

# 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”

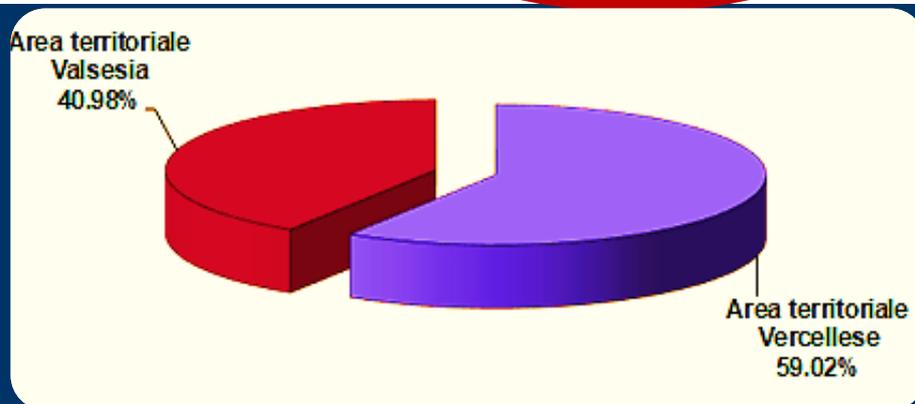
Regione Piemonte  
“Piano Aziendale della  
Cronicità”

# CONTESTO DI RIFERIMENTO

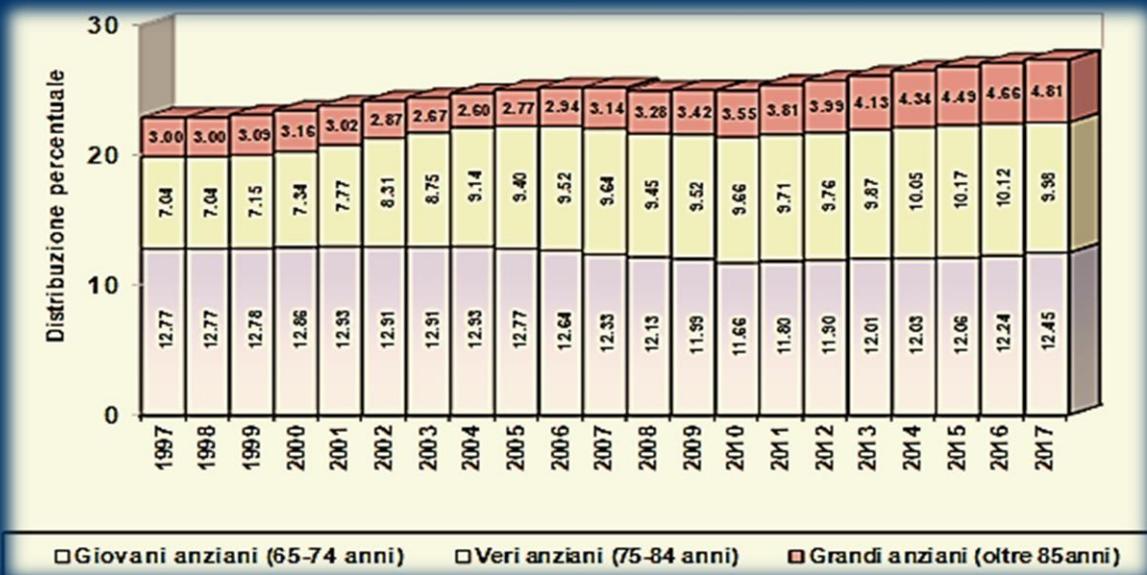
L'ASL VC si caratterizza per un assetto organizzativo ospedaliero articolato su due Presidi (Vercelli e Borgosesia) per un totale di 299 posti letto

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 <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 ‰
Tasso 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



