

LA GOVERNANCE DELLA FRAGILITÀ SOCIO-SANITARIA NELL' ASL DI VERCELLI



Dott. Paolo RASMINI

Responsabile Progetto Paziente Fragile – ASL VC

Dott.ssa Federica RICCIO

Referente S.S. Qualità – ASL VC

INDICE

- Razionale
- **Contesto di riferimento**
- Modello operativo
- **La piramide della fragilità**
- Analisi 2015-2017
- **Modalità di accesso**
- Modalità di reclutamento
- **Obiettivi**
- Privacy
- **Strumenti a supporto**
- Conclusioni



RAZIONALE

Regione Piemonte
PAT -Piano Attività
Territoriali

Regione Piemonte
“Linee di indirizzo 2018-2019 per
il recepimento del PNC e presa in
carico della cronicità/fragilità”

29.06.15

15.09.16

03.07.18

25.03.2019

Conferenza Stato Regioni
“Piano Nazionale Cronicità”

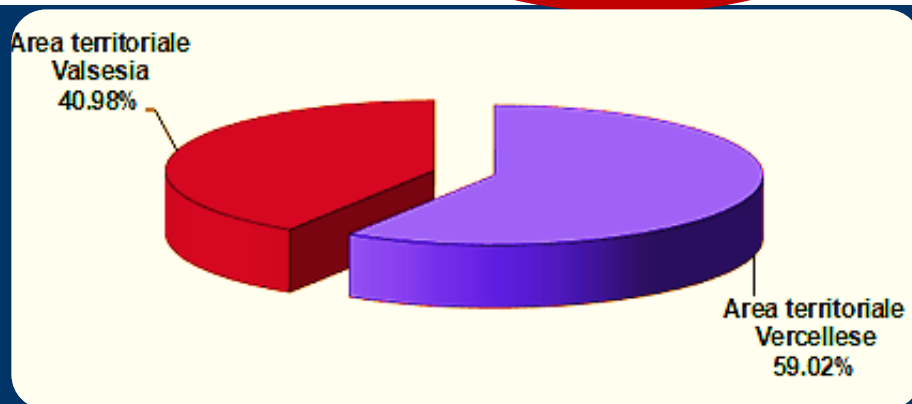
Regione Piemonte
“Piano Aziendale della
Cronicità”

CONTESTO DI RIFERIMENTO

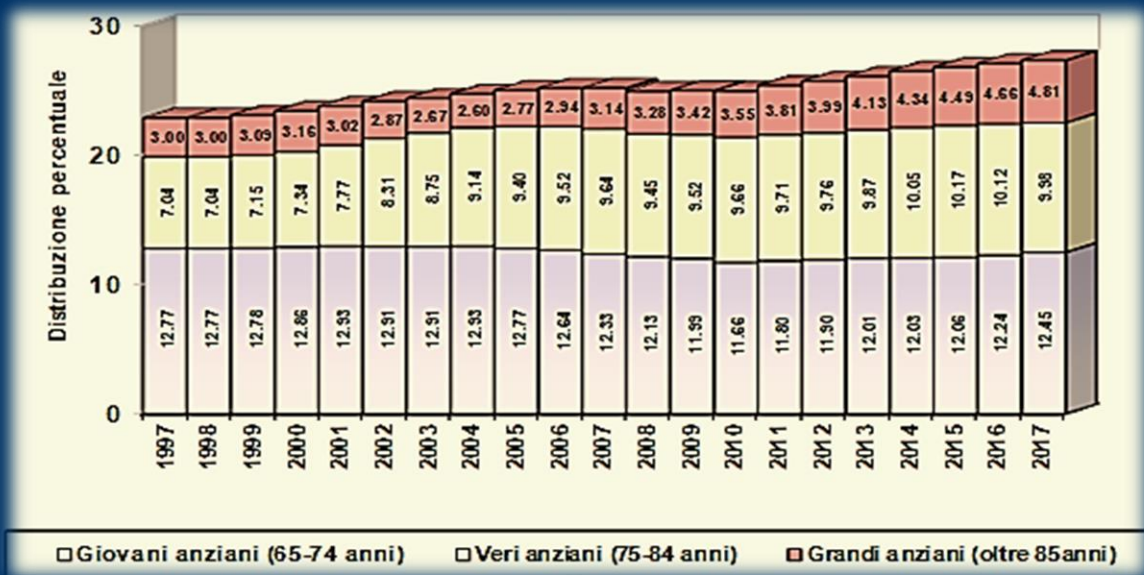
L'ASL VC si caratterizza per un assetto organizzativo ospedaliero articolato su due Presidi (Vercelli e Borgosesia) per un totale di 299 posti letto

A livello territoriale un Distretto Sanitario unico che gestisce 5 Case della Salute (Santhià, Gattinara, Varallo, Coggiola e Cigliano), 3 poliambulatori, 11 punti di accesso S.U.S.S. e 6 Consulitori

Principali caratteristiche ASL "VC"	
Superficie (km ²)	2.038
Densità (abitanti/km ²)	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



