

P.I.C.A.S.S.O.

***PROGETTO di INTEGRAZIONE della CONTINUITÀ e
APPROPRIATEZZA SOCIO-SANITARIA e OSPEDALIERA***

INDICE

1. Premessa.....	4
2. Dati epidemiologici.....	5
2.1 Situazione italiana.....	5
2.2 Situazione Regione Piemonte e ASL AL.....	6
2.3 Contesto sanitario Distretto di Ovada/Acqui.....	11
3. Articolazione del Progetto P.I.C.A.S.S.O.....	12
3.1 Centro di Accoglienza delle Fragilità.....	13
3.2 Attivazione n. 4 posti letto di Osservazione Breve Territoriale.....	17
3.3 Primavengoio. Progetto per un migliore uso dei farmaci.....	21
4. Cronoprogramma.....	25
5. Bibliografia.....	26

GLOSSARIO

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AL	Alessandria
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CAF	Centro Accoglienza delle Fragilità
CPSE	Collaboratore Professionale Sanitario Esperto
DMPO	Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
IF	Infermiere di Famiglia
MAP	Medici di Assistenza Primaria
OBT	Osservazione Breve Territoriale
PO	Presidio Ospedaliero
PIP	Punto Primo Intervento
SOC	Struttura Organizzativa Complessa
UOCP	Unità Operativa di Cure Palliative

1. PREMESSA

Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento della prevalenza delle patologie croniche e il conseguente ricorso a poli-terapie sta mettendo a dura prova i sistemi sanitari, lo sviluppo economico e il benessere dei cittadini.

L'Asl di Alessandria, fra le più "anziane" della regione Piemonte, ha elaborato un piano di azione volto all'adeguamento della rete ospedaliera e alla riqualificazione delle strutture territoriali, con il fine di implementare la presa in carico del paziente con cronicità nel setting più adeguato, ovvero "a pochi passi da casa".

*Il Progetto **P.I.C.A.S.S.O (Progetto di Integrazione della Continuità e Appropriata Socio-Sanitaria e Ospedaliera)** è nato dalla necessità di sviluppare un approccio che sposti l'attenzione verso le forme di medicina d'iniziativa e prossimità, offrendo le cure più appropriate al cittadino, in un'ottica di azione preventiva e non di attesa.*

L'iniziativa mira a rafforzare l'empowerment del cittadino attraverso la promozione di corretti stili di vita e pone, tra gli obiettivi, la piena applicazione del concetto di multi-professionalità inteso come collaborazione tra Medici Specialisti, Medici di Assistenza Primaria (MAP), Infermieri di famiglia, Infermieri Territoriali e Ospedalieri e Farmacisti Territoriali.

Il Distretto di Ovada/Acqui, in particolare l'ambito territoriale ovadese, considerate le caratteristiche epidemiologiche e strutturali, sarà il primo a essere coinvolto nello studio cui farà seguito l'ampliamento a tutti i Distretti dell'ASL di Alessandria.

2. DATI EPIDEMIOLOGICI

2.1. SITUAZIONE ITALIANA

Il report “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, realizzato dall’Istat con il sostegno del Ministero della salute e delle Regioni nel 2012-2013, ha confermato un progressivo invecchiamento della popolazione che interessa tutte le Regioni d’Italia, in particolare quelle settentrionali e centrali.

Analizzando la composizione percentuale per età della popolazione italiana al 1° gennaio 2013, gli individui over 65 rappresentano il 21.2% della popolazione, i giovani fino a 14 anni il 14.0% e la popolazione in età attiva, 15-64 anni, risulta pari a meno dei due terzi del totale (Fig.1).

Le analisi mostrano inoltre come il 38.9% dei cittadini sia affetto da una patologia cronica e il 20.4% da due o più patologie.

Tali malattie sono più frequenti nelle fasce di età degli over cinquantacinque. Analizzando nello specifico tale popolazione, si osserva che fra i 55 e i 59 anni ne soffre il 53.4% e tra gli ultra settantacinquenni la quota raggiunge l’85.5%.

Le condizioni croniche maggiormente diffuse nel nostro Paese sono l’ipertensione (17.4%), l’artrosi/artrite (16.0%), le malattie allergiche (10.3%), l’osteoporosi (7.5%), la bronchite cronica e l’asma bronchiale (5.8%), il diabete (5.5%).

Questi dati prospettano per il futuro un aumento della pressione sul Sistema Sanitario Nazionale, dovuto all’incremento di persone bisognose di cure e assistenza.

2.2. SITUAZIONE REGIONE PIEMONTE E ASL AL

Nel contesto nazionale il Piemonte rappresenta una delle regioni più interessate dal progressivo invecchiamento della popolazione.

Il numero di persone ultrasessantacinquenni, a fine 2003, era di circa 936.000 unità, pari al 21.9% dell'intera popolazione, mentre nel 2014 risulta essere di 1.082.540 unità, pari al 24.5%, con un'età media dei residenti pari a 45.7 anni (Fig.1).