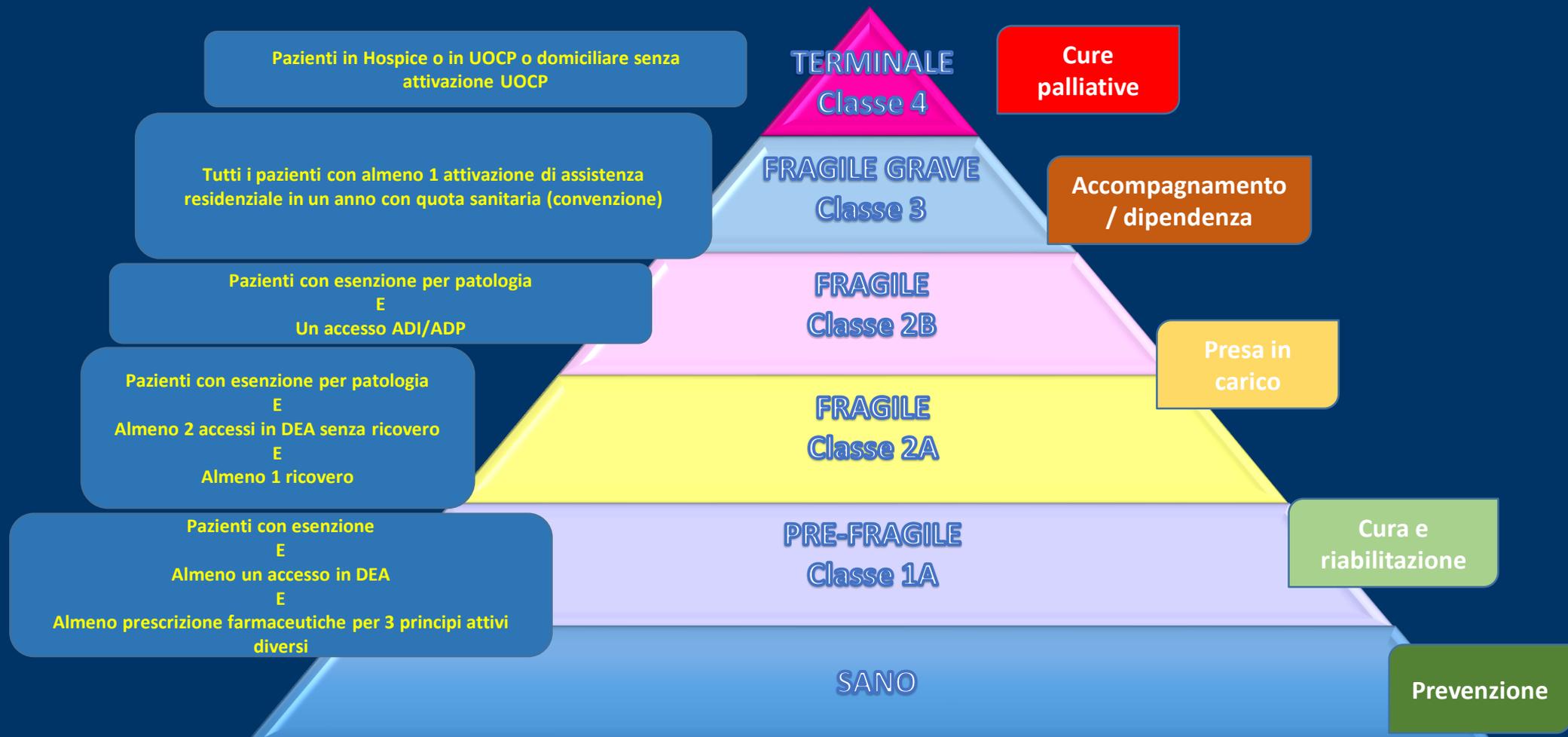
**BISOGNI ASSISTENZIALI  
CONSUMO DI RISORSE  
PATOLOGIE CRONICHE**



- 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 ( $\geq 3$  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)