- **Indice di vecchiaia e di invecchiamento** della popolazione dell'ASL VC superiore alla MEDIA REGIONALE
- Territorio disomogeneo
- Densità abitativa molto bassa e ampie zone montane



Domanda di servizi sanitari e socio-sanitari: accessibilità, integrazione fra servizi, appropriatezza delle risposte

MODELLO OPERATIVO

- Clusterizzare i soggetti eleggibili sulla base di MACRO DETERMINANTI selezionate



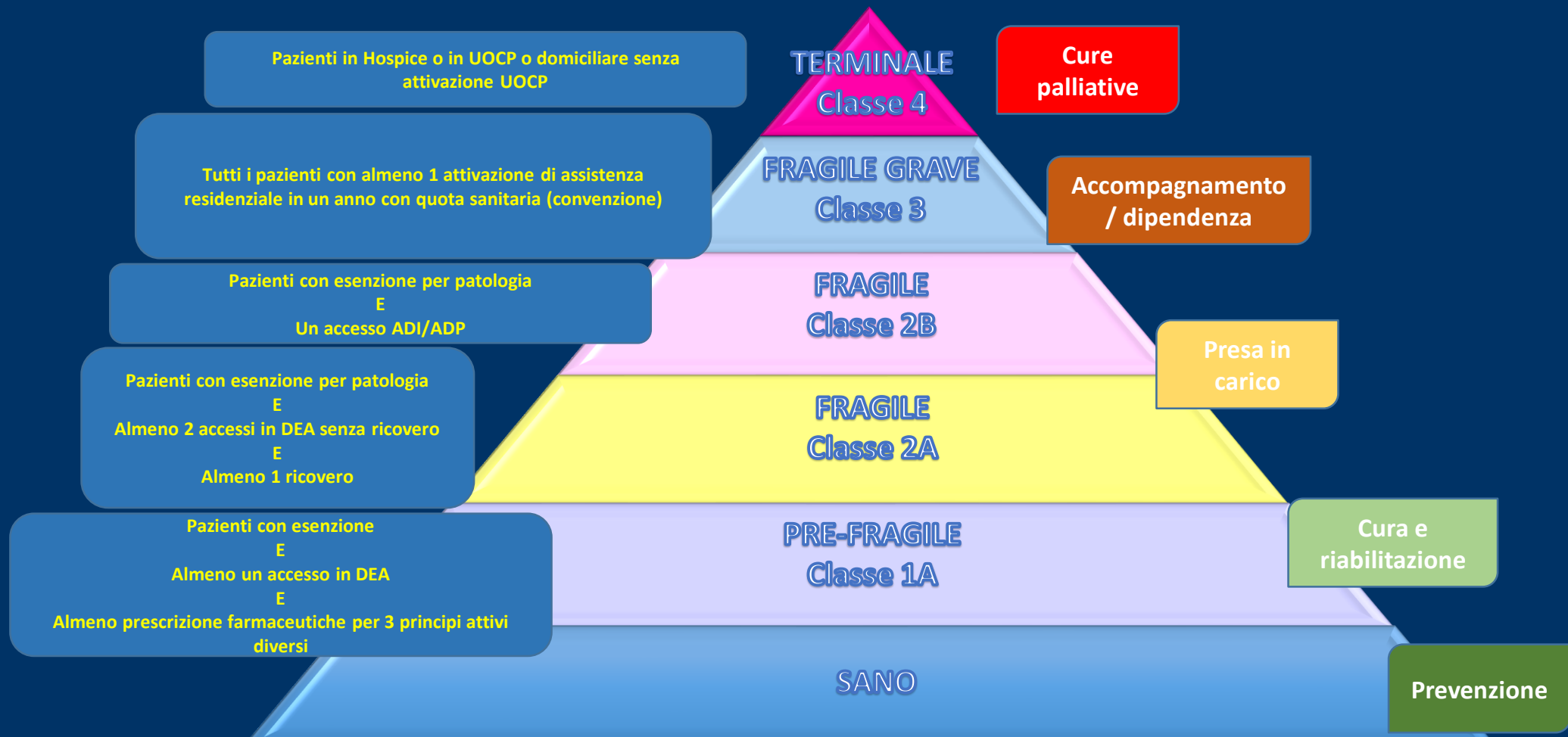
**BISOGNI ASSISTENZIALI
CONSUMO DI RISORSE
PATOLOGIE CRONICHE**



- Definizione di classi omogenee di fragilità in base alle quali attribuire **setting e modalità di presa in carico appropriati, risorse adeguate**
- Attribuzione *score* SOCIO-SANITARIO

LA PIRAMIDE DELLA FRAGILITÀ

Stratificazione della POPOLAZIONE ASL VC



Determinanti della fragilità: Esenzione per patologia cronica e/o Invalidità - Consumo farmaci (≥ 3 ATC) - Accessi in DEA/n° di ricoveri - ADI/ADP

Pazienti in Hospice o in UOCP o domiciliare senza attivazione UOCP

TERMINALE
Classe 4A (280)