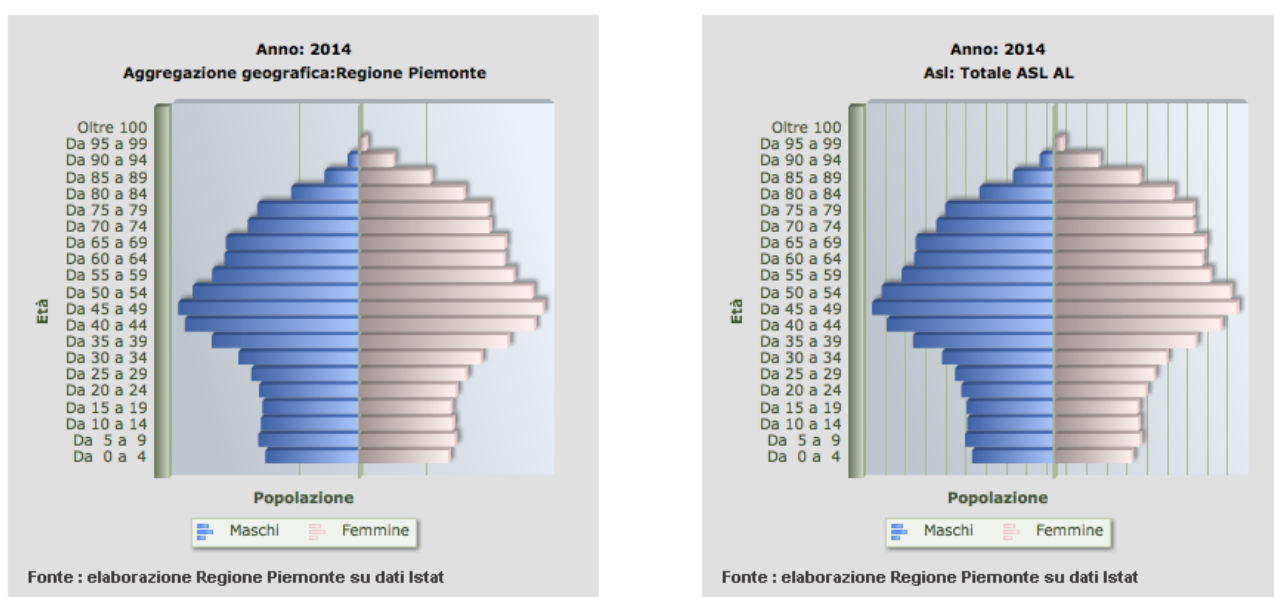


Figura 1: Confronto piramidi di età Regione Piemonte- ASL AL

L'indice di dipendenza strutturale a livello regionale si attesta al 59.7%, rispetto a un valore nazionale del 53.1%. Pertanto si può osservare che in Piemonte ci sono 59.7 individui a carico ogni 100 lavoratori (Tab.1).

La prevalenza di patologie croniche a livello regionale conferma i dati nazionali, con il 37.9% di pazienti che soffre almeno di una malattia cronica e il 18% di due patologie croniche.

Tra le ASL piemontesi, quella di Alessandria è, per le caratteristiche epidemiologiche e indici demografici, una tra le più anziane, con età media di 47.5 anni (Fig. 2) (Tab.1).