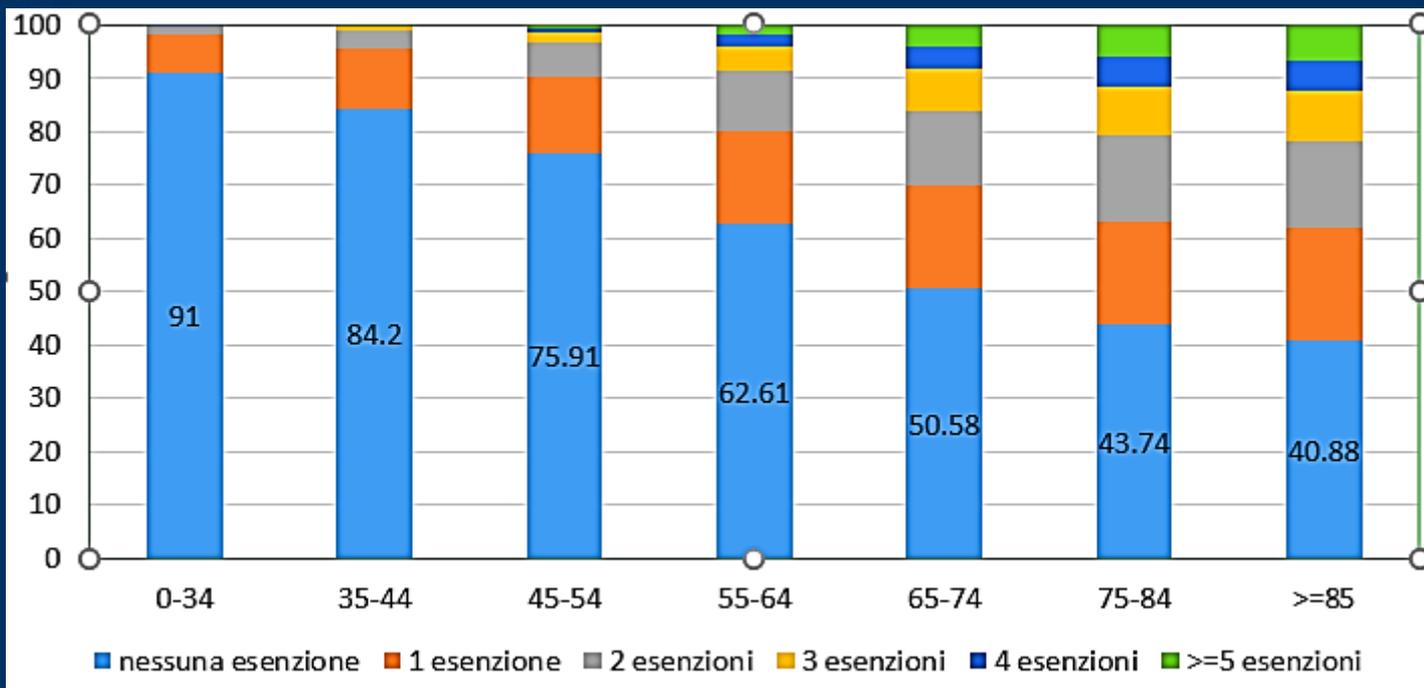
PAZIENTE MONOPATOLOGICO (40.581)

PDTA

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

SANO (118.963)

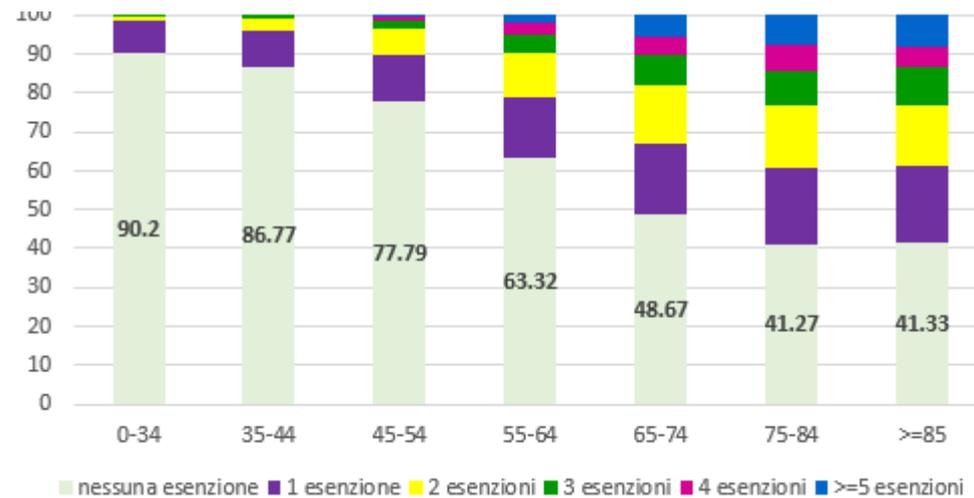
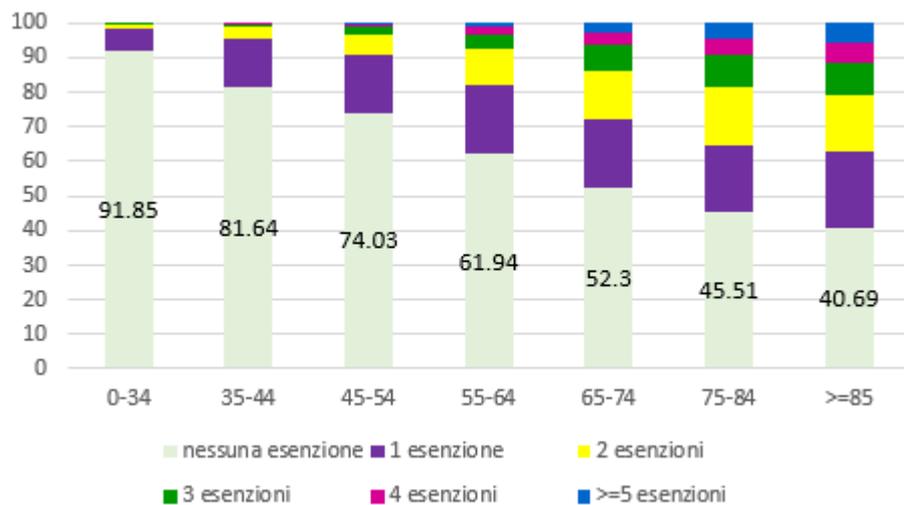
Prevenzione



