



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

Posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

ALLEGATO 5

alla RELAZIONE AZIENDALE SOCIOSANITARIA

EX ART. 17 L.R. N. 18 DEL 6 AGOSTO 2007

Anno 2019

PIANO AZIENDALE DELLA CRONICITÀ (PAC): ANALISI E NUOVE PROGETTUALITÀ

Deliberazione Direttore Generale N. 1040 del 7/12/2018:

Costituzione del “Nucleo” e della “Cabina di Regia” aziendali per la Cronicità



PREMESSA

Il concetto di fragilità della persona si è evoluto nel corso del tempo e, allo stato attuale, non è più sinonimo di cronicità o "paziente anziano con comorbidità" (Pawlson,1988) ma si presenta come un fenomeno multifattoriale e dinamico (Milte,2014; Brown,1995) caratterizzato da una riduzione della resistenza allo stress e da un incremento della suscettibilità a sviluppare *outcome* negativi (Fried, 2001). 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.

Nel contesto nazionale italiano, la programmazione sanitaria ha preso in esame le problematiche sopradescritte mediante la emissione dapprima del Piano Nazionale per la Cronicità (2016) e successivamente dei Piani Regionali, tra cui quello della Regione Piemonte (2018).

L'ASL VC ha ampiamente consolidato il principio che la sfida alla cronicità è una "sfida di sistema", in cui occorre superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovendo l'integrazione tra differenti professionalità ed attribuendo una effettiva ed efficace "centralità" alla persona ed al suo progetto di vita e di cura.

L'ASL VC quindi ha inteso costruire un modello finalizzato ad una tempestiva identificazione ed appropriata presa in carico dei pazienti fragili, in quanto necessità avvertita a più livelli: dai sanitari per la gestione dei percorsi clinico-organizzativi, ottimizzandone le modalità di accesso, e dalla direzione strategica per una pianificazione più accurata dell'offerta di servizi e di allocazione o riallocazione delle risorse, in relazione ai bisogni di salute rilevati e secondo una variabile articolazione di *setting* per intensità di cure.

L'ASL VC nell'ambito della cronicità/fragilità*, già da alcuni anni, attraverso l'elaborazione e la costruzione di opportune strategie preventive di accessibilità ai servizi, ha potenziato l'offerta e orientato il governo della domanda sanitaria, con l'obiettivo di migliorare gli esiti di cura.

In relazione alle finalità descritte, la matrice del piano aziendale sulla cronicità si è articolata in fasi sequenziali a carattere multiprofessionale ed interdisciplinare qui riportate:

- identificazione della coorte di soggetti fragili (*target di riferimento tabella 1*)
- stratificazione in livelli di fragilità crescenti della coorte selezionata secondo determinanti selezionate (numero di accessi al DEA, presenza di esenzione/i per patologia, ADI/ ADP, consumo di farmaci classi ATC)
- definizione delle modalità di attivazione e dei *setting* di erogazione della presa in carico: PAI (piano assistenziale individuale) per il paziente fragile, PDTA per il paziente cronico
- ridefinizione dei servizi anche tramite la riorganizzazione dell'offerta ambulatoriale e la pianificazione degli accessi al S.U.S.S. (Sportello Unico Socio-Sanitario) e al CUP
- implementazione di un registro aziendale della fragilità (anagrafe della fragilità socio-sanitaria) condiviso con EE.GG



L'obiettivo strategico aziendale che si intende raggiungere e perseguire è quello di eliminare/ridurre i fattori predisponenti l'aggravamento delle condizioni cliniche e, in ultima analisi, l'incremento nell'utilizzo di risorse sanitarie a più elevata intensità. In particolare, le leve strategiche utilizzate hanno interessato prioritariamente l'introduzione di innovazioni della componente organizzativa e di quella professionale attraverso i seguenti moduli sperimentali:

