeutici ( di pertinenza del CAIS).

## **PDTA AUTISMO**

- La diagnosi viene effettuata presso la SC di NPI dopo un complesso iter diagnostico sulla base della richiesta di visita effettuata dal PLS in caso di bambino con > 3 fattori di rischio all'osservazione o questionario "Chat" positivo, ovvero a seguito dell'osservazione durante la visita NPI effettuata per altre indicazioni. Alla diagnosi fa seguito la presa in carico che comporta l'attivazione di competenze abilitative specifiche e di supporto alla famiglia di natura multidisciplinare e multiprofessionale anche esterne alle strutture sanitarie (scuola, enti gestori)
- E' predisposto c/o laboratorio clinico aziendale un set di esami di screening e test genetici in collaborazione con Genetica di AOU Maggiore della Carità -Novara. Non vi è necessità di effettuare controlli nei festivi o durante we.
- L'educazione terapeutica viene effettuata dal medico NPI con la famiglia nel caso di prescrizione farmacologica

- Il follow up attivo è gestito dagli operatori della SC NPI attraverso incontri e controlli programmati inseriti nel Progetto psicoeducativo individualizzato allegato alla cartella clinica di ciascun paziente. Il PPI viene discusso e ridefinito nelle riunioni trimestrali multiprofessionali del Nucleo Disturbi Pervasivi di Sviluppo (DPS).
- Di norma non vi è la necessità di effettuare una riconciliazione farmaci
- Il modello di continuità tra SC NPI , Ospedale, e le altre agenzie territoriali quali Scuola, Servizio Sociale, Distretto è normato da specifiche DGR, per L.104, Gruppi di lavoro scolastici, UMVD.

## **PROGRAMMA DI FOLLOW-UP NEL SOGGETTO PREMATURO E PATOLOGICO**

Nell'ambito del paziente fragile pediatrico, è stata redatta una procedura, qui schematizzata secondo il modello di riferimento progettuale presentato al capitolo 6, definita "**Programma di follow up del neonato prematuro e patologico**".

### **Obiettivi specifici e funzionali al PAC**

- valutare il bambino con problematiche perinatali
- fornire le indicazioni operative per il follow-up del nato da parto prematuro o con problematiche mediche di origine perinatale nelle fasi successive della crescita e dello sviluppo

### **Target**

Il follow up è rivolto a neonati prematuri, neonati piccoli per età gestazionale, neonati piccoli per età gestazionale che possono essere anche pre-termine, neonati con sofferenza perinatale. I pazienti devono essere nati presso i punti nascita di Vercelli e Borgosesia oppure nati o trasferiti in altri ospedali, ma residenti nell'ASL VC.

### **Risultati attesi**

La necessità del follow-up del bambino pretermine o con gravi patologie neonatali è dettata dal riconoscimento tempestivo rispetto all'insorgenza di problematiche di tipo pediatrico e auxologico, insieme alla definizione di una presa in carico del soggetto e di supporto alla famiglia dopo la dimissione.

### **Strutture coinvolte**

SC Pediatria, SC NPI, SSD Psicologia

### **Azioni**

Il follow-up del neonato pretermine consiste in:

- visita pediatrica con eventuale ecografia cerebrale ed ecografia renale
- valutazione antropometrica
- valutazione neuropsicologica in relazione alle tappe di sviluppo in riferimento alla data presunta del parto
- valutazione psicologica della situazione emotiva del bambino e della relazione con i genitori
- allattamento e relativi problemi (reflusso gastroesofageo, stipsi, difficoltà di alimentazione)
- tempi raccomandati per le vaccinazioni
- anemia del pretermine e supplementazioni con ferro o vitamine

– valutazione di altre problematiche cliniche (ernie, angiomi, ecc.)

### Attori

Le attività e responsabilità si articolano come qui riportato.

Funzione responsabile	Attività
Direttore SC Pediatria, Direttore SC NPI e Responsabile SC Psicologia	Aggiornamento e vigilanza della corretta applicazione della procedura
Dirigente medico SC Pediatria	Esegue controllo clinico e programma approfondimenti diagnostici
Dirigente medico SC NPI	Visita il paziente alle scadenze cronologiche programmate
Dirigente SC Psicologia	Effettua valutazione psicologica e di sviluppo e si interfaccia con NPI e Pediatra
Infermiera SC Pediatria	Prenota le visite, assiste alla visita ambulatoriale e rileva i parametri antropometrici, esegue recall del paziente

### Indicatori

NOME DELL'INDICATORE	FORMULA	ATTESO	RIFERIMENTO NORMATIVO/BIBLIOGRAFICO	RILEVAZIONE
Deficit di accrescimento	(n° bambini SGA del follow up/n° bambini con recupero del percentile a 6 mesi)*100	≥90%	Ad hoc	S.C.Pediatria

NOME DELL'INDICATORE	FORMULA	ATTESO	RIFERIMENTO NORMATIVO/BIBLIOGRAFICO	RILEVAZIONE
Effettuazione del follow up	(n° bambini del follow up/n° bambini nati pretermine presso il PO di Vercelli e Borgosesia)*100	≥90%	Ad hoc	S.C.NPI

### PDPA CDC ( CENTRO DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE )

Possono afferire al percorso tutti i pazienti, in età adulta, inviati dai MMG o da altri specialisti, con disturbo di memoria/cognitivo-comportamentale meritevole di approfondimento.

Viene considerato meritevole di approfondimento un disturbo di memoria avente le seguenti caratteristiche:

- disturbi della memoria a breve termine e/o a lungo termine soprattutto se accompagnati da disturbi comportamentali quali: wandering, facile irritabilità prevalentemente nei confronti dei familiari e/o, comportamento rinunciatario.

La diagnosi di demenza viene effettuata analizzando:

- segni/sintomi sopra indicati dopo aver escluso altre patologie;
- indagini laboratoristiche (esami ematologici di routine compreso test di funzionalità tiroidea, vitamina B12, acido folico);
- indagini strumentali (TC encefalo basale, ECG ed eventuali approfondimenti);

- test psicometrici (Mini-mental Status Examination (MMSE), Milan Overall Dementia Assessment MODA test, test dell'orologio, Montreal Cognitive Assessment MOCA)

Il "CDCD" svolge funzioni di screening, presa in carico, orientamento e approfondimento:

- Al primo accesso il paziente, con sospetto deficit cognitivo, giunge al servizio con impegnativa dematerializzata tramite prenotazione CUP (in base alla lista di attesa)
- Alla prima visita il paziente è sottoposto a visita medica con eventuale prescrizione, programmazione e prenotazione (si attiva un day service) degli eventuali accertamenti diagnostici (TC encefalo, valutazione neuropsicologica di II livello, ECG, esami ematico o altro se necessario) e presa in carico del paziente
- Il paziente afferrirà al day service dove possibilmente con un solo accesso al P.O. effettuerà tutti gli accertamenti richiesti. Gli esiti verranno ritirati dal personale dell'ambulatorio e riconsegnati al paziente/caregiver appena disponibili per la restituzione della diagnosi e/o eventuale terapia
- Stesura eventuale del Piano terapeutico individuale personalizzato
- L'educazione terapeutica viene svolta dallo specialista in corso di visita
- *Follow up*: rivalutazione cognitiva, terapeutica, ulteriori accertamenti ed eventuali segnalazioni al Servizio Sociale Aziendale (Le visite di controllo sono programmate direttamente dall'ambulatorio così da poter inserire eventuali casi urgenti)
- L'aderenza terapeutica viene valutata dallo specialista geriatra/neurologo ad ogni singola visita specialistica
- La riconciliazione farmaci viene eseguita ad ogni visita specialistica attraverso un'attenta anamnesi farmacologica
- Verranno programmate inoltre visite domiciliari se il paziente non riesce più ad accedere al servizio per intrasportabilità
- Le impegnative per i controlli successivi vengono fornite dal personale
- Nei week end la continuità assistenziale è garantita da DEA, guardia medica e 118

#### **5.4. Ricognizione e riconciliazione farmacologica ( *to be* )**

L'ASL VC nell'ambito di un progetto più esteso basato sul recepimento della Raccomandazione 17 del Ministero della Salute, che si basa sugli aspetti relativi la Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica ha definito una scheda che ha intenzione la cui somministrazione avverrà presso alcune Unità Operative "campione" in cui documentare due momenti:

- una prima fase (Ricognizione) di raccolta di dati che riguardano il paziente (eventuale assunzione di alcool, uso di droghe e abitudine al fumo) e i medicinali (etici, SOP, OTC, omeopatici, integratori e fitoterapici)
- una seconda fase (Riconciliazione) che prevede il confronto tra la terapia seguita e quella che si vuole impostare

Le due fasi possono coincidere, se espletate contestualmente dallo stesso medico prescrittore, ovvero essere effettuate in tempi distinti da due operatori diversi. È chiaro che la Ricognizione,

trattandosi di un'attività anamnestica, può essere effettuata anche da un infermiere, mentre la riconciliazione, trattandosi di un'attività prescrittiva, deve essere effettuata da un medico.

#### 5.4.1 Ricognizione

All'atto del ricovero/trasferimento/visita ambulatoriale e comunque entro 24 ore dall'accettazione del paziente, il professionista sanitario (medico, farmacista, infermiere, ostetrica) procede alla Ricognizione Farmacologica tramite intervista strutturata al paziente o al familiare/caregiver, utilizzando la "Scheda riconciliazione"

In casi eccezionali la ricognizione potrà essere condotta/completata successivamente, qualora le informazioni essenziali non siano immediatamente disponibili.