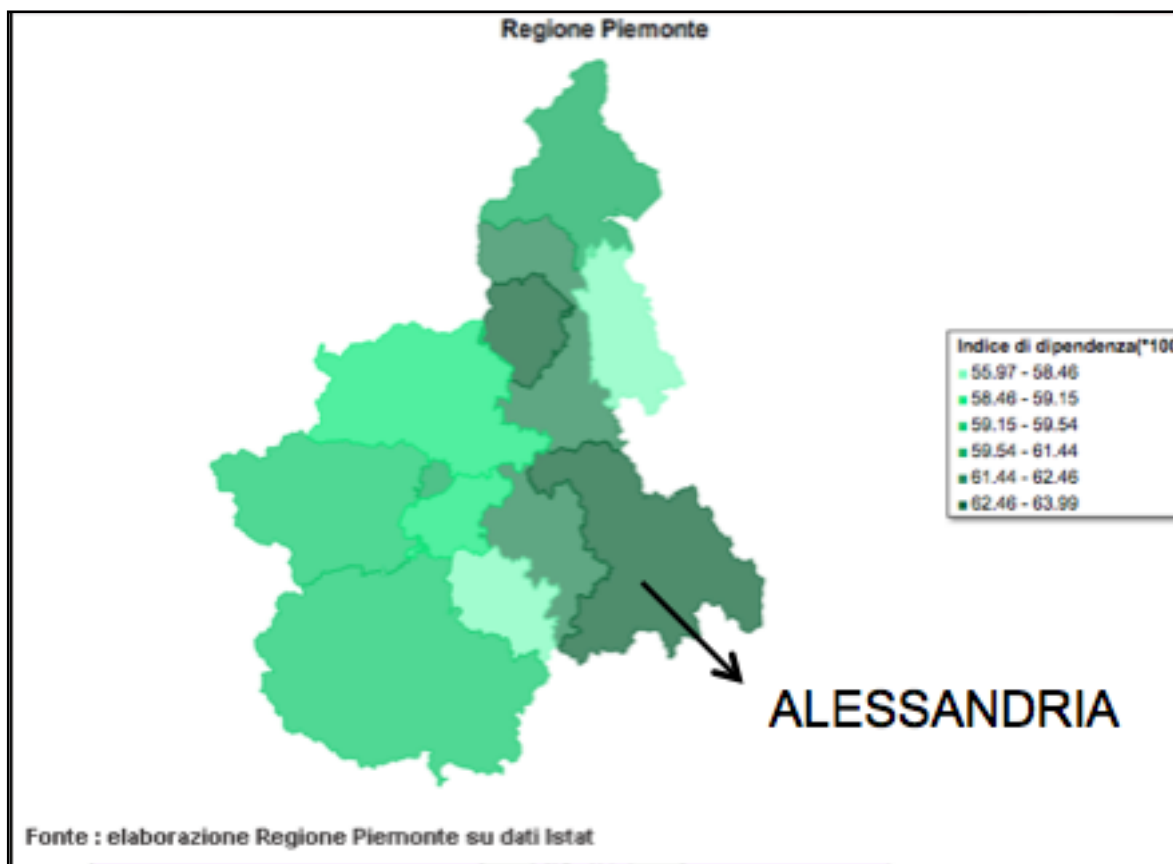


Figura 2: Indice di dipendenza per ASL Regione Piemonte

Il Distretto di Ovada/Acqui (ambito territoriale ovadese), in cui si svolgerà lo studio pilota, è costituito da sedici Comuni, con una popolazione totale residente di 28.181 abitanti (13.714 maschi, 14.467 femmine), pari al 6.4% della popolazione totale dell'ASL AL.

L'età media di tutti i residenti nel distretto è di 48.7 anni, valore che, se confrontato con il 2009, conferma il progressivo invecchiamento della popolazione ovadese (Fig.3).

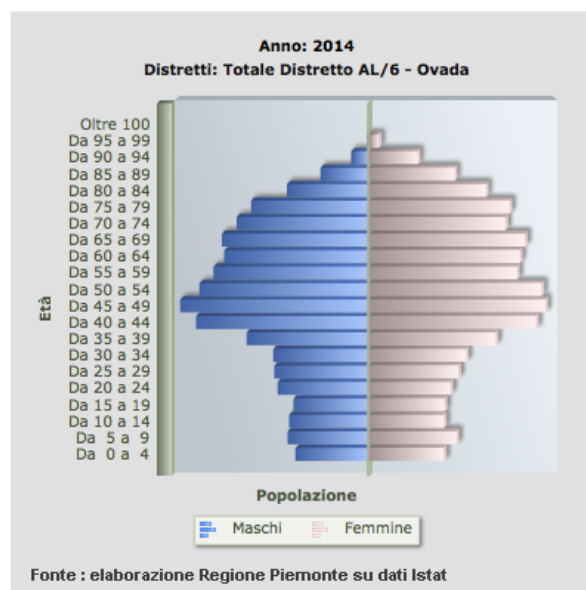
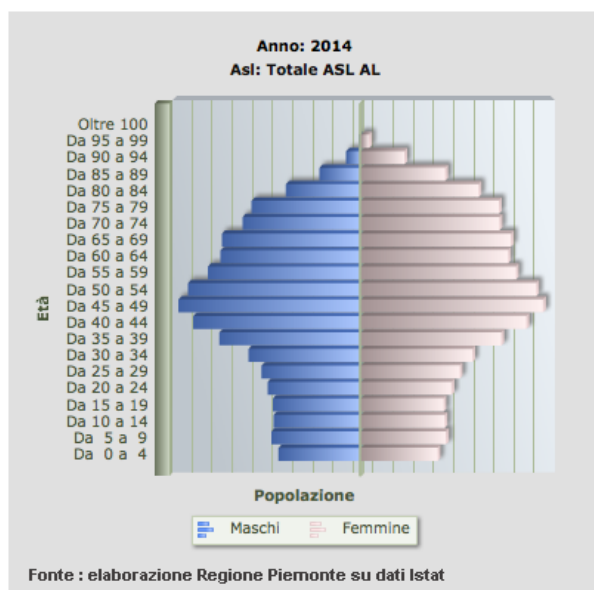


Figura 3: Confronto piramidi età ASL AL- Distretto di Ovada/Acqui (ambito territoriale di Ovada)

I dati demografici più recenti, risalenti al 2014, mostrano un tasso di natalità pari a 6.5% mentre, a livello di ASL AL, l'indicatore è del 6.8 %.

Il tasso di mortalità, pari a 13,8 %, è invece paragonabile a quello dell'ASL AL.

La popolazione anziana (≥ 65 anni) rappresenta il 28.9% dei residenti totali. A confermare l'elevato numero relativo di anziani del territorio ovadese è anche l'indice di vecchiaia, in grado di registrare il peso dell'invecchiamento locale; esso risulta pari a 264% (nella ASL AL è del 234.4%), al di sopra dei valori considerati nella norma di equilibrio in quanto valori superiori a 100 evidenziano un maggior peso specifico dei soggetti anziani rispetto alla presenza giovanile.

A definire ulteriormente il peso degli anziani, in termini assistenziali, sanitari ed economici rispetto alla popolazione in età di lavoro, è l'indice di dipendenza strutturale, pari a 66.1% rispetto ad un valore di ASL del 62.6% e a quello nazionale del 53.1% (Tab.1) (Fig. 4).