**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

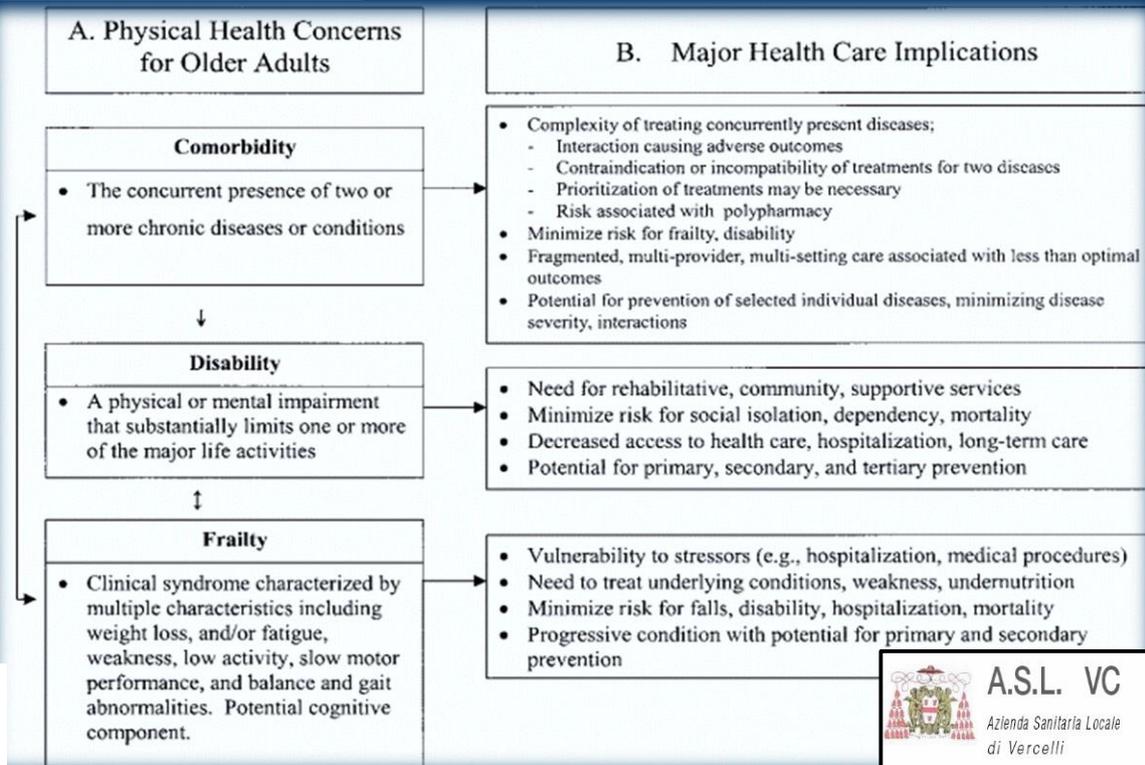
A clinical definition of frailty: usefulness of the multidimensional assessment