La ricognizione deve essere effettuata quando viene attuata una modifica della terapia in atto, come:

- prescrizione di un nuovo farmaco;
- sospensione di un farmaco;
- cambiamento del dosaggio di un farmaco;
- cambiamento nella frequenza/modalità di assunzione di un farmaco.

Le informazioni che devono essere raccolte durante la Ricognizione sono:

- a) il nome commerciale e/o del principio attivo;
- b) la forma farmaceutica;
- c) il dosaggio;
- d) la posologia giornaliera;
- e) la via di somministrazione;
- f) gli eventuali trattamenti a carattere sperimentale, compreso l'utilizzo compassionevole e di farmaci off label (in particolare l'indicazione terapeutica);
- g) l'assunzione di omeopatici, fitoterapici e integratori e ogni altro prodotto della medicina non convenzionale.

Particolare attenzione va riservata alla raccolta di informazioni inerenti i farmaci anticoagulanti, antidiabetici, a lunga durata d'azione o a rilascio prolungato (per i quali va chiesta l'ora dell'ultima dose assunta) e ad azione immunosoppressiva e/o citostatici (malattie mieloproliferative croniche)

Altri dati anamnestici di particolare importanza per una prescrizione corretta, sono:

- a) la presenza di patologie, allergie o intolleranze conosciute;
- b) le terapie pregresse ed eventuali effetti indesiderati;
- c) l'assunzione di alimenti (dosi elevate di pompelmo, caffè, tè, frutta e verdura) che possono interferire con la terapia;
- d) i dati inerenti peso e altezza del paziente con il calcolo del BMI;
- e) gli stili di vita (eventuale assunzione di alcool, abitudine al fumo e uso di droghe);
- f) l'utilizzo di dispositivi medici medicati.

In fase di Ricognizione, il professionista sanitario si deve limitare ad annotare esattamente quanto riportato senza convertire il nome commerciale del prodotto in denominazione di equivalente o di principio attivo o viceversa.

In caso di dubbio su quanto riferito dal paziente o da suo *caregiver*, si raccomanda di prendere contatti con il curante o la struttura sanitaria che lo abbia avuto precedentemente in carico, lasciando traccia di tale attività.

Una copia deve essere consegnata alla dimissione quale documento integrante la lettera di dimissione da consegnare al MMG o al PLS.

#### 5.4.2 Riconciliazione

La Riconciliazione va effettuata appena sono disponibili i dati della Ricognizione e prima della prescrizione; in alcuni casi, dettati dall'urgenza e contemplati dalla procedura, può essere espletata successivamente.

Il medico, prima di eseguire la prescrizione farmacologica, prende visione degli esiti della Ricognizione ed effettua la Riconciliazione confrontando la terapia in corso con le disposizioni (prescrizioni ex novo, modifiche) ritenute necessarie per l'attuale circostanza clinica.

In particolare, il medico selezionerà con una X la casella corrispondente nella “**Scheda riconciliazione**”:

- **CONTINUARE**, se intende confermare il farmaco, la posologia e la via di somministrazione;
- **INTERROMPERE**, se intende sospendere l'assunzione del medicinale indicandone le motivazioni;
- **MODIFICARE**, se intende modificare posologia e via di somministrazione, indicandone le motivazioni;
- **NUOVO**, se la circostanza attuale richiede la prescrizione di un nuovo farmaco.

Il medico seleziona l'opzione INTERROMPERE anche nei casi in cui sostituisce il farmaco assunto dal paziente con un farmaco della stessa famiglia disponibile in PTA. In questo caso, il farmaco prescritto è una nuova prescrizione sul Foglio Unico di Terapia e non una modifica. Sarà riportato sulla “Scheda di riconciliazione” al momento della dimissione.

Durante questa fase vengono individuate le possibili incongruenze ossia sovrapposizioni, omissioni, interazioni, controindicazioni soprattutto negli over 65 incompatibilità, confondimento da farmaci LASA.

Vengono anche presi in considerazione gli elementi di contesto, come le note AIFA, i protocolli/procedure aziendali sulla gestione dei farmaci, il PTA.

In questa fase va, infine, verificata la possibilità di ridurre il numero di farmaci assunti dal paziente, compatibilmente con le valutazioni cliniche e assistenziali, in considerazione dei rischi correlati all'assunzione di più farmaci (es. rischio cadute).

#### 5.4.3 Comunicazione

Il medico deve informare il paziente (o nei casi già descritti, i familiari/caregiver) delle modifiche apportate al trattamento terapeutico fornendone la motivazione, accertandosi, per quanto possibile, della effettiva comprensione di quanto detto e consigliando al momento della dimissione, di porre attenzione alle confezioni di medicinali utilizzate prima del ricovero e sospese con la nuova terapia prescritta in ospedale al fine di evitare assunzioni improprie.

Al momento della dimissione, il medico deve riportare l'elenco aggiornato dei farmaci somministrati in ospedale con indicazione se debbano essere proseguiti, consegnando al paziente una copia della *Scheda di riconciliazione*” come allegato alla lettera.





- ✓ **Breve descrizione sulle interazioni farmacologiche**
- ✓ **Tabella 1.** Criteri di Beers: lista dei farmaci o classi farmacologiche potenzialmente lesive per la maggior parte degli anziani indipendentemente dalle loro condizioni cliniche
- ✓ **Tabella 2.** Criteri di Beers 2015: lista dei farmaci potenzialmente pericolosi solo in determinate condizioni cliniche
- ✓ **Tabella 3.** Criteri di Beers 2015: lista dei farmaci che devono essere utilizzati solo con estrema cautela.

## Cap. 6. Progettualità specifiche correlabili alle azioni per la cronicità

Nel PAC sono riportati i progetti aziendali in riferimento non solo alla tematica della “cronicità” ma anche a quella più estesa di fragilità, intesa come “sindrome” complessa legata a vari determinanti quali disabilità, non autosufficienza e condizioni psico-sociali, che ha maggiore probabilità di sviluppo in soggetti anziani con pluripatologia. I contenuti dei progetti sono riportati in allegato, di seguito vengono riportate le aree tematiche:

- Prevenzione e stili di vita
- Fragilità socio-sanitaria
- Disturbi di sviluppo
- Demenze e patologie neurodegenerative

Di seguito si riportano le schede tecniche di alcune tra le progettualità avviate e in parte concluse dall’Azienda ASL VC nel macro-ambito del paziente fragile/cronico.

### Progetto: Cafè Alzheimer

#### Obiettivi specifici e funzionali al PAC

Gli Alzheimer Cafè propongono un nuovo approccio alla conoscenza della malattia e del malato, facendo emergere una visione "sociale" delle demenze, tesa a collocare l'ambito patologico del disturbo in una dimensione quotidiana e sostenibile anche per il caregiver. L’obiettivo è quello di supportare il caregiver durante tutte le fasi della malattia del proprio caro, condividendo con altri familiari le difficoltà legate alla gestione assistenziale.

**Target:** pazienti, caregivers, tutti i cittadini interessati alle attività programmate

**Strutture coinvolte:** CDCD (centro disturbi cognitivi delle demenze), Neurologia, Psicologia, Servizio Sociale Aziendale, Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale, Enti Gestori, Comune di Vercelli e Consorzio CISAS, NOCC Nucleo ospedaliero di continuità delle cure, NDCC Nucleo distrettuale di continuità delle cure, Cure Domiciliari, MMG, Associazioni di volontariato.

**Azioni:** le attività sono rivolte ai pazienti e ai *care-givers*. Nello specifico, le attività rivolte ai pazienti sono di tipo educativo e pratico-operativo

**Tempi:** anno 2018

## **Indicatori**

I parametri di valutazione delle azioni saranno i seguenti:

**Azione 1:** il successo dell'attività di informazione e promozione alla cittadinanza sarà valutato in base alla partecipazione degli utenti, non solo malati e familiari, ma anche cittadini sensibili al tema.

**Azione 2:** per valutare l'aumento di conoscenze negli operatori e nei volontari, al termine degli incontri di formazione verranno fatti compilare questionari di gradimento e di valutazione delle tematiche affrontate.

**Azione 3:** parametri di valutazione dell'azione 3 saranno il grado di partecipazione agli incontri degli utenti (attesi almeno 10) e dei volontari (almeno 2 ad incontro).

**Fonti di finanziamento:** Comune di Vercelli

**Importo:** 1208,25 semestrale

## **Progetto: Attività fisica adattata per soggetti affetti da morbo di Parkinson**

### **Obiettivi specifici e funzionali al PAC**

La prevalenza della Malattia di Parkinson è di 0,3 % nella popolazione generale e l'1% nei soggetti di età superiore a 60 anni, con un trend in aumento di 3 volte, a causa dell'invecchiamento della popolazione. In mancanza di una terapia risolutiva, in quanto cronica, questa malattia neurodegenerativa prevede una serie di interventi aventi quale *outcome* di salute, il rallentamento della disabilità motoria e la prevenzione dell'isolamento psico-sociale. Di seguito si riportano gli obiettivi progettuali di carattere generale e specifico.