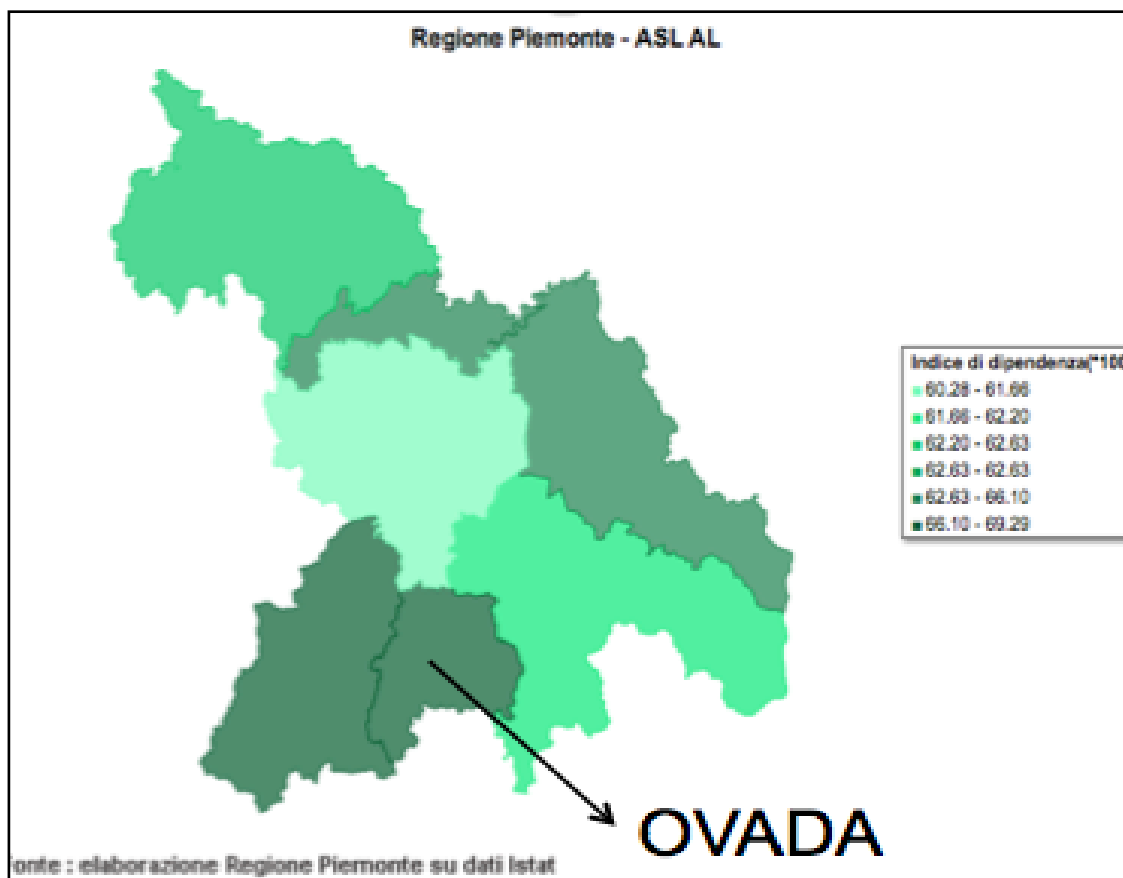


Figura 4: Indice di dipendenza per Distretto ASL AL

Tab.1: Indicatori epidemiologici in Italia, Piemonte, ASL AL e Distretto di Ovada/Acqui

	DISTRETTO OVADA/ACQUI*	ASL ALESSANDRIA	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
ETÀ MEDIA ¹	48.67	47.47	45.66	44.0
TASSO DI NATALITÀ ² (‰)	6.53	6.76	7.82	8.5
TASSO DI MORTALITÀ ³ (‰)	13.79	13.61	11.15	10.0
POPOLAZIONE ANZIANA ⁴ (%pop >65 aa /pop .totale)	8.134 (28.86%)	119.671 (26.95%)	1.082.540 (24.45%)	12.639.829 (21.20%)
INDICE DI VECCHIAIA ⁵ (%)	264.01	234.37	189.63	147.20
INDICE DI DIPENDENZA ⁶ (%)	66.10	62.46	59.67	53.10

* Ambito territoriale di Ovada.

1. Età media

L'età media è la media delle età, ponderata con l'ammontare della popolazione in ciascuna classe di età

2. Tasso di natalità

L'indicatore stima il rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale per 1000.

3. Tasso di mortalità

L'indicatore stima il rapporto tra il numero di morti e la popolazione totale per 1000.

4. Popolazione anziana

L'indicatore stima il rapporto tra la popolazione over 65 anni e la popolazione totale.

5. Indice di vecchiaia

L'indicatore rappresenta il rapporto percentuale tra il numero degli over 65 anni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni
L'indice di vecchiaia è un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento di una popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.

6. Indice di dipendenza strutturale

Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e over 65 anni) su quella attiva (15-64 anni). L'indice di dipendenza viene considerato un indicatore di rilevanza economica e sociale. Il numeratore è composto dalla popolazione che, a causa dell'età, si ritiene essere non autonoma - cioè dipendente - e il denominatore dalla fascia di popolazione che, essendo in attività, dovrebbe provvedere al suo sostentamento.

2.3. CONTESTO SANITARIO-DISTRETTO OVADA/ACQUI

Gli accessi al Pronto Soccorso tra la popolazione ovadese, nel quadriennio 2011-2014, hanno registrato un aumento complessivo, passando da 8.052 nel 2011 a 8.827 nel 2014 (+9,62%). Nello specifico, in base alla gravità, si sono registrati incrementi degli accessi per codice Bianco che sono passati da 168 a 328 (+95.2%), per codice Verde che sono passati da 6.831 a 7.816 (+14.4%) e per codice Rosso che sono passati da 40 a 50 (+25.0%), mentre gli accessi di codice Giallo sono calati passando da 1.013 a 633 (-37.5%).

Le variazioni (%) 2012-2013 dei Ricoveri Totali (*Ricoveri Ordinari + Day Hospital*) riferite ai grandi gruppi di cause e alle cause specifiche di malattia (diagnosi principale) hanno evidenziato le seguenti differenze percentuali di evento (tra parentesi si comparano le corrispondenti differenze percentuali di ricovero specifico nell'ambito della ASL AL).