- inserimento della figura professionale dell'IFeC (Infermiere di Famiglia e Comunità) con il ruolo di *case manager* del paziente cronico-fragile all'interno delle Case della Salute
- ridefinizione strutturata ed organica in team multiprofessionali e multidisciplinari di tutti gli attori in prima linea (MMG, PLS, specialisti ospedalieri e territoriali) nella gestione del paziente fragile.
- dare rilevanza alle attività delle Case della Salute quale contesto funzionale ed operativo dove, previa identificazione del *clinical manager*, erogare servizi a bassa/media intensità di cure ed offrire interventi di prevenzione e promozione della salute; le CdS rappresentano anche il setting privilegiato di valutazione dell'*effectiveness* delle attività degli IFeC
- predisposizione di PDTA interaziendali orientati al paziente cronico (una patologia prevalente indipendentemente dalla presenza o meno di altre comorbidità)
- elaborazione di un modello standard di PAI (piano di assistenza individuale) per il paziente polipatologico

perfezionamento di una scheda di valutazione multidimensionale (socio-sanitaria) che consenta di indagare schematicamente, le aree tematiche fondamentali, o 'dimensioni', che configurano la natura multipla della valutazione di un soggetto fragile: salute fisica, stato cognitivo (o salute mentale), stato funzionale, condizione economica e condizione sociale.

Il documento PAC prevede un'articolazione eterogenea di ambiti, a partire dall'analisi del contesto di riferimento. I capitoli successivi, sono caratterizzati da una presentazione del contesto clinico-organizzativo esistente (*as is*) e da quello che l'azienda ha definito quale obiettivo a tendere (*to be*). La redazione del documento, inoltre, ha previsto la trattazione distinta sulla gestione del paziente cronico e di quello fragile, attribuendo nel primo caso una modalità di presa in carico orientata ad una patologia prevalente (attraverso PDTA); nel secondo caso la polipatologia e le differenti variabili che concorrono a determinare la fragilità devono orientare ad una presa in carico individualizzata, tramite PAI.

I percorsi dedicati alla fragilità e alla cronicità

L'organizzazione dell'assistenza alla cronicità, prevede facilitazioni nella presa in carico, attraverso punti di accesso spontanei o condizionati dalla necessità di cura.

Nell'ambito della trasversalità di un percorso di cura Ospedale-Territorio orientato alla fragilità in ogni sua declinazione, l'ASL VC ha attivato una serie di strumenti clinico-gestionali a forte integrazione interdisciplinare quali PDTA, PAI, Settore Fragilità (le cui attività afferiscono al Distretto), Sportelli Unici Socio Sanitari. In particolare, rispetto all'obiettivo di valutare ogni paziente anche rispetto alla sua fragilità sociale oltre che sanitaria, il SUSS ha dimostrato di rappresentare per l'utente un gateway unitario di accesso ai servizi sociosanitari 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 e i 4 Enti Gestori, risulta che siano state aperte n.12627 schede, fornite 22498 risposte mediante sportello. Le schede dei pazienti "presi in carico" dal SUSS alimentano il Registro della Fragilità Socio-Sanitaria. 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 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.).

Nell'ambito del Distretto, la continuità assistenziale può realizzarsi mediante un percorso di dimissione ordinaria, protetta o facilitata che comprende:

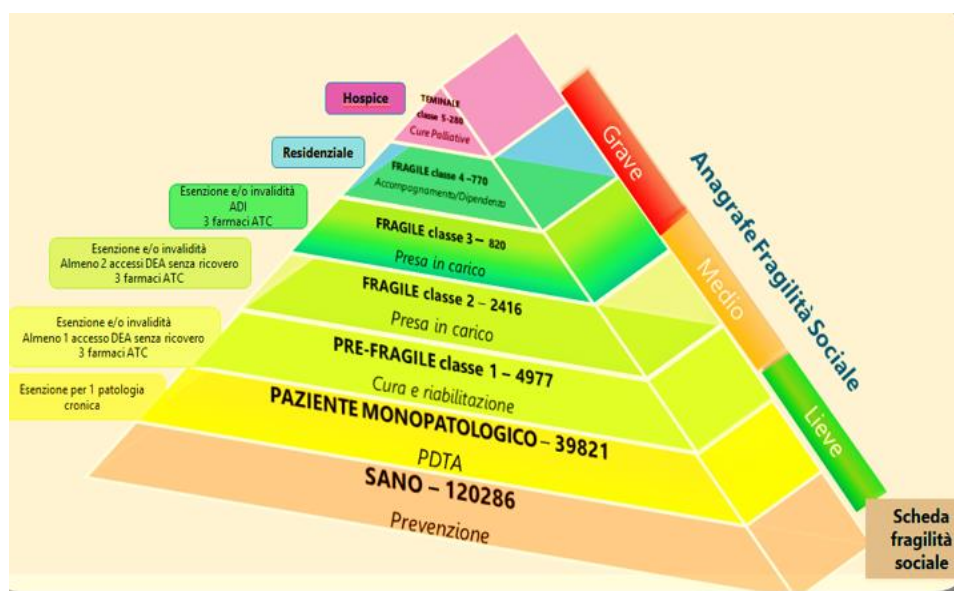
- eventuale educazione/istruzione del paziente e del *care giver*;
- attivazione cure domiciliari con o senza prescrizione di ausili;
- attivazione posti di continuità assistenziale (CAVS);
- attivazione Cure Palliative;
- attivazione del servizio sociale territoriale;
- ricovero in strutture di riabilitazione/lungodegenza;