Cure palliative

Tutti i pazienti con almeno 1 attivazione di assistenza residenziale in un anno con quota sanitaria (convenzione)

FRAGILE
GRAVE
Classe 3A
(770)

Accompagnamento / dipendenza

Pazienti con esenzione per patologia E
Un accesso ADI/ADP

FRAGILE
Classe 2B (900)

Preso in carico

Pazienti con esenzione per patologia E
Almeno 2 accessi in DEA non seguiti da ricovero E
Almeno 1 ricovero

FRAGILE
Classe 2A (957)

Pazienti con esenzione per patologia e/o invalidità E

PRE-FRAGILE
Classe 1A (5.326)

Cura e riabilitazione

Almeno un accesso in DEA E
Almeno prescrizione farmaceutiche per 3 principi attivi diversi (ATC)

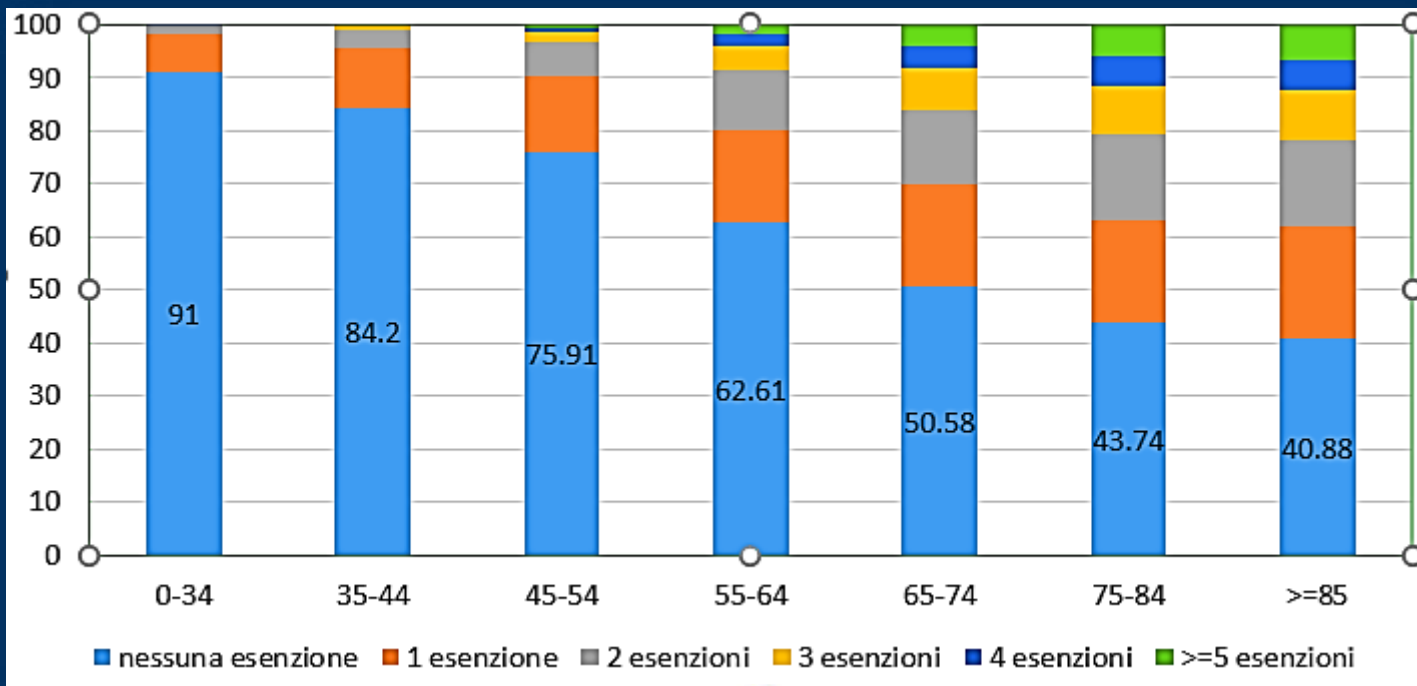
PAZIENTE MONOPATOLOGICO (40.581)

PDTA

Pazienti con esenzione per patologia cronica E
< 2 accessi in DEA E
1 ricovero (SDO)

SANO (118.963)