I ricoveri per:

- **Le malattie del sistema circolatorio** sono aumentati complessivamente del 2.4% (malattie cerebrovascolari + 2.5%, malattie del circolo polmonare +6.7%).
- **I tumori maligni** sono globalmente diminuiti del 7.8% tuttavia in tale macro-categoria alcune patologie hanno fatto registrare un forte aumento (tumori maligni dell'utero +40%, tumori dell'apparato respiratorio +13.5% e tumori maligni del rene +16.7%).
- In generale, per **le malattie dell'apparato respiratorio e del sistema endocrino** sono diminuiti. Tuttavia alcune patologie comprese in queste macro-categorie hanno mostrato un trend di ricovero in aumento (malattie polmonari cronicoostruttive +2.2% e diabete mellito +52.2%).

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Sulla base dei dati epidemiologici e secondo le indicazioni della DGR - Regione Piemonte n. 12-2012 del 5 agosto 2015, relativa agli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, il Gruppo di Lavoro Ospedale-Territorio dell'ASL AL ha elaborato un piano di azione articolato su tre progetti principali, volti all'adeguamento della rete ospedaliera e alla riqualificazione territoriale con il fine ultimo di implementare la presa in carico e l'accoglienza del cittadino.

Il Progetto **P.I.C.A.S.S.O (Progetto di Integrazione della Continuità e Appropriatelyzza Socio-Sanitaria e Ospedaliera)** si compone di tre linee di azione fortemente interconnesse.

- 1. Centro di Accoglienza delle Fragilità.**
- 2. Attivazione di quattro posti letto di Osservazione Breve Territoriale (O.B.T).**
- 3. Primavengoio- Progetto per un migliore uso dei farmaci.**

3.1 CENTRO DI ACCOGLIENZA DELLE FRAGILITÀ.

Il Centro di Accoglienza delle Fragilità sarà organizzato come un **Punto Unico di Accesso** per i cittadini fragili e le loro famiglie. La gestione operativa del Centro sarà affidata al Coordinatore Infermieristico unico del Distretto e degli Ambulatori Ospedalieri del Presidio; un gestore infermieristico unico di risorse trans murarie che risponde all'obiettivo di favorire il percorso integrativo tra Ospedale e Territorio e che attiverà, se necessario, contatti con Medici di Assistenza Primaria, Medici Ospedalieri e Territoriali, Psicologi, Assistenti Sociali, Fisioterapisti, Infermieri di Famiglia.

I Farmacisti Territoriali, considerato il loro ruolo d'interfaccia con la popolazione, saranno anch'essi parte integrante poiché potranno indirizzare *i cittadini fragili* non aderenti alla terapia al Centro di Accoglienza delle Fragilità.

Le attività del Centro di Accoglienza delle Fragilità possono declinarsi nel modo che segue:

- gestione dell'accesso degli utenti e delle famiglie afferenti al C.A.F e accompagnamento ai vari servizi, siano essi sanitari o sociali.
- Segnalazione dell'utente alla struttura territoriale di cure domiciliari idonea per rispondere al bisogno assistenziale (ADI, IF, UOCP...), attraverso stretta sinergia con i MAP e le strutture ospedaliere.
- Raccolta dell'anagrafe dei pazienti segnalati dai Medici di Assistenza Primaria, dai Farmacisti Territoriali, dimessi dalle aree di degenza e/o dalle aree ambulatoriali dei Presidi Ospedalieri, al fine di una mappatura del bisogno della popolazione.
- Presa in carico della famiglia per incidere sugli stili di vita.

All'Infermiere di Famiglia sarà destinato il ruolo centrale poiché:

- supporterà il paziente a seguire il piano di cura stabilito dal medico;
- effettuerà il monitoraggio dello stato di salute;
- valuterà i bisogni assistenziali;
- promuoverà consapevolezza e responsabilità sostenendo il *self management* per il raggiungimento di un livello di salute adeguato con interventi volti al singolo e alla famiglia.

DESTINATARI

Pazienti affetti da patologie croniche cardiovascolari, metaboliche, respiratorie e neoplastiche che, per le loro condizioni di fragilità sanitaria e/o sociale, risultino fortemente a rischio di non aderenza terapeutica e farmacologica e di peggioramento del bilancio di salute. Il Medico di Assistenza Primaria valuterà lo stato di fragilità di ogni singolo paziente in riferimento a età, presenza di comorbidità, politerapie, stato funzionale e condizione socio/economica.

La popolazione di riferimento sarà composta, in prima istanza, dai pazienti afferenti all'Associazione di Medicina di Gruppo POLIMED formata da 5 Medici di Assistenza Primaria con 7500 assistiti, più un medico operante nel vicino comune di Silvano d'Orba, con possibilità di indicazione all'arruolamento anche da parte dei medici specialisti. In seguito ad una prima fase di sperimentazione, il Progetto sarà esteso ai restanti MAP dell'equipe del Distretto di Ovada.

OBIETTIVO GENERALE

Garantire la presa in carico del destinatario e della famiglia, all'interno del bilancio di salute e di malattia.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Migliorare la qualità dell'assistenza e la soddisfazione percepita dai pazienti e dai loro familiari.
- Gestire l'accesso degli utenti e delle famiglie afferenti al C.A.F e l'eventuale accompagnamento, se necessario, ai vari servizi, siano essi sanitari o sociali.
- Migliorare l'aderenza terapeutica.
- Ridurre gli accessi impropri in Pronto Soccorso.