#### Macro-obiettivi

- Accogliere i bisogni del malato e dei suoi *caregivers*
- Migliorare la conoscenza della dimensione multidisciplinare e della complessità assistenziale della patologia, riducendo la variabilità degli interventi attuati sul territorio
- Diagnosi precoce
- Trattamento riabilitativo e follow-up con miglioramento dell'autonomia mediante definizione di un progetto riabilitativo individuale (PRI)
- Garantire autonomia e stabilità clinica al paziente

#### Micro-obiettivi

Nelle fasi di stabilizzazione della malattia, risulta importante l'esercizio fisico che, se effettuato in gruppo, ha l'obiettivo di:

- prevenire anchilosi ed ipotrofie muscolari;
- migliorare coordinazione, postura e reazioni di equilibrio;
- mantenere e migliorare la mimica facciale;
- migliorare, attraverso la condivisione in gruppo, lo stato psicologico e la partecipazione dell'utente;
- massima autonomia dell'utente nelle attività della vita quotidiana.

**Target:** soggetti affetti dalla malattia di Parkinson

**Strutture coinvolte:** S.C Neurologia, S.C. Psicologia, S.C. Servizio di Recupero e Riabilitazione Funzionale, SS Dietologia e Nutrizione Clinica Assistente Sociale Aziendale, SUSS, CPSI Cure Domiciliari, NOCC/NDCC, Enti Gestori (Comune di Vercelli e Consorzio CISAS), Associazioni di volontariato

**Azioni:** dal punto di vista assistenziale vengono intercettati tre differenti livelli di presa in carico dal punto di vista diagnostico-terapeuti. Si assume che il sospetto diagnostico in base al quale formulare la richiesta di accertamento diagnostico clinico-strumentale possa provenire non solo dal medico specialista neurologo, quanto dal MMG primo filtro per il paziente sintomatologico.

**Tempi:** anno 2018-2019

**Indicatori:**

- numero dei soggetti arruolati nel progetto/numero dei soggetti candidabili

## **Progetto: Animali Fragili-Utenti fragili**

### **Obiettivi specifici e funzionali al PAC**

Definire tra i vari Servizi dell'ASL coinvolti e gli altri Enti preposti (Comuni, Consorzi etc..) modalità standardizzate di intervento per la risoluzione di inconvenienti igienico-sanitari e maltrattamento, spesso legati a condizioni di disagio sociali o di altra natura. In tal senso si vuole da un lato uniformare l'operatività messa in atto nella gestione delle situazioni di fragilità socio-sanitaria, dall'altro intercettarle tempestivamente. Frequentemente, infatti, i Servizi che operano sul territorio sono chiamati, da vari soggetti, ad intervenire per inconvenienti di vario tipo, frequentemente di natura igienico-sanitaria e ambientale. Spesso tali inconvenienti sono legati alla presenza di animali, sia d'affezione che da produzione, detenuti in maniera non conforme, talvolta sino al maltrattamento.

**Target:** animali fragili presenti in un contesto di utenti fragili

**Strutture coinvolte:** Dipartimento di prevenzione: Servizio Veterinario (Aree A e C), SISP, Assistenza Territoriale: Dipartimento Salute Mentale (DSM), SERD, Distretti (ADI, ecc.) MMG, Comuni, Rappresentanti Servizi Sociali, Polizia Locale, canili convenzionati; Associazioni per la protezione degli animali

### **Azioni**

- Definire un team di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare definendo ruoli, responsabilità e competenze dei diversi soggetti che intervengono in qualità di Punti di Contatto, Enti o Istituzioni, Coordinamento (vd. Legenda). Il rationale su cui basare la necessaria formalizzazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare è il seguente:
  - complessità della casistica considerata
  - numerosità ed eterogeneità dei servizi che si trovano ad intercettare e gestire operativamente situazioni di disagio igienico sanitario a cui spesso sottende una fragilità psico-sociale

- la variabilità dei comportamenti professionali in assenza di un percorso condiviso in cui esplicitare ruoli, attività, modalità di intervento nella gestione delle situazioni di fragilità descritte
- predisporre una procedura operativa che intercetti anche soggetti esterni all'Azienda ma coinvolti nella presa in carico dei soggetti in studio
- pianificare un programma formativo rivolto al personale dell'ASL rispetto alle strutture coinvolte e per i servizi esterni.
- diffusione della procedura a livello intra ed interaziendale

**Tempi:** anno 2016-2018

### **Indicatori**

- Presenza di una procedura sulle modalità di intervento standardizzate per i casi in oggetto: animali fragili ed utenti fragili
- (N° delle segnalazioni indifferibili/n° degli interventi) \*100

### **Legenda**

***Punti di contatto:*** vengono a conoscenza, o a diretto contatto, con il problema e **devono essere in grado di riconoscerlo e segnalarlo:** devono poi collaborare attivamente, secondo le competenze, alla soluzione del problema ed in seguito a monitorarlo (follow up - recidive)

- Servizi Sociali di ASL e Comuni, (facenti capo al SUSS: Sportello Unico Socio Sanitario) ADI, MMG, DSM, SER.D, Associazioni Animaliste, personale dei canili sanitari/rifugi convenzionati, Polizia Locale e altre Forze dell'Ordine, Veterinari ASL e Veterinari libero-professionisti, Tecnici SISP, personale 118

***Enti e Istituzioni:*** ricevono la segnalazione, direttamente o attraverso il coordinamento, effettuano le verifiche, individuano le soluzioni e ne danno attuazione, predisponendo (se necessarie) misure contingibili e urgenti e pianificando interventi più definitivi; devono poi collaborare attivamente, secondo le competenze, alla soluzione del problema ed a monitorarlo (follow up –recidive)

- Sindaci dei Comuni con Servizi Sociali; ASL, con Veterinari e Servizio Sociale, DSM, SER.D, SISP, Distretto, MMG; Consulenza di Associazioni Animaliste riconosciute

***Coordinamento:*** raccolgono le segnalazioni ed attivano le verifiche, definendo la procedura di intervento, attiva gli interventi, effettua il follow-up. Deve essere costituito da soggetti con le necessarie competenze nelle singole discipline, che devono affrontare le situazioni in maniera integrata per interpretarle e prospettare soluzioni appropriate

- ASL, con Veterinari e Servizio Sociale. Si avvalgono della consulenza dei Servizi dei Comuni (Polizia Locale, Ufficio tecnico, Servizi sociali) e di altre figure specialistiche: DSM, SER.D, SISP, MMG, Direttore del canile convenzionato, Associazioni Animaliste riconosciute.

*Il Sindaco deve essere sempre informato, e coinvolto nelle scelte*

## **Sostegno psicologico alla cronicità e nelle gravi patologie organiche**

Le ricerche scientifiche hanno ormai reso evidenti le correlazioni tra i sistemi biologici, la mente e l'ambiente esterno. Esistono evidenze di efficacia clinica degli interventi psicologici nella malattia fisica sia in termini di benessere psichico e qualità della vita sia di miglioramento degli esiti medici e dei parametri fisici in senso stretto, con riduzione dei costi sanitari (Lazzari 2011; Bottaccioli 2005). In linea con il Piano Nazionale (2016) e Regionale della Cronicità (2018/19), gli interventi psicologici relativi a tale ambito clinico e alle malattie degenerative ad esso connesse, devono distinguersi per flessibilità e trasversalità oltre che per l'integrazione con le altre professioni sanitarie nella continuità tra servizi ospedalieri e territoriali, nell'ambito di percorsi assistenziali dedicati (es: Diabetologia, Nefrologia, Cardiologia, Oncologia e Cure Palliative ecc.), investendo sulle cure domiciliari e sullo sviluppo dell'assistenza territoriale attraverso la rete della Case della Salute e dei MMG.

### **Obiettivi**

- Migliorare la gestione delle ricadute emotive relative alle malattie croniche e cronicodegenerative che spesso non vengono riconosciute e rischiano di manifestarsi con modalità disfunzionali per la persona
- Implementare la *compliance* ai trattamenti specialistici con ricadute significative sull'efficacia del percorso di cura, attraverso una buona integrazione con le altre professionalità direttamente coinvolte;
- Promuovere e migliorare la qualità di vita del paziente attraverso l'educazione all'autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura, a livello del singolo, di gruppo e di ambiente.
- Favorire la rete di comunicazione Ospedale – Territorio

### **Risultati attesi**

Miglioramento della *compliance* ai trattamenti  
Miglioramento della qualità di vita del Paziente

### **Beneficiari**

*Caregivers*  
Operatori delle Strutture Coinvolte  
Nefrologia  
Diabetologia  
AMAP

### **Azioni**

- espletamento di consulenze ai pz ricoverati
- colloqui individuali se richiesto per i *caregivers*

- incontri di gruppo a cadenza mensile per i pz in regime ambulatoriale condotti dallo Psicologo ma con l'intervento di specialisti che si alternano con finalità psicoeducative
- incontri di accoglienza dei vissuti emotivi per gli Operatori a cadenza bimestrale
- partecipazione a riunioni d'equipe
- presa in carico individuale

### **Attori e strutture coinvolte**

1 Psicologo a t.p. dedicato  
 Medici Strutture coinvolte  
 Infermieri e OSS dei reparti interessati  
 Nefrologia  
 Diabetologia  
 AMAP

### **Tempi di attivazione**

Anno 2018

Valutazione Osservativa di tutta l'equipe multiprofessionale  
 Somministrazione di test o scale di valutazione specifiche quali  
 TAS-20 (Toronto Alexitimia Scale) per misurare l'alessitimia  
 IPQ (Illness Perception Questionnaire) per indagare la percezione di malattia  
 Medication Adherence Questionnaire per rilevare il livello di compliance

### **Durata**

Sperimentazione di 1 anno con indicatori identificati

### **FONTE DI FINANZIAMENTO E IMPORTO**

Al momento non presenti

## **Cronicità psichica in adolescenti e giovani adulti**

### **Razionale**

Il progetto "Percorso per giovani con sofferenza psichica" (ora incluso nella procedura Percorsi integrati a favore del paziente fragile DIS PG 2066. 00) intende rispondere alle richieste di pazienti dai 15 ai 30 anni che esprimono una sofferenza psichica in grado di generare comportamenti a forte impatto sociale (ritiro scolastico, autolesionismo, dipendenze, etc.) e con grave ricaduta sulla spesa sanitaria (farmaci, psicoterapia, ricoveri in Psichiatria, inserimento in comunità, etc.).