Il raccordo tra la componente sanitaria e quella sociale è sinteticamente espresso dalla definizione di una scheda socio-sanitaria aziendale che consenta di indagare schematicamente, le aree tematiche fondamentali, o 'dimensioni', che configurano la natura multipla della valutazione di un



sogetto fragile: salute fisica, stato cognitivo (o salute mentale), stato funzionale, condizione economica e condizione sociale.

Tabella 1 Modello di stratificazione della popolazione residente ASL VC per l'anno 2019



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, che afferiscono alle seguenti 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 già avviate e in parte concluse dall’Azienda ASL VC nel macro-ambito del paziente fragile/cronico.



Progetto: Cafè Alzheimer

Razionale

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*.

Obiettivi

Pianificare attività di tipo di educativo e pratico-operativo per supportare il *caregiver*, condividendo con altri familiari le difficoltà legate alla gestione assistenziale. Ciascuna azione sarà valutata rispetto all'obiettivo che si prefigge: 1) il successo dell'attività di informazione e promozione alla cittadinanza viene valutato in base alla partecipazione degli utenti, non solo malati e familiari, ma anche cittadini sensibili al tema 2) l'aumento di conoscenze negli operatori e nei volontari, attraverso la somministrazione di questionari di gradimento e di valutazione delle tematiche affrontate. Il grado di partecipazione di ciascun partecipante sarà definito dal numero di incontri a cui ha preso parte.

Attività fisica adattata per soggetti affetti da morbo di Parkinson

Razionale

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.

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

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.

Animali Fragili-Utenti fragili

Razionale

Il progetto è mirato ad affrontare le situazioni di disagio umano, economico e sociale, in modo coordinato con i Servizi Sociali e Sanitari che seguono le persone in quelle condizioni, che hanno ripercussioni negative, in termini di tutela del benessere, sugli animali da esse detenute.

Obiettivi

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.

Sostegno psicologico alla cronicità e nelle gravi patologie organiche

Razionale

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. 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

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.).

È 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

- 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.



Nuove Progettualità

Studio pilota Frequent Users in PS

Razionale

Il fenomeno del crescente afflusso in Pronto Soccorso di pazienti non urgenti è stato oggetto di diversi studi volti a comprendere le loro caratteristiche e le motivazioni sottostanti la scelta di ricorrere a strutture dell'emergenza-urgenza; accanto ad un'analisi delle cause del sovraffollamento in PS, poche evidenze indagano l'ambito del "corretto" utilizzo del Pronto Soccorso da parte della popolazione.

La letteratura in tema di *frequent user* dei servizi di Pronto Soccorso, spesso riferita a studi anglosassoni per i quali non esiste un concetto univocamente definito sul tema e in cui non viene distinta la gravità dell'accesso, evidenzia che questi pazienti presentano livelli di salute peggiori, sono insoddisfatti delle cure ricevute e sono ricorsi frequentemente al PS nell'ultimo anno. Essi sono più di frequente, ma non esclusivamente, anziani polipatologici con bassa scolarizzazione e scarse risorse economiche.

Sulla base di questi presupposti, si può perciò ipotizzare che, anche tra i pazienti non urgenti, un'elevata intensità d'uso del servizio di Pronto Soccorso sia riconducibile ad una maggiore fragilità del paziente, in termini di età, istruzione, salute e ad una mancanza di alternative assistenziali.