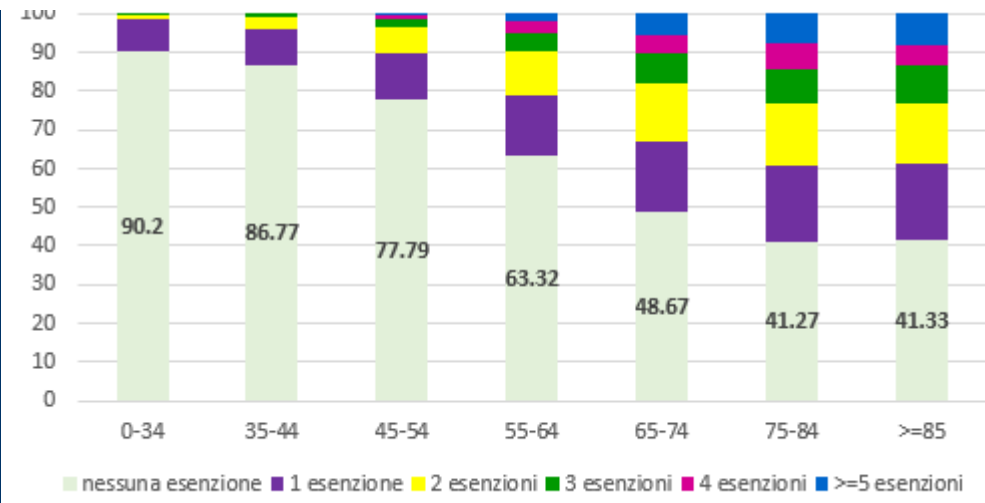
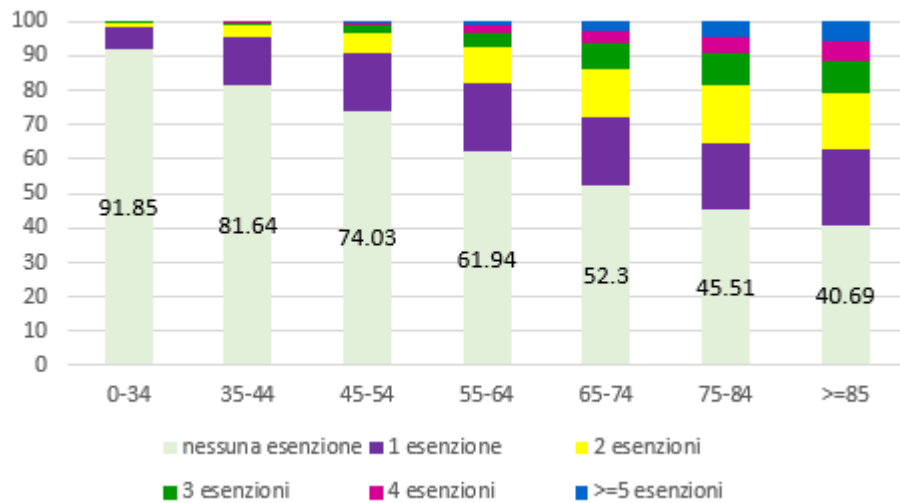
Prevenzione



N= 86.584



N=80.413



QUALE FRAGILITÀ?

Una persona 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 o psichiche, 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

Verso una definizione clinica della fragilità: utilità dell'approccio multidimensionale

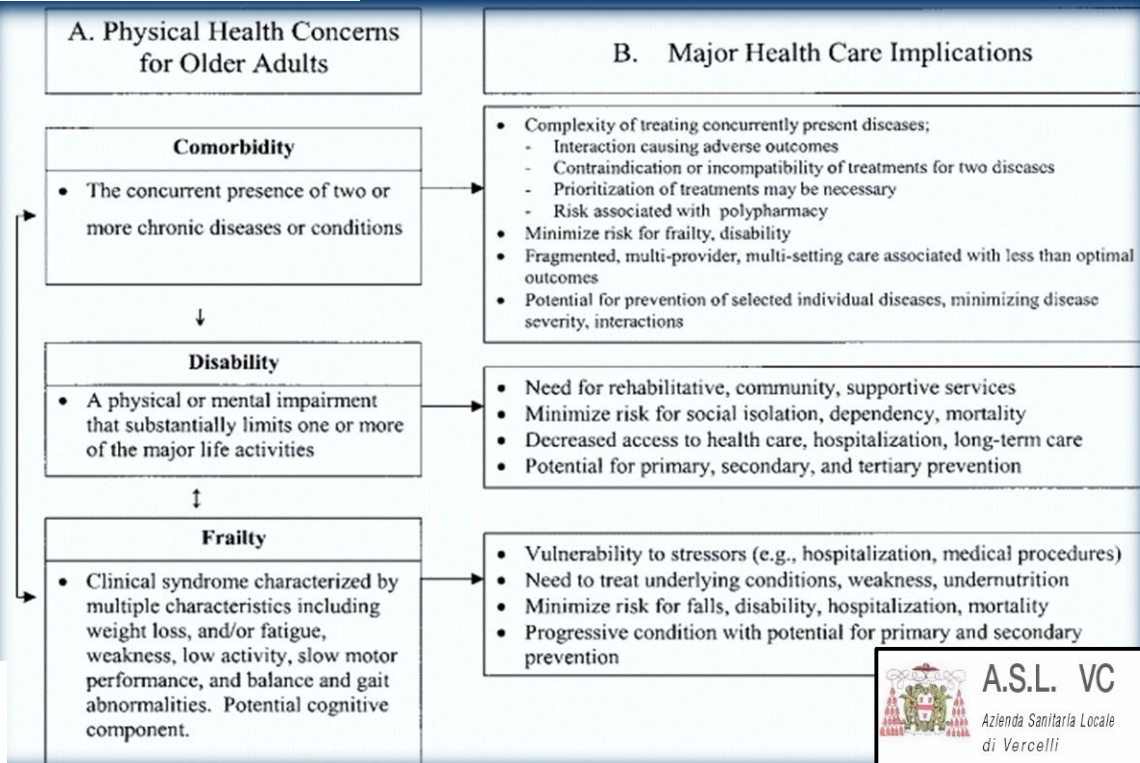
A clinical definition of frailty: usefulness of the multidimensional assessment