FASI OPERATIVE DEL PROGETTO

Fasi preliminari:

- individuazione degli spazi destinati a ospitare il C.A.F., nelle sedi del Distretto Socio Sanitario di Ovada;
- formazione del personale infermieristico e medico tramite la tecnica “learning by doing”, al fine di applicare in modo ottimale il processo di assistenza infermieristica e di educazione terapeutica al singolo individuo e alla famiglia;
- creazione della cartella infermieristica di presa in carico del paziente specifica per l’I.F;
- presentazione del Progetto ai Medici di Assistenza Primaria, ai Farmacisti Territoriali, agli specialisti ambulatoriali e ospedalieri coinvolti;
- pianificazione della divulgazione dell’iniziativa alla popolazione locale.

Fasi operative:

1. individuazione dei pazienti fragili da reclutare provenienti dai Medici di Assistenza Primaria, dai Farmacisti Territoriali, dal PPI, dalla Continuità Assistenziale, dall’Area Ospedaliera, dall’Area Ambulatoriale specialistica;
2. presa in carico e valutazione dei bisogni di salute e assistenziali;
3. attivazione del percorso assistenziale;
4. eventuale attivazione, sotto indicazione del Medico di Assistenza Primaria e Medici Specialisti, dell’ Osservazione Breve Territoriale (O.B.T.);
5. verifica dei risultati attraverso indicatori di processo e di esito prestabiliti;
6. diffusione dei risultati ai Medici di Assistenza Primaria, Medici Specialisti e ai cittadini attraverso riunioni periodiche prestabilite.

INDICATORI DI PROCESSO

Il C.A.F sarà valutato attraverso indicatori specifici riferiti all'attività **di Infermieristica di Famiglia**.

1. N pazienti che hanno eseguito la visita infermieristica / N pazienti selezionati.
2. N di pazienti eligibili per O.B.T / N di pz che hanno eseguito la consulenza presso l'I.F.
3. N di pazienti fruitori dell'O.B.T / N di pz eligibili per O.B.T.

➤ **INDICATORI DI SALUTE/MALATTIA**

Patient reported outcomes:

- Questionario specifico C.A.T t0/Tot. valutazioni baseline pazienti affetti da BPCO

➤ **INDICATORI DI ADERENZA TERAPEUTICA**

Indice di Morisky:

- N. indice di Morisky t0/ Tot. valutazioni baseline pazienti presi in carico

➤ **INDICATORI DI ESITO**

- N. pz presi in carico dall'I.F. aa 2016 > N. pz presi in carico I.F. aa 2015
- N. di accessi in PS per paziente per riacutizzazione specifica patologia cronica /tot. accessi per patologie croniche
- N. accessi in Pronto Soccorso nei Presidi dell'ASL AL e ASO 2016/tot. utenti presi in carico 2016 < n. accessi in Pronto Soccorso nei Presidi dell'ASL AL e ASO 2015/tot. utenti presi in carico 2015.

3.2 ATTIVAZIONE DI N. 4 POSTI LETTO DI OSSERVAZIONE BREVE TERRITORIALE

Il Progetto prevede l'attivazione presso la S.C. Medicina Interna del Presidio Ospedaliero di Ovada di quattro posti letto per l'Osservazione Breve Territoriale (O.B.T), a gestione diretta dei Medici di Assistenza Primaria con la collaborazione del personale infermieristico territoriale e ospedaliero, quale modalità assistenziale residenziale nella rete dei servizi del Distretto.

DESTINATARI

Pazienti affetti da patologie cardiovascolari, metaboliche, respiratorie e neoplastiche che non necessitino della complessità del II livello assistenziale (ospedale per acuti) e che non possano essere indirizzati alle Cure Domiciliari, in considerazione delle particolari condizioni di fragilità sanitaria e/o sociale e, in special modo, per assenza di caregiver. Pazienti che per le loro condizioni cliniche e/o sociali sono fortemente a rischio di non aderenza terapeutica. La popolazione di riferimento sarà composta, in prima istanza, dai pazienti afferenti all'Associazione di Medicina Di Gruppo POLIMED, al Medico di Assistenza Primaria operante nel vicino comune di Silvano d'Orba e ai Medici Specialisti, che necessitano di un breve periodo di osservazione di massimo 24 ore per trattamenti quali:

- terapia endovena di breve durata, ma ripetuta nel giorno (Es. diuretici, antibiotici, terapia idropinica);
- necessità di monitoraggio clinico in assenza di caregiver;
- preparazioni per esami diagnostici (colonscopia, TC con mezzo di contrasto)

OBIETTIVO GENERALE

Garantire la presa in carico del destinatario, ottimizzando i servizi offerti dalla rete Ospedale-Territorio.

OBIETTIVO SPECIFICO

- Migliorare l'adesione terapeutica in termini di somministrazione di terapie e di valutazione diagnostica.
- Ridurre il tasso di ospedalizzazione connesso alla riacutizzazione per patologia.
- Ridurre gli accessi impropri in Pronto Soccorso.