La definizione di *frequent user* non è standardizzabile in riferimento al numero degli accessi in PS e non esistono dati scientificamente validati che ci permettano di individuare una tipologia precisa di utenti. Alcuni elementi caratterizzanti che integrano quelli già citati sono:

- percezione del DEA/PS come alternativa alle cure primarie nella speranza di ottenere in tempi brevi risposte a condizioni cliniche percepite come urgenti per il paziente
- consapevolezza di trovare una risposta qualificata e completa anche sotto il profilo diagnostico, con impiego di tecnologie, a basso costo e in tempo reale (h24)
- utilizzo del DEA per più volte l'anno da più di un accesso fino a 12 accessi. Non esiste un parametro unico di definizione
- mancata/ridotta risposta da parte dei servizi territoriali e ambulatoriali rispetto alla gestione della propria condizione psico-fisica al di fuori degli appuntamenti programmati
- assenza di *setting* in cui vengono erogati servizi (ambulatoriali/territoriali) h 24
- gravità della patologia, tale da richiedere più facilmente l'ospedalizzazione

Gli *input* che caratterizzano gli accessi di un anziano fragile in PS spesso ne determinano la permanenza in Pronto Soccorso, per la ridotta disponibilità di posti letto in regime di degenza o strutture di riabilitazione. Di frequente, in ragione della ridotta disponibilità di programmi di assistenza continuativa o della difficoltà di attivare servizi assistenziali già presenti a livello territoriale, si attua un "ricovero sociale", non appropriato per regime di cura, *setting* di erogazione e risorse ad alta intensità assorbite. Alcune evidenze sottolineano come, proprio rispetto a quest'ultimo riferimento, pazienti over 75 aa più spesso accedono al PS e più frequentemente sono ricoverati.



Obiettivi

- Individuare i determinanti che hanno condizionato un numero di accessi ≥ 4 in PS (secondo un'attenta revisione della letteratura scientifica) nella popolazione residente in provincia di Vercelli, al fine di identificare qualitativamente e quantitativamente la tipologia di pazienti *frequent users*. Un elemento distintivo dell'analisi sarà quello di valutare all'interno della coorte dei soggetti *frequent users* quanti, si rechino in PS non solo per problematiche sanitarie minori ma anche per problematiche non sanitarie, valutandone l'eventuale registrazione all'interno dell'anagrafe della fragilità sociale.
- Valutare l'efficacia di alcuni interventi di presa in carico selezionati *ex novo* (in ragione dell'analisi condotta) o già avviati dall'ASL VC nei soggetti fragili (es. presa in carico territoriale dello scompenso tramite PDTA) nell'ipotesi che la riduzione dell'efficienza dei servizi erogati sul territorio costituisca un fattore induttivo di richiesta inappropriata dell'utente in P.S. di servizi e prestazioni.

Il Passaporto Farmacologico

Razionale

La prescrizione farmacologica nel paziente anziano è un'attività che richiede un'accurata valutazione del paziente ed un costante monitoraggio con eventuale rivalutazione della terapia.

L'invecchiamento della popolazione, infatti, associato all'aumento delle patologie croniche e della specializzazione delle cure ha comportato un incremento della complessità della terapia (politerapia) e della sua gestione. Questa complessità aumenta il rischio di eventi avversi, soprattutto quando la terapia viene modificata nelle fasi in cui si interfacciano vari professionisti (consulenze) nei diversi setting di cura (ospedale, territorio).

In tali momenti definiti di *transizione di cura* (rappresentati da passaggi del paziente tra ambiti di cura diversi ovvero ricovero in ospedale e dimissione, trasferimento tra strutture di degenza della stessa struttura o ad altra struttura sanitaria ospedaliera o extraospedaliera), prescrizioni incomplete o modifiche/sospensioni della terapia in atto possono comportare per il paziente confusione o errori di assunzione con ripercussioni importanti sulla sua salute e sicurezza.

È stato ampiamente dimostrato che nei momenti di transizione di cura la scarsa qualità della prescrizione è molto comune, con una prevalenza che varia dal 12% al 40%, a seconda delle diverse condizioni e del set di indicatori utilizzati.