G GERONTOL 2011;59:125-129

CONDIZIONE DINAMICA DI
AUMENTATA VULNERABILITÀ DI
NATURA MULTISISTEMICA



Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES
2004, Vol. 59, No. 3, 255–263



ANALISI 2015-2017

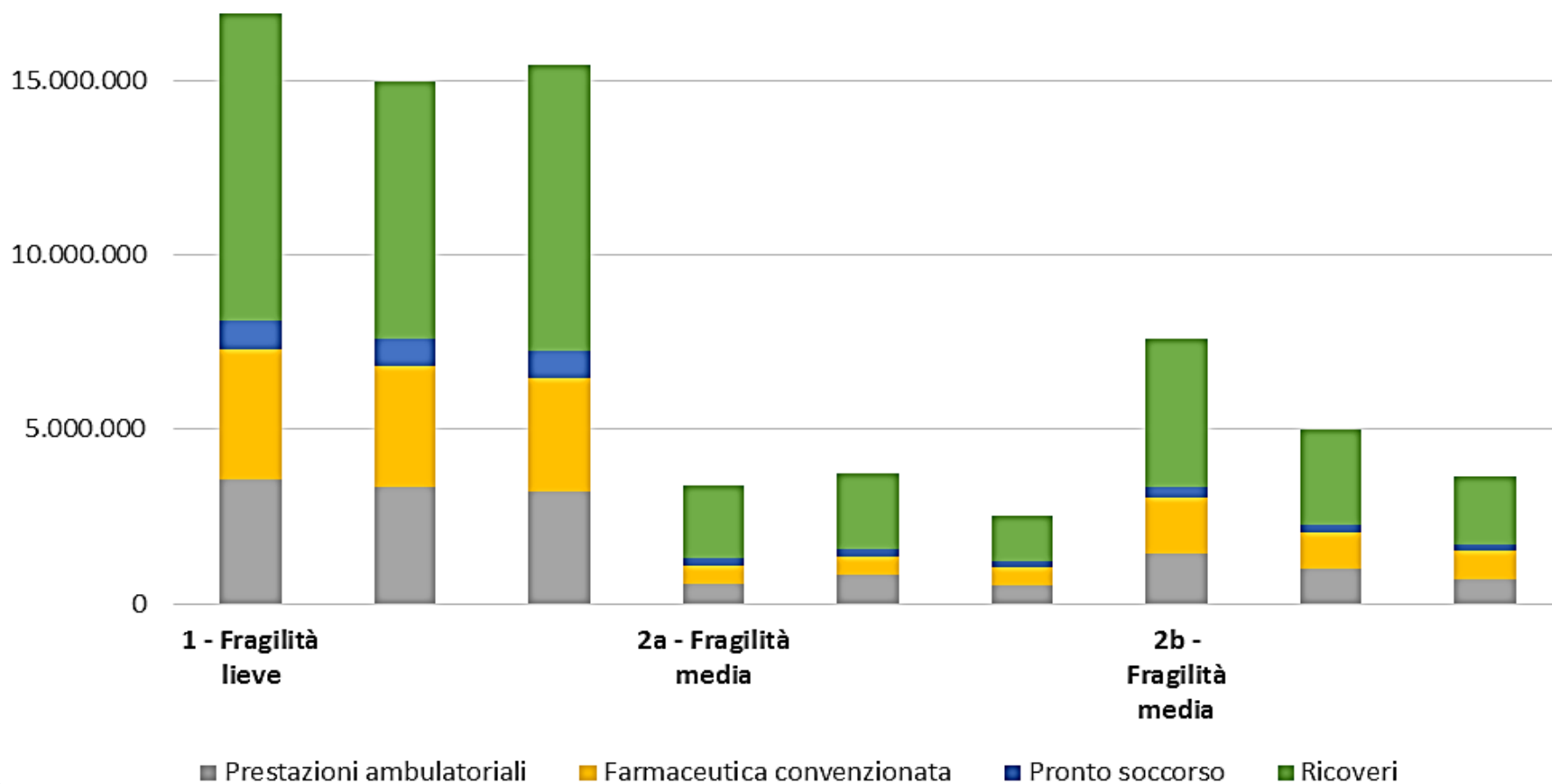
NUMERO PAZIENTI						2014	2015	2016	2017	
1	Lieve	prefragile	reversibilità	accessi in DEA, prescrizioni farmaceutiche, esenzioni	cura e riabilitazione	a) pazienti con esenzione	36.653	35.696	33.667	32.616
						E	8.643	8.591	7.826	7.360
						b) almeno un accesso in DEA	7.596	7.618	7.002	6.454
						E				
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	1.139	1.309	1.127	1.035
						E				
						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										
TOTALE						11.304	10.842	9.928	9.636	