E' uno degli ambiti che maggiormente si avvale della trasversalità della Psicologia che è in grado di intercettare a vari livelli e in differenti contesti l'emergere di segnali di malessere e di modulare la messa in campo di interventi di prevenzione e/o di cura, garantendo la continuità terapeutica e ponendosi come struttura di "cerniera" tra i Servizi di NPI e di Salute Mentale.

La documentazione regionale relativa ai percorsi di carattere psicologico previsti in questo ambito (DGR 4 febbraio 2014, n. 15-7071) - recepimento delle Linee di Indirizzo, raccomandazioni e PDTA su: assistenza psicologica agli adolescenti, assistenza psicologica nelle cure primarie, nella rete sanitaria territoriale del Piemonte, diagnosi precoce delle demenze, nelle patologie ad elevato carico emotivo (ECE), Manuale di Accreditamento tra Pari della Rete Regionale dell'Adolescenza, 2010.) prevede interventi psicologici in tutta la filiera assistenziale di questo ambito.

Il numero di questa tipologia di pazienti è contenuto ma assorbe molte risorse sia per l'intervento diretto dello psicologo che per il coordinamento con gli specialisti del servizio di Neuropsichiatria e di Psichiatria.

### **Obiettivi specifici e funzionali al PAC**

- Organizzare un percorso di presa in carico multidisciplinare per i pazienti con sintomatologia psichica considerati a particolare rischio di cronicità a causa di concomitanti situazioni di disagio familiare, sociale ed economico.
- Implementare la *compliance* al trattamento psicoterapico con ricadute significative sull'efficacia del percorso di cura attraverso una buona integrazione con le altre professionalità direttamente coinvolte.

### **Risultati attesi**

- Migliore efficacia del percorso terapeutico
- Miglioramento della *compliance* al trattamento psicoterapico
- Utilizzo più appropriato delle risorse

### **Beneficiari/Destinatari**

- Pazienti di età compresa tra i 14 aa ed i 30 anni con patologie comprese tra i Disturbi di Personalità, Disturbi dell'Umore, spettro dei Disturbi d'Ansia, Disturbi dell'Adattamento, Disturbi dell'Identità sessuale, Disturbi Alimentari, Disturbi dello spettro autistico, Disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività, non supportati da un contesto familiare o relazionale adeguato dal punto di vista affettivo, socio-culturale ed economico;

### **Strutture coinvolte**

- Servizio NPI
- Servizio Psichiatria

### **AZIONI**

- colloqui psicologici individuali e, quando necessario, con i genitori;
- eventuale invio secondo le modalità definite alla visita con il medico psichiatra o neuropsichiatra infantile;
- riunioni d'equipe per la discussione dei casi comuni;
- presa in carico individuale.

## **ATTORI**

1 Psicologo a t.p. dedicato  
 Psichiatra  
 Neuropsichiatra Infantile

## **TEMPI di attivazione**

Già in atto

## **INDICATORI**

- 1.Valutazione Osservativa di tutta l'equipe multiprofessionale
- 2.Analisi annuale degli indicatori di valutazione del trattamento:  
 riduzione dei sintomi;  
 -riduzione o cessazione dei ricoveri nel reparto di psichiatria;  
 aumento delle abilità sociali / lavorative/ scolastiche

# **Cap. 7 Le leve per sostenere la realizzazione del piano aziendale**

## **7.1. Modello attuale (*as is*): il Piano delle Performance e l'aggiornamento professionale**

Tra le leve aziendali per la realizzazione del PAC, l'assegnazione di specifici obiettivi strategici e operativi costituisce uno dei principali strumenti di responsabilizzazione del personale coinvolto al raggiungimento della performance aziendale e individuale. Nell'ASL VC, il Piano della Performance è il documento strategico di durata triennale con cui vengono individuati obiettivi, indicatori, risultati attesi per la gestione aziendale in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio (Titolo II del D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150). Attraverso il Piano è possibile misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione comprensibile anche agli stakeholders. Si caratterizza per promuovere il costante miglioramento della qualità dei servizi offerti, mediante la valorizzazione del merito e la crescita delle competenze professionali, attraverso un sistema premiante dei risultati del singolo e delle U.O, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, di trasparenza dei risultati e di risorse impiegate al loro perseguimento. Il sistema di misurazione e valutazione della performance recepito in azienda secondo il Dlgs.150/2009 assolve ad una pluralità di scopi:



1. migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi: migliorare, una volta a regime, il sistema di individuazione e comunicazione dei propri obiettivi e verificarne il conseguimento;
2. introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali: informare e guidare i processi decisionali, gestire più efficacemente sia le risorse che i processi organizzativi ed influenzare e valutare i comportamenti di gruppi e individui;
3. rappresentare, misurare e rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali: rafforzare l'accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici e incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

Gli elementi che caratterizzano il sistema di misurazione si basano su:

- oggettività della misurazione e della valutazione, attraverso l'individuazione di specifici indicatori e l'analisi degli eventuali scostamenti dai risultati attesi;
- individuazione delle responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo;
- definizione di modalità adeguate ad assicurare la trasparenza del processo di gestione della performance sia nei confronti del personale che nei confronti degli stakeholders.

Il Piano della Performance triennale (aggiornato annualmente) è caratterizzato da una matrice ad albero che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi generali e obiettivi specifici. La base di partenza dell'albero della performance sono il Piano Socio Sanitario Regionale, gli obiettivi di mandato e gli obiettivi annuali assegnati dalla Regione Piemonte alla Direzione Generale. Essi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi generali, a loro volta declinati in obiettivi specifici assegnati al personale dipendente (dirigenza e comparto) che opera nelle strutture/servizi aziendali. Le quattro aree strategiche sono correlate da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, così come sono connessi tra loro i diversi obiettivi all'interno delle seguenti aree strategiche:

- Cittadino al centro
- Sostenibilità del sistema
- Crescita, innovazione e sviluppo
- Qualità

Il Piano delle Performance, inserendosi nel complessivo processo di pianificazione strategica e di programmazione operativa dell'Azienda, rispetta le varie fasi dell'iter del "Ciclo della Performance", dall'assegnazione degli obiettivi fino alla valutazione dei risultati; in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, viene aggiornato annualmente anche in funzione dell'individuazione di nuovi obiettivi strategici emersi a seguito del confronto con tutti gli stakeholder o nel caso in cui dovessero intervenire situazioni straordinarie, come l'assegnazione di nuovi obiettivi regionali.

Dal 2015, l'ASL VC ha organizzato diversi corsi di aggiornamento professionale che hanno affrontato le modalità di presa in carico sotto il profilo clinico-organizzativo della fragilità/cronicità e gli ambiti relativi la prevenzione di tali condizioni.

## 7.2. Strategie *to be*: orientare formazione e performance alla modifica dei comportamenti professionali

L'albero della performance e l'aggiornamento professionale, declinato secondo le modalità del Dossier formativo individuale e d'equipe, rappresentano "le fondamenta" su cui avviare la costruzione di un sistema di trasferimento e valutazione di conoscenze e competenze dall'high value, da intendersi secondo la definizione di *value* di M.Porter (*outcome* di salute /costi). Nello specifico:

- Il Piano delle Performance si riflette in un sistema a cascata che integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendali con quelli di gestione e processo di budget. L'ASL Vercelli già dall'anno 2016 ha individuato, per l'area strategica "Cittadino al centro" l'obiettivo strategico "Accessibilità ai servizi e comunicazione" e gli obiettivi operativi relativi all'assistenza sociosanitaria territoriale del paziente fragile/cronico. Inoltre, nel Piano della performance 2018-2020, sono state individuate le seguenti azioni a valenza triennale e di seguito riportate, che verranno integrate per l'anno 2019 dalle azioni e dagli obiettivi volti all'attuazione del PAC:
  - favorire e realizzare quanto previsto nel Piano Regionale Cronicità garantendo la partecipazione attiva dei professionisti e del territorio al programma formativo e sperimentale promosso dalla Direzione Sanità della Regione;
  - partecipazione al gruppo di lavoro (ASLVC-UPO- IRES) per la valutazione delle attività delle Case della Salute - infermieristica di famiglia e di comunità;
  - avvio gestione PDTA BPCO, PDTA SCOMPENSO CARDIACO, DIABETE, IRC inizialmente presso le Case della Salute: applicazione del modello organizzativo e avvio sistema informatico a supporto;

Un aspetto imprescindibile complementare a quanto descritto nel Piano delle Performance è il coinvolgimento dei MMG/PLS, attraverso la concertazione degli obiettivi annuali nella cornice dell'accordo integrativo regionale per la medicina generale; la direzione che si vuole mantenere consiste nell'analisi del bisogno espresso dalla popolazione assistita, realizzare progetti trasversali e di razionalizzazione, in adesione a proposte di Progetti-Obiettivo individuati in sede di U.C.A.D, verificandoli anche con appropriati indicatori, in recepimento a quanto contenuto nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 26-1653 del 29.06.2015 "**Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.**"

- Il settore Formazione per gli anni 2019-2020 vuole promuovere in collaborazione con tutti i professionisti dell'ASL VC modalità di aggiornamento i cui contenuti vertano maggiormente alla descrizione teorico-pratica dell'*efficacy* e dell'*effectiveness* di percorsi integrati di presa in carico del paziente cronico/ fragile, secondo strumenti quali il Dossier Formativo Individuale (DFI), il Dossier Formativo di gruppo (DFG) e il Piano della Formazione Aziendale (PFA).