FASI OPERATIVE DEL PROGETTO

Fasi preliminari:

- individuazione degli spazi destinati a ospitare l'O.B.T., all'interno del Presidio Ospedaliero di Ovada;
- creazione della modulistica "Proposta di inserimento paziente in Osservazione Breve Territoriale";
- creazione cartella di presa in carico O.B.T;
- presentazione del Progetto ai Medici di Assistenza Primaria, ai medici ospedalieri e agli infermieri coinvolti;
- pianificazione della divulgazione dell'iniziativa alla popolazione locale (orari, contatti, finalità e modalità di accesso);
- attivazione di 4 posti letto di Osservazione Breve Territoriale;

Fasi operative:

1. Individuazione dei destinatari/pazienti cronici a seguito di proposta attiva da parte dei Medici di Assistenza Primaria, Medici Specialisti e Infermieri coinvolti nel Progetto.
2. Compilazione da parte del Medico di Assistenza Primaria dell'impegnativa mutualistica per O.B.T.
3. Comunicazione da parte dell'I.F alla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero (D.M.P.O), Direttore SOC e CPSE Reparto Medicina Interna.
4. Compilazione del modello "Proposta di inserimento paziente in O.B.T." da parte dei Medici di Assistenza Primaria e I.F-CPSE Cure Domiciliari.

5. Accoglienza del paziente al momento dell'accesso in O.B.T da parte dell'IF con supervisione del Medico di Assistenza Primaria.

6. Gestione clinica dei pazienti arruolati, con le seguenti modalità:

- accessi diurni (garantiti in base alle necessità cliniche e assistenziali del paziente) effettuati dai Medici di Assistenza Primaria;
- accessi degli operatori infermieristici territoriali e/o ospedalieri e del personale di supporto, al fine di garantire la presa in carico complessiva per tutta la durata della permanenza in O.B.T dei pazienti.

7. Archiviazione della cartella sanitaria a carico del Distretto e del Medico di Assistenza Primaria.

Le urgenze/emergenze intraospedaliere saranno gestite secondo il "Piano di risposta alle Emergenze Cliniche Intraospedaliere Presidio di Ovada" effettuando la chiamata di emergenza al n. dedicato 6810 a seguito della quale verrà allertato il personale sanitario del 118.

INDICATORI DI PROCESSO

1. N di pazienti fruitori dell'O.B.T. / N di pz eligibili per O.B.T.
2. N accessi Medici di Assistenza Primaria nelle 24 ore rispetto a standard di riferimento.
3. N di accessi degli operatori infermieristici territoriali e del personale di supporto nelle 24 ore rispetto a standard di riferimento.

➤ **INDICATORI DI ADERENZA TERAPEUTICA**

- N. Indice di Morisky t.0/Tot. utenti (primo accesso) in Osservazione Breve Territoriale

➤ **INDICATORI DI SALUTE/MALATTIA**

Patient reported outcomes:

- N. questionari di valutazione SF36 t0/Tot. utenti (primo accesso) in Osservazione Breve Territoriale
- N. questionari specifici gradimento O.B.T. t0/Tot. utenti (primo accesso) in Osservazione Breve Territoriale

INDICATORI DI ESITO

- N ricoveri con DRG inappropriati Reparto Medicina Interna anno 2016< N ricoveri con DRG inappropriati Reparto Medicina Interna anno 2015.
- N. accessi in PS Presidio Ospedaliero di Ovada anno 2016<N. accessi in PS Presidio Ospedaliero di Ovada anno 2015.

ANALISI COSTO/EFFICACIA

3.3 PRIMA VENGOIO- PROGETTO PER UN MIGLIORE USO DEI FARMACI

Il Progetto “*Primavengoio*” si articola in due parti:

- **lo studio pilota, di tipo osservazionale prospettico (confronto prima-dopo in un unico gruppo di soggetti)**, rivolto a pazienti con malattia cronica in politrattamento farmacologico a rischio lieve/moderato di riacutizzazione. Obiettivo principale sarà l’ottimizzazione dell’aderenza, attraverso una riduzione programmata e condivisa delle terapie, consensuale al miglioramento e alla stabilizzazione clinica, raggiungibile attraverso l’attuazione di corretti stili di vita. Il programma prevede interventi attivi sullo stile di vita (alimentazione, attività fisica adattata, disassuefazione dal fumo), corsi psico-educazionali e percorsi di riabilitazione (respiratoria, oncologica). In questo percorso i malati saranno affiancati dalla figura emergente dell’Infermiere di Famiglia e dell’Infermiere specialista di settore per le attività di counselling.

- **Proritarizzazione/Deprescribing** dei farmaci alla dimissione dai reparti ospedalieri nei pazienti con età ≥ 65 anni in politerapia, secondo indicazioni *evidence based* (Criteri di Beers italiani).

Negli ultimi anni numerosi studi scientifici hanno mostrato un’aumentata prevalenza di prescrizione di farmaci considerati inappropriati nei pazienti anziani. Uno studio del Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell’Anziano, in una coorte di oltre 5.000 pazienti (età media 79 anni) ricoverati in 81 ospedali distribuiti omogeneamente sul territorio nazionale italiano, ha documentato che il 29% dei pazienti riceveva la prescrizione di almeno un farmaco inappropriato e che i pazienti con prescrizioni di due o più farmaci inappropriati aveva una più lunga degenza ospedaliera. In tale contesto, a partire da dicembre 2015, i medici del Reparto di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero di Ovada, al momento della prescrizione della terapia alla dimissione, applicheranno, secondo quanto stabilito dai criteri di Beers italiani, il *deprescribing* dei farmaci non appropriati. All’interno del progetto sarà effettuata l’analisi dei comportamenti prescrittivi dei medici, la condivisione delle evidenze in merito ai criteri guida nella prescrizione alla popolazione anziana e la messa a punto di una metodologia di revisione delle prescrizioni in atto.