Tutto ciò premesso, al fine di garantire che al paziente venga sempre prescritta la terapia corretta, è essenziale effettuare, nelle *transizioni di cura*, una revisione accurata dei medicinali fino ad allora assunti dal paziente e di quelli previsti per la nuova condizione clinica attraverso la realizzazione del *Passaporto farmacologico del paziente*, in cui sono riportate le terapie, le interazioni note ed attese tra i diversi farmaci già assunti dal paziente e le indicazioni volte a rendere meno rischiosa e più efficace l'introduzione di eventuali nuovi farmaci o supplementi/integratori.

La revisione (ricognizione e riconciliazione) della terapia farmacologica negli anziani è spesso associata ad una riduzione delle reazioni avverse e conseguentemente degli accessi in Pronto Soccorso delle ospedalizzazioni, della mortalità e ad una diminuzione dei costi per terapie inutili o addirittura dannose. I fenomeni legati all'*adverse drug event* (ADE) spesso derivano 1) dalla co-



somministrazione di farmaci il cui utilizzo è legato ad errori nella fase di: prescrizione, aderenza alla terapia, dispensazione, monitoraggio oltre che 2) alla reazione avversa da farmaci (ADR).

Obiettivi

L'obiettivo generale è la realizzazione di un percorso di revisione della terapia farmacologica in termini di aderenza al trattamento, interazione farmacologica e cascata prescrittiva, a cui si affianca la precoce identificazione di prescrizioni potenzialmente inappropriate* legate a:

1) L'uso di un farmaco

- che non ha l'indicazione
- che ha l'indicazione sbagliata
- che ha un alto rischio di evento avverso (ADE)
- che non è indispensabile
- per un periodo troppo lungo o troppo breve

2) La mancanza della prescrizione appropriata di una terapia farmacologica

È possibile perseguire l'obiettivo principale con i seguenti obiettivi specifici:

- elaborare il *Passaporto farmacologico del paziente*;
- definire un set di indicatori di monitoraggio del percorso;
- monitorare gli indicatori.

**prescrizione di un farmaco che ha più rischi che benefici o in cui le cui dosi prescritte non sono in accordo con gli standard medici accettati*

La reportistica a supporto del progetto riguarda:

- Procedura "Ricognizione e Riconciliazione della Terapia Farmacologica"
- Elenco farmaci LASA
- Criteri STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) / Criteri START (Screening Tool to Alert to Right Treatment)

Sperimentazione Infermiere di Comunità e Famiglia (IFeC) nella Casa della Salute di Santhià

L'emergenza dell'invecchiamento della popolazione sta determinando un cambiamento epocale della domanda di salute. Questo richiede un necessario ripensamento della risposta che il Servizio Sanitario offre alla popolazione, e in particolare un riorientamento dell'asse dell'assistenza verso il territorio che necessita di potenziare il ruolo del Distretto, valorizzando l'accessibilità e qualificando i servizi territoriali.

Accanto a ciò è possibile ridefinire ruoli e competenze di tutte le figure professionali che si occupano della presa in carico di un soggetto fragile, introducendone di nuove quali gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC), riferimento per la popolazione ad elevato rischio di acuzie e per i soggetti fragili e cronici. Anche laddove non inserito nel contesto delle Case della Salute, previste dalla vigente normativa nazionale, il ruolo infermieristico rappresenta una matrice strategica nella riorganizzazione delle cure primarie per la funzione proattiva a supporto e integrazione delle attività di competenza del Distretto.

Il ruolo dell'IFeC può essere così declinato:

- controllo e pianificazione dei processi di cura



- gestione della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria) e promozione di corretti stili di vita
- facilitazione ed attivazione delle reti formali ed informali dei servizi
- case manager nei PDTA attivi
- riferimento della Comunità poiché figura di collegamento tra Ospedale e Territorio.

Per ciascuna delle macro-aree individuate, sono state definite attività specifiche di presa in carico. Attualmente la figura dell'IFeC è oggetto di sperimentazione specifica nella Casa della Salute di Santhià ma la validazione dello studio sperimentale ne consentirà l'estensione anche alle altre Case della Salute.