La sfida che l'ASL VC coglie in tal senso è quella di favorire realmente la modifica dei comportamenti professionali, collegando gli obiettivi di formazione continua dei professionisti con quelli assistenziali dell'organizzazione sanitaria (*learning organization*), che riconoscono nella formazione continua e nel miglioramento della *competence* professionale le determinanti fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza. Le modalità di riorganizzazione dell'offerta

formativa sarà sviluppata sulla base di eventi *res, fad e blended*, (dalla continuità assistenziale all'integrazione dei PDTA già avviati) con l'obiettivo ultimo di un progressivo coinvolgimento dei pazienti anche tramite i rappresentanti delle loro associazioni in specifici momenti formativi.

Secondo quanto si evince dalla letteratura scientifica più recente, è fondamentale che tutti i pazienti ricevano gli elementi informativi essenziali sulla propria patologia (in particolare per le nuove diagnosi) e che vengano inseriti in programmi di educazione strutturata (individualizzata o di gruppo). In questo contesto anche l'attività formativa sarà organizzata per moduli e secondo una "popolazione target" di riferimento: professionisti sanitari, a seconda della disciplina e del coinvolgimento nei PDTA, MMG/PLS, pazienti.

## **Cap. 8 Sistema informativo**

### **8.1 Il modello attuale (as is)**

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale e la cooperazione con l'ospedale, necessaria all'efficace gestione del paziente cronico, richiedono la creazione di collegamenti *real time* tra attori operanti in setting diversi, oltre alla possibilità di tracciare il paziente lungo il percorso integrato di cura assegnato.

Per poter consentire l'interazione ottimale dei diversi attori è necessario garantire l'interoperabilità dei sistemi informativi.

Nella realtà aziendale, invece, si sono riscontrate difficoltà operative tra database aziendali, spesso strutturati a silos e non interfacciabili.

Nell'ottica del "paziente fragile", dal punto di vista organizzativo, l'onere della gestione (prenotazione, individuazione del giusto specialista, scelta dell'ambulatorio a cui rivolgersi) è attualmente delegato al paziente stesso.

Questi elementi determinano una serie di criticità che si traducono automaticamente in una scarsa aderenza a standard appropriati, con impatto negativo sull'efficacia e sull'efficienza dei servizi erogati, oltre ad impattare sulla gestione delle risorse assegnate in termini di sostenibilità.

### **8.2. Sistema informatico: quali ambiti di sviluppo a supporto del paziente fragile? (to be)**

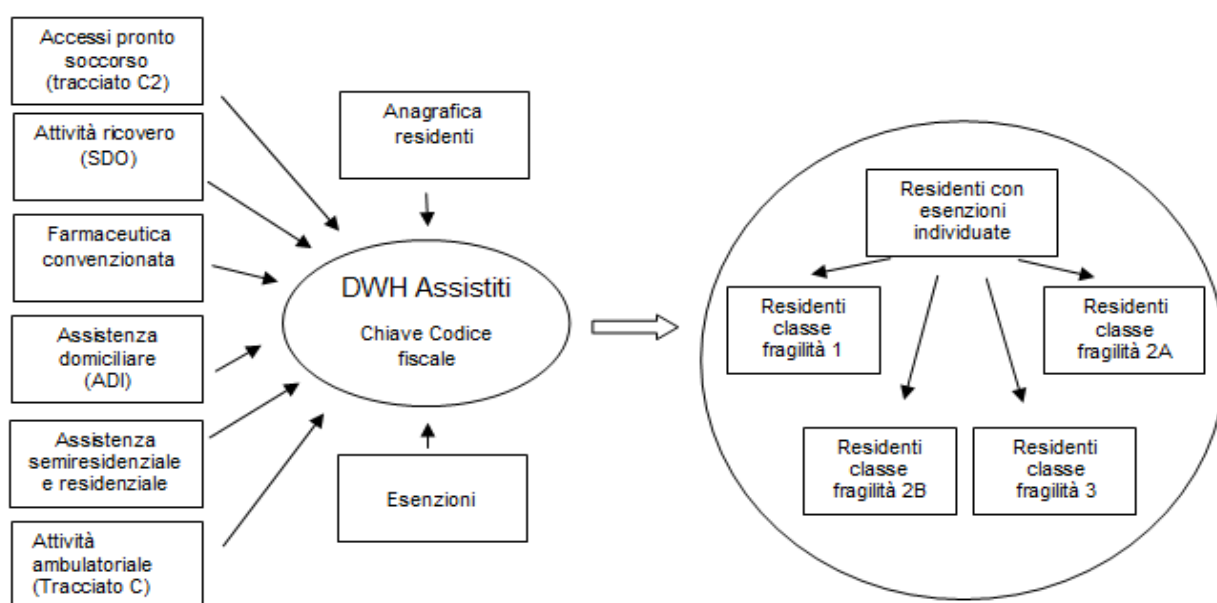
La realtà aziendale richiede che la gestione della fragilità avvenga mediante un supporto informatico innovativo, che sostenga l'iter decisionale, faciliti la condivisione delle informazioni sociosanitarie rilevanti e semplifichi l'attività di monitoraggio e valutazione dell'assistenza erogata tempestivamente. Nel 2018, l'Azienda ha investito sulla progettazione di un sistema informatico capace di:

- tracciare le prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate all'assistito all'interno dei percorsi assistenziali (PDTA) mediante work-flow;
- favorire la cooperazione tra i professionisti coinvolti nel percorso;
- supportare la definizione e la gestione del PAI (Piani Assistenziali Individuali) avendo come punto di riferimento i contenuti clinici ed organizzativi dei PDTA. Il sistema prevede una

integrazione tra diversi percorsi di cura ( per quanto attiene alla cronicità) tale da eliminare le occorrenze.

- favorire l'interoperabilità dei percorsi assistenziali interaziendali (ospedale-territorio)
- supportare le attività dello sportello del Centro Servizi;
- garantire il rispetto della normativa sulla Privacy e sicurezza dei trattamenti dei dati personali

Il sistema informatico utilizzato per l'individuazione dei pazienti fragili è costituito dal Data-Warehouse contenente i flussi informatici relativi ai dati anagrafici dei residenti e relative esenzioni e ai dati delle prestazioni erogate dall'azienda o da altre aziende del Piemonte.



Il DWH viene alimentato con flussi mensili di attività e di anagrafica. Attraverso il Codice fiscale vengono individuate le diverse classi di fragilità applicando i criteri individuati per la stratificazione. Il sistema deve garantire diverse integrazioni sia con i sistemi aziendali che con i sistemi della Regione Piemonte. I flussi informativi di riferimento per l'estrazione dei dati sono i seguenti:

- gestione anagrafica regionale assistiti (AURA)
- accessi e prestazioni erogate in PS/DEA(flusso C2)
- ricoveri (SDO)
- farmaceutica Territoriale (FarmaWeb)
- ass. dom. e resid./semiresid. (flusso regionale STER- FAR/SIAD, Distretto)
- prestazioni specialistiche e diagnostiche (flusso C)
- dati Hospice

A livello aziendale le principali integrazioni previste sono:

- pianificazione e prenotazione degli appuntamenti (CUP)
- prestazioni erogate per uno specifico paziente e referti informatizzati (CUP, gestione ambulatoriale e dipartimentali diagnostica, Pronto soccorso, ricoveri ecc.)
- accesso SUSS ( Sportello Unico Servizi Sociali )

A livello regionale le principali integrazioni previste sono:

- anagrafe del cittadino per l'identificazione certificata dalla regione (AURA)
- sistema gestione ricetta dematerializzata integrata con le cartelle cliniche per i Medici di Medicina Generale (SIRPED)
- codifiche prestazioni per allineamento dei moduli di prescrizione (cartella MMG) e CUP con PAI e prestazioni erogate per la verifica dei percorsi

### **8.3. Pianificazione delle modalità di presa in carico**

Le attività di informatizzazione intraprese dall'ASL VC hanno richiesto una serie di interventi organizzativi e tecnico-strumentali in parte già applicati nell'ambito:

- dello sportello SUSS, dotato di un sistema informativo autonomo in grado di svolgere funzioni di database con registro nominativo degli accessi, della tipologia di domanda, in grado di esprimere statistiche ed emettere report di attività mediante query. Sono possibili operazioni di scambio e integrazione dati con il software di estrazione dei "pazienti fragili" del controllo di gestione dell'ASL tramite Codice Fiscale;
- del progetto paziente fragile permettendo la clusterizzazione dei pazienti in classi di fragilità e la presa in carico secondo specifiche determinanti;
- della piattaforma di gestione dei PDTA che permetterebbe all'operatore di usufruire di maggiori informazioni sull'utente arruolato in PDTA ;

L'accesso del paziente fragile all'ASL VC definisce la messa in atto di un sistema predefinito di attività che prevedono: la segnalazione dei pazienti da arruolare in un PDTA, la gestione dello sportello del Centro Servizi (integrato con lo sportello SUSS), la valutazione interdisciplinare all'interno del PAI, il case management (cap.2), la cartella clinica informatizzata per MMG (dal mese di dicembre 2018 è in uso la cartella informatizzata per i 7 MMG della Casa della Salute di Santhià)