ANNI	2014	2015	2016	2016 / 2014
POPOLAZIONE ASLVC	173.186	172.012	170.872	- 1%
% FRAGILE	6,5%	6,3%	5,8%	- 11%

ANALISI 2015-2017

Valore prestazioni erogate per pazienti fragili



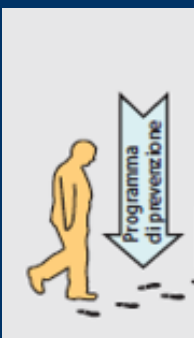
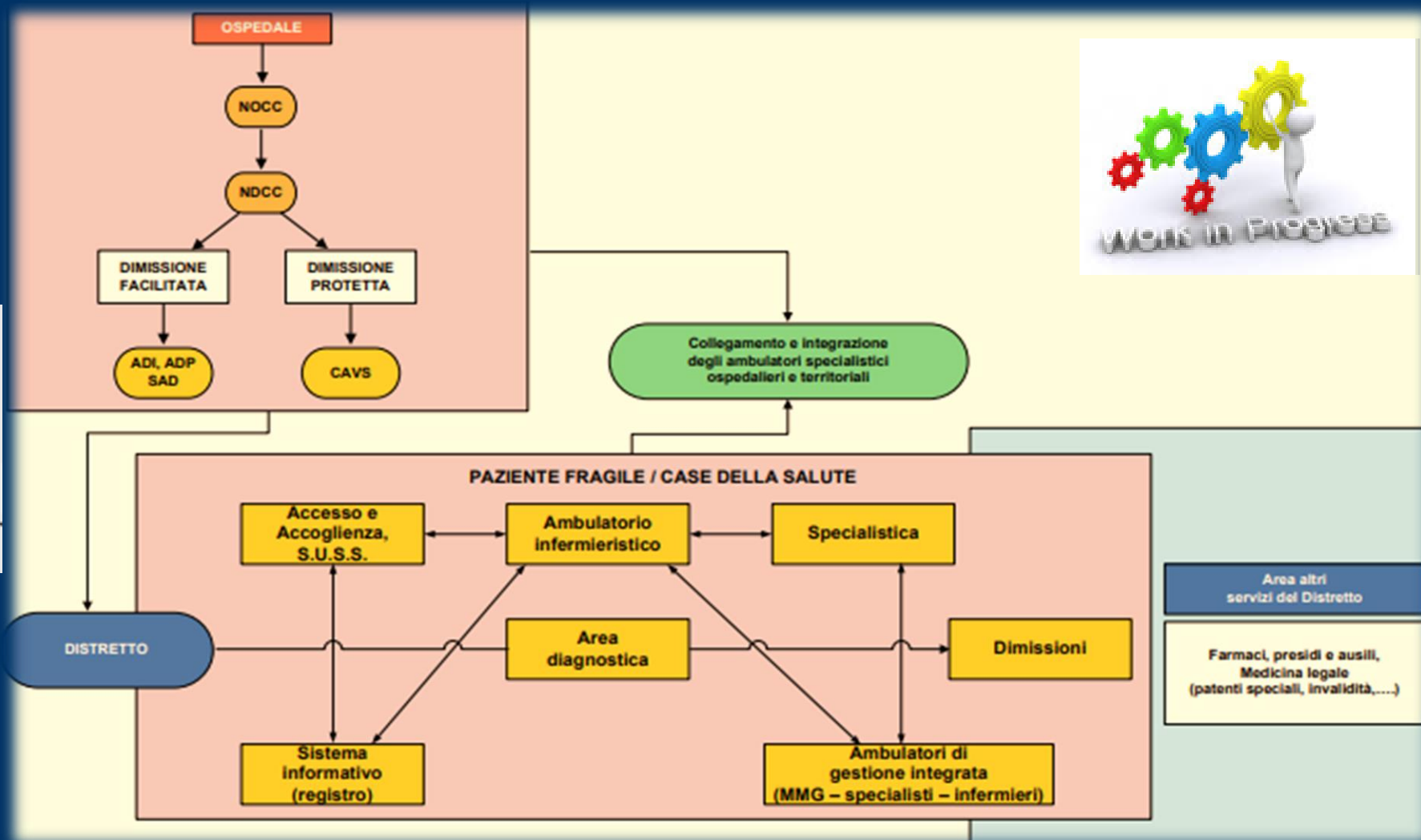
■ Prestazioni ambulatoriali ■ Farmaceutica convenzionata ■ Pronto soccorso ■ Ricoveri