Inoltre, per sensibilizzare i pazienti/caregivers sull'importanza della terapia prescritta, nella lettera di dimissione, sarà introdotto **il codice colore**: rosso (terapia salvavita da non sospendere), giallo (terapia importante sospendibile esclusivamente da parte del medico in concomitanza di specifiche situazioni), verde (terapia importante che garantisce il migliore esito del trattamento) e bianco (terapia di supporto che può variare colore secondo differenti condizioni cliniche).

DESTINATARI

- STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO

Pazienti affetti da poli-patologie cronico degenerative respiratorie, cardiovascolari, metaboliche, e neoplastiche in poli-terapia farmacologica, a rischio lieve-moderato di riacutizzazione.

I farmaci oggetto di studio saranno principalmente inalatori respiratori, anti-ipertensivi, diuretici, antidepressivi, antidiabetici, antidolorifici e inibitori di pompa protonica.

- DEPRESCRIBING

Pazienti età ≥ 65 anni in politerapia, dimessi dal reparto di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero di Ovada.

OBIETTIVO GENERALE

Sviluppare interventi attivi sullo stile di vita dei pazienti affetti da patologie croniche in poli-terapia e incrementare l'appropriatezza prescrittiva alla dimissione dai reparti ospedalieri al fine di migliorare il bilancio di salute globale e l'aderenza terapeutica dei pazienti.

OBIETTIVO SPECIFICO

- Ridurre il numero di terapie farmacologiche inappropriate prescritte a pazienti in carico presso i servizi ospedalieri e territoriali.

- Migliorare l'aderenza terapeutica.

- Aumentare la soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari.
- Ridurre la spesa farmaceutica e assistenziale.

FASI OPERATIVE

- STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO

1. individuazione dei pazienti cronici in politerapia al momento della dimissione dal reparto di degenza ordinaria, a seguito di visita specialistica ambulatoriale o del Medico di Assistenza Primaria, secondo criteri di inclusione/esclusione del *Protocollo Primavengoio*;
2. valutazione del bilancio di salute a cadenza prestabilita (basale 3-6 e 12 mesi) da parte del Medico Specialista e/o IF attraverso la compilazione delle schede apposite per patologia;
3. attivazione di programmi volti a modificare stili di vita dei pazienti ritenuti eligibili per lo studio;
4. visita specialistica con esami strumentali e/o ematici se necessario;
5. verifica dei risultati attraverso indicatori di processo e di esito.

INDICATORI DI PROCESSO

- STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO

1. N persone che prendono parte allo studio / N pazienti eligibili per il Progetto.
2. N persone che effettuano la valutazione basale / N persone arruolate.
3. N persone che effettuano follow-up a 3 mesi / N persone che avevano effettuato la valutazione basale.
4. N persone che effettuano follow-up a 6 mesi/N persone che avevano effettuato la valutazione basale
5. N persone che effettuano follow-up a 12 mesi / N persone che avevano effettuato la valutazione basale.
6. N interventi riabilitativi eseguiti/ N interventi riabilitativi programmati (per tipologia di intervento).

INDICATORI DI ESITO

- STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO

➤ INDICATORI DI ADERENZA TERAPEUTICA

- Posologia di prescrizione per paziente t.0 / Posologia di prescrizione paziente t.1-t.2-t.3 (analisi per classe farmaceutica).
- Indice di Morisky:
N pazienti aderenti a t.0 / N pazienti aderenti a t.1-t.2-t.3.

4.CRONOPROGRAMMA

	2015			2016											
	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Presentazione all'Equipe Territoriale MAP Ovada	■	■													
Diffusione alla comunità locale	■	■	■	■		■			■						
Inizio attività - Centro Accoglienza Fragilità - Primavengoio - O.B.T	■	■													
Arruolamento pazienti attivo/passivo	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Valutazione di processo				■		■			■						■
Valutazione di esito						■			■						■
Riunioni periodiche con personale coinvolto per divulgazione dati				■					■						■

Legenda:

- Primavengoio
- Tutti i progetti

5. BIBLIOGRAFIA

Agenzia Italiana del Farmaco, "L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OsMed 2014".

American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc 2012;60:616–31.

EpiCentro, <http://www.epicentro.iss.it/discussioni/croniche/intro.asp> (Accesso eseguito il 25 settembre 2015)

EpiCentro <http://www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/infoGen.asp> (Consultato il 25 settembre 2015)

Istat, La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi. Report 2013

Istat, L'Italia in cifre, 2013

Istat, Tutela della salute e accesso alle cure, 2014

Mannucci PM, Nobili A. REPOSI investigators. Multimorbidity and polypharmacy in the elderly: lessons from REPOSI. Intern Emerg Med. 2014;9(7):723–34.

Ministero della Salute, Relazione sullo Stato sanitario del Paese 2012-2013.

PiSta Piemonte Statistica <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/risultati.jsp>. (Consultato il 25 settembre 2015)

Profilo Epidemiologico di Salute" Distretto di Ovada". Report anno 2015

Regione Piemonte. Le condizioni di salute.

http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/relaz_san/salute.htm

Regione Piemonte Deliberazione della Giunta Regionale n. 12-2012: Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015. Torino, Italia, 5 agosto 2015

The United Nations 2011 political declaration on noncommunicable diseases, New York, 2011

The European House-Ambrosetti Rapporto Meridiano sanità-Le coordinate della salute, Edizioni 2013

WCRF World Cancer Research Fund International, 2007 <http://www.wcrf.org/> (Consultato il 25 settembre 2015)

World Health Organization (WHO) Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization, 2003

World Health Organization (WHO) Global recommendations on Physical activity for Health, Geneva, 2013

World Health Organization (WHO) Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Geneva: World Health Organization, 2013