#### **Segnalazione pazienti**

Il sistema accetta istanze di segnalazione tramite prescrizione o invio di MMG o medici specialisti, ambulatoriali o ospedalieri. La gestione della presa in carico in seguito è multidisciplinare e multiprofessionale. Le segnalazioni possono essere fatte attraverso:

- cartella clinica MMG

- eventuali sistemi aziendali (esempio scheda di fragilità socio-sanitaria finalizzata alla dimissione protetta) da individuare e condividere prevedendo l'implementazione di appositi canali di integrazione sviluppati con i servizi di interoperabilità

### **Sportello del Centro Servizi ( integrato con sportello SUSS)**

Il Centro Servizi rappresenta il punto di coordinamento e gestione dei percorsi dei pazienti e costituisce il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere informazioni relative ai servizi clinico sanitari, alle prestazioni erogate, alle modalità e tempi di accesso. Il principale obiettivo dello sportello a livello applicativo è quello di avere uno strumento per la gestione, accettazione attraverso un vero e proprio pannello di controllo delle segnalazioni con evidenza dello stato delle medesime. Si propone che il Centro Servizi sia funzione del SUSS che si avvale di professionalità specifiche, individuate dal Direttore di Distretto con interfaccia al sistema di prenotazione (CUP) per la presa in carico delle segnalazioni, gestione dei contatti, gestione delle scadenze definite dai Piani di Assistenza Individuale (PAI), gestione documentale.

### **Valutazione multidisciplinare**

Il modulo di valutazione di base da parte di MMG o specialista fornisce un primo documento socio-sanitario, che funge da dataset minimo di informazioni per la creazione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI). Lo scopo della valutazione è quello di stabilire l'orientamento verso determinati servizi sulla base di una serie di informazioni anche di carattere sociale utili a definire la condizione e i bisogni del paziente per individuare l'appartenenza dell'assistito ad una delle fasce di stratificazione individuate dall'azienda. Il modulo può prevedere una scheda di valutazione aperta al contributo di diversi operatori e specialisti per consentire di definire priorità e grado di complessità della messa in lista dell'assistito, prevedendo in base alla tipologia di valutazione da esprimere, la possibilità di disporre di agende dedicate.

I criteri, le schede a supporto e gli operatori coinvolti devono ancora essere individuati e condivisi in azienda. Il sistema deve essere però flessibile anche in vista di futuri evoluzioni e modifiche di questi elementi.

Il modulo, una volta arruolato il paziente, si configura in un format standard orientativo allo sviluppo del PAI.

## **Cap. 9 Sistema di valutazione**

Il sistema di valutazione rispetto agli esiti di salute di una patologia cronica, deve possedere quale denominatore comune la multidimensionalità. Gli ambiti principali sui quali si è focalizzata la presa in carico dei pazienti fragili dell'ASL VC, sono molteplici: attività *patient oriented*, progetto di cura descritto nel piano di assistenza individuale (PAI), il raggiungimento di *outcome* di salute intermedi ( indicatori di processo ed esito ) rispetto alla storia clinica del paziente e ai percorsi di cura attivati, attraverso un sistema organizzativo socio-sanitario in grado di adottare e adattare proposte operative e leve strategiche di *change management*.

L'ASL VC utilizza diversi cruscotti come sistema di sintesi e di aggregazione delle informazioni aziendali, rappresentate graficamente e numericamente mediante un impatto visuale immediato e di facile lettura.

**Allo stato attuale (as is)** l’Azienda utilizza un sistema mensile di reportistica basato sui costi relativi all’ambito ospedaliero (regime di ricovero e ambulatoriale) e territoriale (Case della Salute per centri di erogazione) e sui costi relativi alla farmaceutica. ciò configura un “dashboard” aziendale di tipo generale che raccoglie informazioni di carattere economico-finanziario.

L’analisi dei costi, tuttavia, riassume l’aspetto più dettagliato dei consumi sanitari per tipologia di paziente, stimando un costo medio per classe di patologia (logica *output driven* )

**Gli obiettivi da realizzare (to be)** e sui quali sta investendo l’Azienda, riguardano una serie specifica di cruscotti con focus su determinati ambiti aziendali o progetti specifici, che sposino una logica basata sul raggiungimento di esiti di salute (*outcome driven*), in cui non si attribuiscono più costi unitari per processi ma per percorsi integrati di cura (PDTA) e sui quali definire un costo standard per percorso.

La rappresentatività fornita da un cruscotto aziendale aiuta nell’interpretazione dei dati raccolti e nella valutazione delle decisioni da prendere.

L’individuazione di *key performance indicators* nell’ambito della fragilità è materia complessa in quanto trattasi di persone esposte ad un declino fisiologico di natura multifattoriale. Si tratta quindi di individuare, da un lato, macro indicatori che identifichino ad esempio quanto le misure intraprese (sanitarie e sociali) riducano il ricorso a strutture residenziali, siano esse rivolte ad anziani o a disabili (es. in che percentuale gli interventi di prevenzione delle cadute negli anziani >65 aa riducano le fratture di femore) dall’altro indicatori PDTA specifici.

Si riportano di seguito gli indicatori di processo ed esito relativi agli ambiti clinico, organizzativo ed economico del modello di stratificazione adottato.

#### Indicatori di processo

- Percentuale di soggetti con patologie target inseriti in programmi di medicina di iniziativa, risp
- Adesione ad interventi di prevenzione collettiva (n°soggetti aderenti/ n°soggetti candidabili)
- % di aderenza ai PDTA implementati ( % soggetti arruolati nei PDTA/ % soggetti eleggibili)
- Copertura della presa in carico dei pazienti fragili ( N°pz fragili assegnati al case manager/ totale pazienti fragili ) \*100. Il dato deve essere stratificato per classe di fragilità

#### Indicatori di risultato

- Riduzione del tasso di fragilità per classe specifica
- Gradimento del Servizio da parte del paziente ( N°utenti che esprimono un giudizio complessivo buono/ottimo / N° questionari compilati) \*100
- Riduzione degli accessi in PS (codici bianchi/verdi)
- Riduzione del numero di ricoveri prevenibili (intesi come ricoveri la cui patologia determinante possa essere gestita efficacemente a livello extra-ospedaliero ) Alcuni esempi, anche da fonte PNE:
  - 1 Riduzione dei ricoveri per scompenso cardiaco (confronto con aa precedente)
  - 2 Riduzione dei ricoveri per complicanze del diabete
  - 3 Riduzione dei ricoveri per riacutizzazione BPCO

- Coinvolgimento dell'IfeC alla stesura del PAI da parte del MMG (n° dei PAI compilati in condivisione con MMG/ tot. PAI compilati )\*100
- Riduzione del tasso di ospedalizzazione della popolazione target
- Riduzione della spesa farmaceutica (dato analizzato sull'appropriatezza prescrittiva per tipologia di farmaco )

## Cap. 10 Piano di Comunicazione Aziendale per la Cronicità

**Destinatari:** Cittadini, Dipendenti, Enti Gestori, Associazioni di Volontariato

L'ASL VC sta lavorando alla redazione di un piano strategico di comunicazione aziendale, quale documento di programmazione e informazione sulla propria offerta di servizi, veicolando messaggi specifici. L'obiettivo è quello di poter disporre di uno strumento fruibile da professionisti ed utenti, poiché facilmente consultabile. Il Piano si articolerà in diverse aree tematiche, tra cui quella della cronicità/fragilità. Definire una specifica area su questo tema, significa dare valore, attraverso la conoscenza e l'informazione, alle azioni e al modello organizzativo che l'Azienda ha scelto di mettere in campo per favorire l'affermazione della presa in carico dei pazienti con patologie croniche.

Il termine "croniche" che - come vedremo anche in seguito - non è spesso compreso fino in fondo dalla popolazione, richiama la persistenza, la quotidianità di un bisogno, la necessità stringente di un supporto costante e quotidiano.

La sfida è, dunque, quella di tracciare un percorso in cui vi sia una piena affermazione delle due anime della comunicazione - interna e esterna - per favorire una maggiore consapevolezza soprattutto rispetto al ruolo e ai compiti assegnati ai protagonisti di tale processo: operatori e cittadini. Il tutto inquadrato in un contesto che non può prescindere da un approccio comunicativo moderno. Ciò significa tener conto delle potenzialità derivanti dall'applicazione di tecnologie informatiche per migliorare l'applicazione delle procedure ma, altresì, sfruttare tutte le potenzialità sul fronte informazione e comunicazione per trasmettere ai cittadini messaggi semplici e utili per la gestione quotidiana della propria malattia, o quella del familiare che assiste.