lieve
1 - Fragilità

media
2a - Fragilità

media
2b - Fragilità

MODALITÀ DI ACCESSO



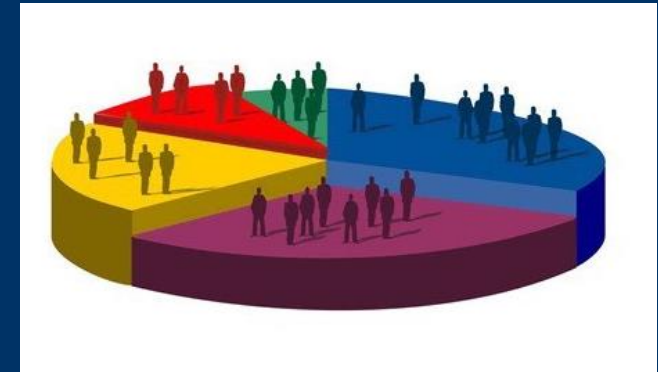
MODALITÀ DI RECLUTAMENTO

Modalità Indirette

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

Modalità Dirette

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



OBIETTIVI



- Identificare un **modello di stratificazione**
- Classificare i pazienti in funzione della **complessità assistenziale**
- Definire target di popolazione per **interventi di prevenzione e presa in carico**
- Garantire **continuità nell'assistenza** da parte di tutti i professionisti (**TMD**)
- Gestione **informatizzata e integrata** dei PDTA
- Facilitazione accesso **tramite 11 sportelli unici S.U.S.S. socio-sanitari**

OBIETTIVI



- Riduzione degli **accessi inappropriati in PS**
- Favorire **la deospedalizzazione precoce (DF/DP)**
- **Costruzione dell'anagrafe della fragilità socio-sanitaria** attraverso la classificazione dei pazienti secondo indicatori socio-sanitari condivisi tra enti gestori e ASL
- Migliore **riallocazione delle risorse** disponibili
- Favorire il passaggio **dalla medicina di attesa a quella di iniziativa**, coinvolgendo i MMG/PLS

PRIVACY

Passaggio dati ASL → Personale Sanitario SSN



Passaggio ASL → MMG/PLS



Condivisione dati strutture non sanitarie (EEGG) →



TEMA RILEVANTE CHE RICHIEDE RISPOSTE IN TEMPI BREVI

STRUMENTI A SUPPORTO

Quali PDTA

- SCOMPENSO CARDIACO
- DIABETE
- BPCO
- IRC

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (G)	PROBABILITA' DI ACCADIMENTO (F)	VALUTAZIONE DEL RISCHIO
- Basso (1) - Moderato (2) - Grave (3) - Molto grave (4)	- Basso (1) - Moderato (2) - Alto (3) - Molto alto (4)	- Basso [1 à 4[- Moderato [4 à 8[- Grave [8 à 12[- Molto grave [12 à 16]
2	2	4
3	3	9
2	4	8
1	3	3

La sicurezza è la capacità di minimizzare il rischio clinico

Analisi dei COSTI *standard*

Agende dedicate?

Aderenza al PDTA

TMD (Team Multiprofessionale/Multidisciplinare)

IFeC

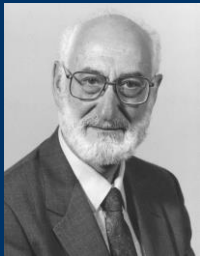
- Ruolo attivo nella presa in carico del paziente fragile
- Attività di promozione e prevenzione
- Gestione PDTA /PAI

PER OGNI PDTA VERRÀ EFFETTUATA UN'ANALISI DEL RISCHIO

Sistema di misurazione multidimensionale: indicatori di STRUTTURA,PROCESSO,ESITO

- Gli indicatori previsti nell'INDICE richiedono un'estesa adesione al PAC da parte di tutti i MMG
- Indispensabile aggiornare e rendere interoperabili i sistemi informativi

“Un dato diventa un'informazione quando è capace di modificare la probabilità delle decisioni”



Avedis Donabedian, 1996

INDICATORI DI PROCESSO

Alcuni esempi...

- Adesione a PDTA (% soggetti inclusi nei PDTA/ % soggetti eleggibili)
- Copertura della presa in carico dei pazienti fragili (n°pz fragili assegnati al case manager/ totale pazienti fragili) *100
- Adesione agli interventi individuali di prevenzione (n° di soggetti aderenti/ n°soggetti invitati)
- Coinvolgimento dell'IfeC alla stesura del PAI da parte del MMG (n° dei PAI compilati in condivisione con MMG/ tot. PAI compilati) *100

INDICATORI DI ESITO

- Riduzione accessi in PS
- Riduzione della fragilità (numero di utenti fragili in classe 2 A che transitano in classe I A/totale utenti in classe 2 A)
- Gradimento del Servizio da parte del paziente (N°utenti che esprimono un giudizio complessivo buono/ottimo / N° questionari compilati) *100
- Riduzione della spesa farmaceutica
- Riduzione n° prestazioni specialistiche