### ANALISI SWOT

<b>STRENGTHS</b>	<b>WEAKNESSES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interazione con il territorio e con la rete di cure domiciliare</li> <li>- Presenza degli Sportelli Unici Socio Sanitari</li> <li>- Presenza di una équipe multidisciplinare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minore pervasività delle informazioni dal punto di vista della comunicazione interna</li> <li>- Mancanza di differenziazione nei follow up dei percorsi di presa in carico</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività consolidate in materia di prevenzione attraverso le funzioni del dipartimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interfaccia e interoperabilità tra i diversi sistemi informativi aziendali ancora non del tutto completata</li> </ul>
<p><b>OPPORTUNITIES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maggiore appropriatezza negli accessi ai servizi ospedalieri ( es. pronto soccorso)</li> <li>- Costruzione di percorsi di assistenza integrati e personalizzati</li> <li>- Maggiore conoscenza e comprensione da parte della popolazione sul tema della cronicità</li> <li>- Miglioramento dell'auto cura e maggiore aderenza alle terapie da parte dei pazienti</li> </ul>	<p><b>THREATS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficoltà di coordinamento tra le diverse strutture aziendali</li> <li>- Informazioni distorte/ fake news presenti sul web rispetto ai temi di salute</li> </ul>

### Obiettivi

- Far comprendere ai cittadini il valore della presenza di un piano aziendale finalizzato a definire la cronicità
- Sensibilizzare la comunità verso una visione di assistenza diversa: non incentrata unicamente sulla erogazione di prestazioni, ma sulla costruzione condivisa di percorsi integrati e personalizzati
- Sviluppare l'empowerment di paziente e caregiver, empowerment inteso come consapevolezza e comprensione della dimensione imposta dalla cronicità ( self care, autogestione, percorsi integrati e cure domiciliari)
- Accrescere la consapevolezza e la cultura in materia di prevenzione e stili di vita

### Comunicazione Interna

La comunicazione è come un mosaico. Fondamentale è l'integrazione tra interno ed esterno. Non a caso si parla di "comunicazione organizzativa". Invernizzi (2000) ne *"La comunicazione organizzativa: teoria, modelli e metodi"* (Gioffrè editore, Milano) parla di quattro possibili tipologie:

- Funzionale: quando veicola le informazioni necessarie e relaziona i vari uffici con gli sportelli di front - office;
- Informativa: laddove circuita all'interno le notizie provenienti dall'esterno ( ad es. rassegna stampa);
- Formativa: che si esplica nei momenti formativi e di crescita del personale ( ad esempio nei corsi di formazione);
- Creativa: che si manifesta durante i momenti di confronto;

La rete intranet può risultare indispensabile nelle fasi funzionali e informative. Lo sviluppo di una maggiore e più capillare comunicazione interna, fondata sull'ampia circolazione delle informazioni, sulle attività e i processi lavorativi, crea una maggiore cultura dell'organizzazione, abbatta i costi e gestisce i processi di cambiamento.

L'obiettivo è, dunque, quello di attuare interventi volti a migliorare la conoscenza e applicazione di un modello organizzativo orientato alla gestione e alla cura della cronicità. In questo caso le attività di comunicazione sono rivolte a: operatori sanitari, medici di medicina generale, personale amministrativo.

È diffusamente riconosciuta, in letteratura e nelle esperienze, la valenza fondamentale della "Comunicazione della diagnosi" come fattore che incide significativamente non solo sulla qualità di vita del paziente ma anche sull'evoluzione della storia clinica. L'efficace comunicazione della diagnosi è strettamente connessa alla cosiddetta capacità di "fare fronte" alla convivenza con la patologia e ne costituisce la base di appoggio e di successivo sviluppo. Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza alle cronicità è, dunque, il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia. Per ottenere un buon grado di "empowerment" è necessario che le informazioni fornite alla persona e a tutti i componenti del suo contesto (familiari, *caregivers*) da ogni figura professionale coinvolta nel processo di cura siano univoche, semplici, comprensibili, omogenee e costantemente ripetute e rinforzate.

Da qui l'importanza dell'affermazione di un percorso di conoscenza consolidato tra gli operatori che, partendo dalla condivisione delle informazioni con il paziente e i familiari, devono essere capaci di valorizzare al meglio la comunicazione, l'umanizzazione, la personalizzazione; aspetti da cui dipendono in larga misura anche gli esiti complessivi del sistema delle cure.

Un ulteriore apporto nel favorire la conoscenza e lo scambio di informazioni deriva dalle possibilità che le nuove tecnologie disponibili (comunicazione audiovisiva, telemedicina, ecc) possono dare per contribuire a facilitare la comunicazione e migliorare l'assistenza. Tali sistemi possono, infatti, fornire un opportuno supporto alla condivisione/circolazione dei dati clinici per ottimizzare il percorso di cura e evitare la ripetizione degli esami, inserendo le persone con cronicità in un monitoraggio continuo da parte dei vari attori assistenziali, utile a una maggiore attenzione nella cura e a migliori risultati<sup>1</sup>.

### **Strumenti di comunicazione interna**

- Corsi di Formazione
- Implementazione e aggiornamento sezione intranet dedicata
- Materiale Informativo esplicativo per applicazione di procedure interne
- Valorizzazione ruolo del personale ( foto e diffusione attraverso i diversi strumenti comunicativi aziendali delle attività del personale impegnato nella gestione della cronicità)
- Incontri Referenti Asl con i medici di medicina generale

### **Comunicazione esterna:**

---

<sup>1</sup> Ministero della Salute: Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

Il concetto di cronicità non è un tema fino in fondo compreso dai cittadini perché poco veicolato dai media. La stessa parola cronicità può risultare di difficile comprensione senza un processo di semplificazione che consenta di far capire alla popolazione il significato di una rete di servizi pensata per prendersi cura di una persona che convive con una malattia cronica.

L'intento è quello di prevedere attività comunicative diverse in funzione del pubblico di riferimento (età, patologia, situazione sociale e culturale), aumentando la consapevolezza con iniziative volte a diffondere la cultura della cronicità.

La scelta strategica corretta deve prevedere un'informazione mirata, concentrata, con notizie di pubblico servizio, in grado di incentivare e favorire nel tempo l'adozione di un comportamento. Significativa è anche la possibilità di affermare la relazione medico-paziente, con l'adozione di modelli corretti di comunicazione e informazione esaustiva, con particolare riferimento ai percorsi di consenso informato e alla promozione della medicina narrativa.

I progetti e le azioni di comunicazione esterna - affinché siano sempre più capillari sul territorio - devono di certo coinvolgere anche le Associazioni dei malati in un'ottica di lavoro di squadra che può di certo contribuire a favorire l'azione di rete sul territorio, migliorando la capacità di gestione da parte dei contesti familiari.

### **Strumenti di Comunicazione Esterna**

- Materiale informativo più generalista sulla cronicità ( brochure / locandine per far capire ai cittadini in modo semplice quali sono le aree di intervento)
- Materiale informativo più specifico differenziato per aree ( es. malattie cardiovascolari, malattie respiratorie ecc...)
- Comunicati stampa / articoli per raccontare i percorsi di assistenza e cura domiciliare
- Campagne di comunicazione in materia di prevenzione ( differenziate per argomenti)
- Realizzazione brevi servizi video ( es. tutorial dedicati a medicazioni / istruzioni infermieristiche ecc)
- Incontri periodici con la popolazione a cura dei professionisti ( medici – infermieri del territorio) per educare alla gestione della cronicità
- Declinazione informazioni attraverso piattaforme social

### **Misurazione dei risultati**

Un passaggio essenziale sarà nel lungo termine quello di analizzare gli effetti delle azioni intraprese sul piano comunicativo per prevedere eventuali correttivi o strategie di sviluppo.

- Indicatori di riferimento per la misurazione:

- Numero di uscite su media e stampa legate ad attività/iniziative promosse per promuovere le attività legate all'applicazione del piano aziendale cronicità
- Numero di persone raggiunte / copertura post / interazioni attraverso campagna social mirate ( dati statistici derivanti dagli Insights)
- Numero di eventi realizzati
- Numero di partecipanti ai corsi / incontri

## **Comunicazione tra paziente professionisti e centro servizi “PORTALE PUBBLICO”**

Il progetto di informatizzazione dedica articolare attenzione anche all’aspetto di comunicatività e coinvolgimento del paziente e pertanto è previsto l’utilizzo di un portale pubblico. Questo rappresenta un importante aspetto all’approccio orientato al paziente con cui realizzare:

- una maggiore pubblicizzazione dei servizi offerti dall’azienda per la gestione delle cronicità e fragilità
- il coinvolgimento del cittadino sensibilizzandolo grazie all’informazione resa disponibile tramite il portale (anche con documentazione scaricabile) e aree dedicate al trattamento della patologia di cui sono affetti.
- il coinvolgimento degli specialisti rendendo noti i percorsi strutturati per la gestione delle patologie diventando punto di riferimento per tutti i professionisti per la condivisione delle modalità di realizzazione dei percorsi
- la pubblicazione e diffusione di dati a carattere scientifico

Il portale potrà essere richiamato eventualmente dal sito web aziendale e avrà un’area riservata con accesso regolato da password su un modulo protetto tramite protocollo SSL.

## **11. Acronimi**

ADI: Assistenza domiciliare integrata

ADP: Assistenza domiciliare programmata

AMAP: Area Medica Assistenza Palliativa

AS: assistente sociale

CAIS: Centro di accoglienza Servizio e Supporto

CAVS: Continuità assistenziale a valenza sanitaria

EEG: Enti Gestori

IFeC: Infermiere di Comunità e Famiglia

MMG: Medico di medicina generale

N.O.C.C. Nucleo Ospedaliero Continuità di Cure

N.D.C.C. Nucleo Distrettuale Continuità delle Cure

PAC: Piano Aziendale Cronicità

PAI: Piano Assistenziale individuale

PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PLS: Pediatra di libera scelta

SID: Servizio Infermieristico Domiciliare

## 12. Bibliografia

### Riferimenti normativi

- Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 15 settembre 2016 in materia di “Piano Nazionale Cronicità”

[www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf)

- Regione Piemonte, *Piano nazionale cronicità*. Recepimento Accordo Stato-Regioni 15.9.2016 e approvazione delle Linee di indirizzo *regionali* per le annualità 2018-2019. Documento in corso di discussione presso il Consiglio Regionale Piemonte.

[www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/documentazione/.../237-piano-della-cronicita](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/documentazione/.../237-piano-della-cronicita)

- Deliberazione Direttore Generale ASL VC- Piemonte- n.200 del 20/03/2019 avente ad oggetto: “Accordo Aziendale per la medicina Generale Convenzionata” - Anno 2018 – Integrazione
- Regione Piemonte – Deliberazione della Giunta Regionale 628.7.2008 n. 55 – 9323 avente ad oggetto “definizione delle modalità e dei criteri dell’utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali (A.S.L) e dei Soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali (EE.GG.), delle risorse assegnate a livello nazionale al “Fondo per le non autosufficienze “ per l’anno 2007 ed attribuzione alla Regione Piemonte”, B.U.R.P. n. 15 del 16.04.2009.
- Capobianco G. “L’assistenza all’anziano “fragile” in “Cambiamenti climatici, rischi per la salute e misure di prevenzione 27 -29 maggio 2013 organizzato da CNESPS – Istituto Superiore di Sanità e DG prevenzione – Ministero della Salute
- G.Bissolo L.Fazi “Costruire l’integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti e metodi” ed. Carrocci, 2004
- Banchemo A. “Programmare i servizi sociali e socio sanitari” - Bologna – Il Mulino- 2005
- Ciocia A. “Per un welfare dalla parte dei cittadini: Aspetti territoriali della domanda delle politiche sociali “ - ed. Carrocci - Roma - 2007
- Formez “Sportelli Sociali per l’accessibilità dei servizi, Rapporto di ricerca, Roma, 2005
- Pesaresi F. “La porta sociale: le tendenze in Italia” in “Prospettive sociali e sanitarie” n.18, 2008
- Devastato G. “La porta unica di accesso” Progetto di ricerca promosso dal Ministero del Welfare dal titolo “Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti”- 2010
- Atti del Convegno PRO.M.I.S (Programma Mattone Internazionale) “The commitment of European healthcare systems to prevent and manage the frailty challenge” - 5-6 luglio 2018 – Ancona – Loggia dei Mercanti

- in particolare:
- Marc Vandembroeck CHAFEA – European Commission - “Health programs actions on frailty and multimorbidity”
- Ines Garcia -Sanchez ADVANTAGE JA - “Advantage – JA – The current state of the art in frailty
- Atti del Convegno Long-Term Care THREE – Gli Stati Generali dell’Assistenza a lungo termine - 11 e 12 luglio 2018 Ministero della Salute – Roma [www.italialongeva.it/longtermcarethree-3](http://www.italialongeva.it/longtermcarethree-3)
- Marengoni A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011; 10(4): 430-9
- Rechel B, et al. Ageing in European Union. *Lancet.* 2013; 381(9874): 1312-22.
- Wolinsky FD, Johnson RJ: The use of health services by older adults. *J Gerontol* 1991, 46 (6):345–357.
- Gaugler J, Kane R: Family care for older adults with disabilities: Toward more targeted and interpretable research. *Int J Aging Hum Dev* 2002, 54(3):205. Review.
- Tjia JI, Velten SJ, Parsons C, Valluri S, Briesacher BA. Studies to reduce unnecessary medication use in frail older adults: a systematic review. *Drugs Aging.* 2013 May;30(5):285-307
- Pawlson, L.G., Hospital length of stay of frail elderly patients: primary care by general internists versus geriatricians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1988. 36(3): pp. 202–208.
- Milte, R. and M. Crotty, Musculoskeletal health, frailty and functional decline. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2014. 28(3): pp. 395–410.
- Brown, I., R. Renwick, and D. Raphael, Frailty: constructing a common meaning, definition, and conceptual framework. *International Journal of Rehabilitation Research*, 1995. 18(2): pp. 93–102.
- Fried, L.P., et al., Frailty in older adults evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2001. 56(3): pp. M146–M157.
- Fried L.P.,Tangen C.M.; Waltron J , 2001Frailty in Older Adults : Evidence for a Phenotype, "Journals of Gerontology Series A Biological Sciences & Medical Sciences",56A,3,146-156

- Harrison, J.K., et al., Managing frailty as a long-term condition. *Age and Ageing*, 2015. 44(5): pp. 732–735
- Chang, S.S., et al., Association between inflammatory-related disease burden and frailty: results from the Women’s Health and Aging Studies (WHAS) I and II. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2012. 54(1): pp. 9–15.
- Hubbard, R., et al., Effect of smoking on the accumulation of deficits, frailty and survival in older adults: a secondary analysis from the Canadian Study of Health and Aging. *JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 2009. 13(5): pp. 468–472.
- Spinewine, A., et al., Effect of a collaborative approach on the quality of prescribing for geriatric inpatients: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2007. 55(5): pp. 658–665.
- McDermid, R.C., H.T. Stelfox, and S.M. Bagshaw, Frailty in the critically ill: a novel concept. *Critical Care*, 2011. 15(1): p. 301.
- Stawicki, S.P., et al., Rib fractures in the elderly: a marker of injury severity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2004. 52(5): pp. 805–808.
- Bagshaw, S.M., et al., Association between frailty and short-and long-term outcomes among critically ill patients: a multicentre prospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 2014. 186(2): pp. E95–E102.
- Junius-Walker, U., et al., Health and treatment priorities in patients with multimorbidity: report on a workshop from the European General Practice Network meeting ‘Research on multimorbidity in general practice’. *The European Journal of General Practice*, 2010. 16(1): pp. 51–54.
- Song, X., A. Mitnitski, and K. Rockwood, Prevalence and 10-year outcomes of frailty in older adults in relation to deficit accumulation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2010. 58(4): pp. 681–7.
- Bergman, H., et al., Frailty: an emerging research and clinical paradigm – issues and controversies. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2007. 62(7): pp. 731–737.
- Scuffham, P., S. Chaplin, and R. Legood, Incidence and costs of unintentional falls in older people in the United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003. 57(9): pp. 740–744.
- Leslie, D.L., et al., One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Archives of Internal Medicine*, 2008. 168(1): pp. 27–32.



- Comas-Herrera, A., et al., Cognitive impairment in older people: future demand for long-term care services and the associated costs. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007. 22(10): pp. 1037–1045.
- Rockwood, K., What would make a definition of frailty successful? *Age and Ageing*, 2005. 34(5): pp. 432–434.
- Rockwood K. Conceptual models of frailty: accumulation of deficits. *Can J Cardiol* 2016; 32: 1046-
- Xue, Q.-L., The frailty syndrome: definition and natural history. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2011. 27(1): pp. 1–15.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci* 2001,Mar 56(3):146-56
- Hubbard, R.E., et al., Inflammation and frailty measures in older people. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 2009. 13(9b): pp. 3103–3109.
- Hubbard, R.E., M.S. O’Mahony, and K.W. Woodhouse, Characterising frailty in the clinical setting—a comparison of different approaches. *Age and Ageing*, 2009. 38(1): pp. 115–119.
- Hubbard, R. and D. Story, Patient frailty: the elephant in the operating room. *Anaesthesia*, 2014. 69(s1): pp. 26–34.

### **Progetto Europeo ADVANTAGE**

*AdvantAGE* è un’Azione Comune cofinanziata dall’Unione Europea e dagli Stati membri, a cui partecipano 22 Paesi dell’UE, cinque regioni italiane impegnate nel Partenariato Europeo per l’Invecchiamento Sano ed Attivo e numerose organizzazioni italiane partner di progetti europei nel campo del contrasto alle malattie croniche.

<http://www.advantageja.eu/>

### **Progetto Europeo SUNFRAIL**

SUNFRAIL= Reference Sites Network for Prevention and Care of Frailty and Chronic Conditions in community dwelling persons of EU Countries

S. has defined “frailty” according to the bio-psycho social paradigm in coherence with its different dimensions (physical, psychological, social and economic

S. Tool to identify frailty : Nine questions selected from evidence based tools already adopted in health services in the European Union and in the US.

S. project works closely with the EIP-AHA network, the European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) working group on “Frailty in older persons” and the Joint Actions on Prevention of Frailty (ADVANTAGE) and on Prevention and Management of Chronic Diseases (Chrodis)

<http://www.sunfrail.eu/>

### **13. Gruppo di lavoro**

- **Nucleo Operativo per la Cronicità**

**Dott. Rasmini Paolo** – Direttore Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile

**Dott. ssa Riccio Federica** – Dirigente medico Referente SS Qualità

**Dott. Ferraris Giuseppe** - Dirigente Medico Responsabile S.S. Residenzialità e Cure Domiciliari

**Dott.ssa Perugini Lorella** – Referente Servizio Sociale Aziendale

**Dott. ssa Barale Antonella** - Dirigente biologo c/o Osservatorio Epidemiologico

- **Cabina di Regia**

**Dott.ssa Barbieri Antonietta** – Direttore f.f. S.C. Farmaceutica Territoriale

**Prof. Faggiano Fabrizio**- Direttore del Programma relativo all’Osservatorio Epidemiologico

**Dott.ssa Gallone Francesca**- Direttore S.C. Distretto

**Dott.ssa Valeria Arena**- Addetto Stampa

**Dott.ssa Pastorelli Emanuela** Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio

**Dott.ssa Bertoncelli Maria Cristina**- Medico Volontario

**Dott.ssa Sicuranza Maria Rosa** CPSE c/o Distretto

**Ing. Enrione Paola** - Dirigente Responsabile S.S Programmazione e Controllo di Gestione e Responsabile ad interim S.S. ICT