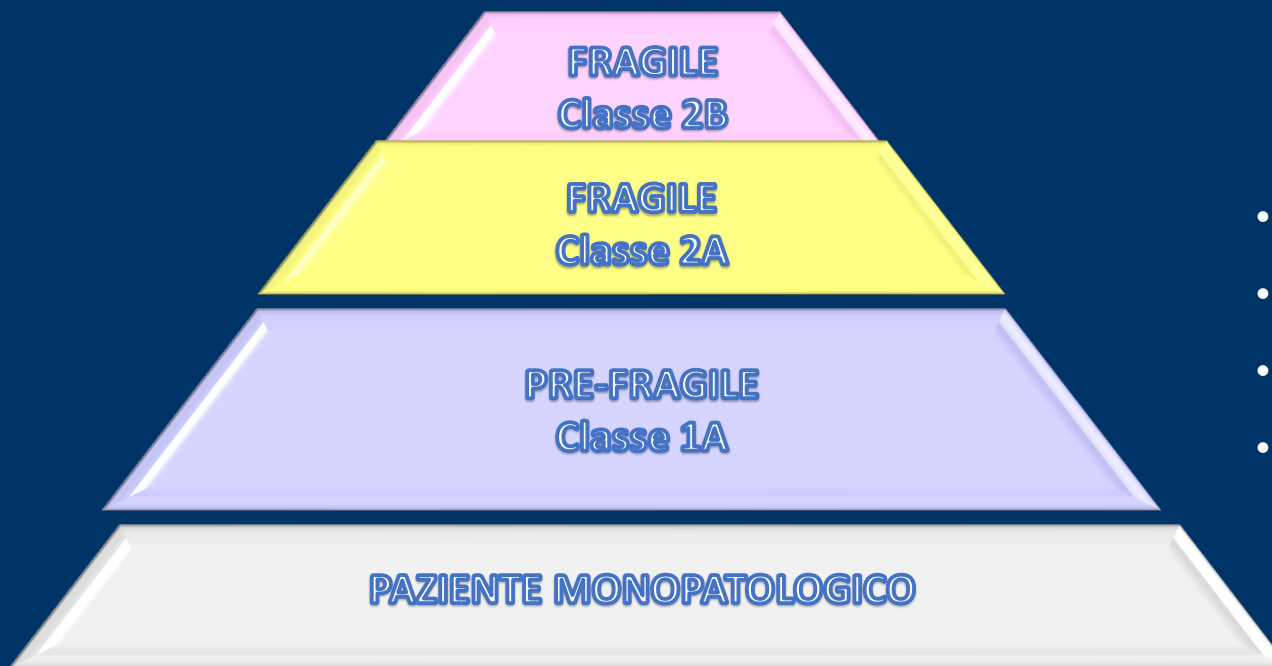
- **Tempestività di accesso**
(n° malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione e il ricovero in Hospice è ≤ 3 giorni [nдр: lavorativi] / n° malati ricoverati e con assistenza conclusa)
- **Rispetto Priorità**
(n° malati per i quali è stata rispettata la gestione della lista d'attesa per il ricovero in Hospice)



- **RSA**
(N° visite ispettive attuate / n° visite ispettive programmate)



- **Adesione agli interventi individuali di prevenzione**
(n° di soggetti aderenti / n° soggetti invitati)



- Presa in carico dei pazienti fragili
*(n° pz fragili assegnati al case management/ totale pazienti fragili)*100*
- Riduzione della spesa farmaceutica
- Riduzione n° prestazioni specialistiche
- Riduzione accessi impropri in PS
- Riduzione della fragilità
(numero di utenti fragili in classe 2 A che transitano in classe 1 A/ totale utenti in classe 2 A)
- Gradimento del Servizio da parte del paziente
*(N° utenti che esprimono un giudizio complessivo buono/ottimo / N° questionari compilati) *100*

	Experience	Outcome	Adherence
<u>Patients</u>	<u>PREMs</u>	<u>PROMs</u>	...
<u>Caregivers</u>
<u>Professionals</u>

Patient-reported outcomes in multimorbidity intervention research: A scoping review

Maxime Sasseville^{a,*}, Maud-Christine Chouinard^{b,c,d}, Martin Fortin^{a,c,d}

^a Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

^b Département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi, Québec, Canada

^c Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

^d Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Chicoutimi, Québec, Canada

M. Sasseville et al.

International Journal of Nursing Studies 77 (2018) 145–153



Fig. 2. Number of studies reporting an outcome category.

CONCLUSIONI

- Nuovi modelli organizzativi di presa in carico
- Potenziare il sistema della dimissione precoce e dell'ospedalizzazione evitabile
- Profilazione dei rischi per PDTA: costruzione FMEA
- Valorizzazione del «TMD della fragilità»: delineare funzioni, responsabilità e ambiti di competenza di tutti i soggetti coinvolti nei TMD
- Dalla prestazione alla «*performance*»: la Rete dei Servizi
- Reingegnerizzare attività e processi
- DALLA MISURAZIONE ALL'INTERVENTO: LA CHIAVE PER IL GOVERNO DELLA SANITÀ: Misurare per Conoscere, Conoscere per Valutare, Valutare per Decidere, Decidere per Intervenire