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

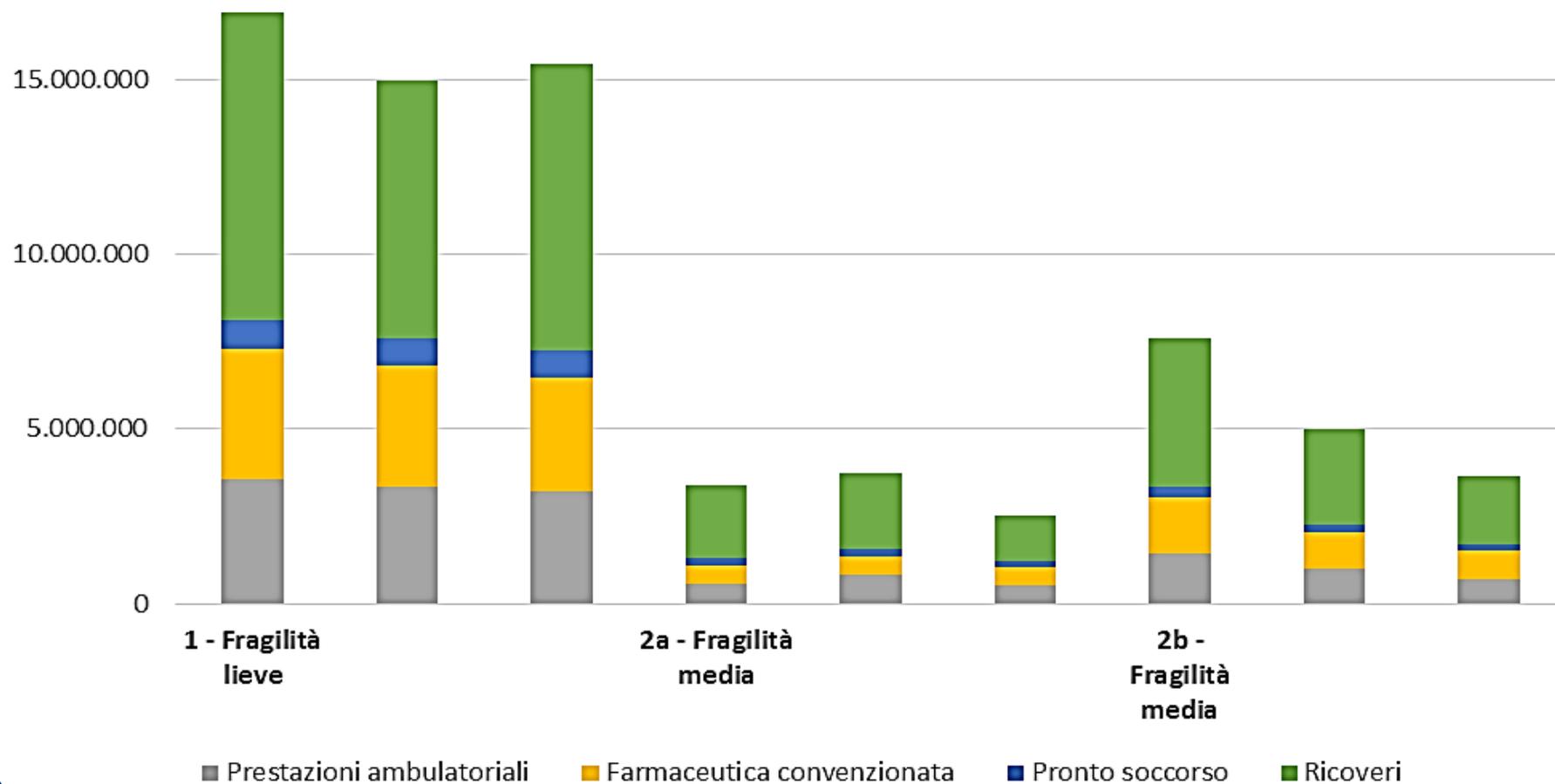
NUMERO PAZIENTI						2014	2015	2016	2017	
1	Lieve	prefragile	reversibilità	accessi in DEA, prescrizioni farmaceutiche, esenzioni	cura e riabilitazione	a) pazienti con esenzione	36.653	35.696	33.667	32.616
						E	8.643	8.591	7.826	7.360
						b) almeno un accesso in DEA	7.596	7.618	7.002	6.454
					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



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



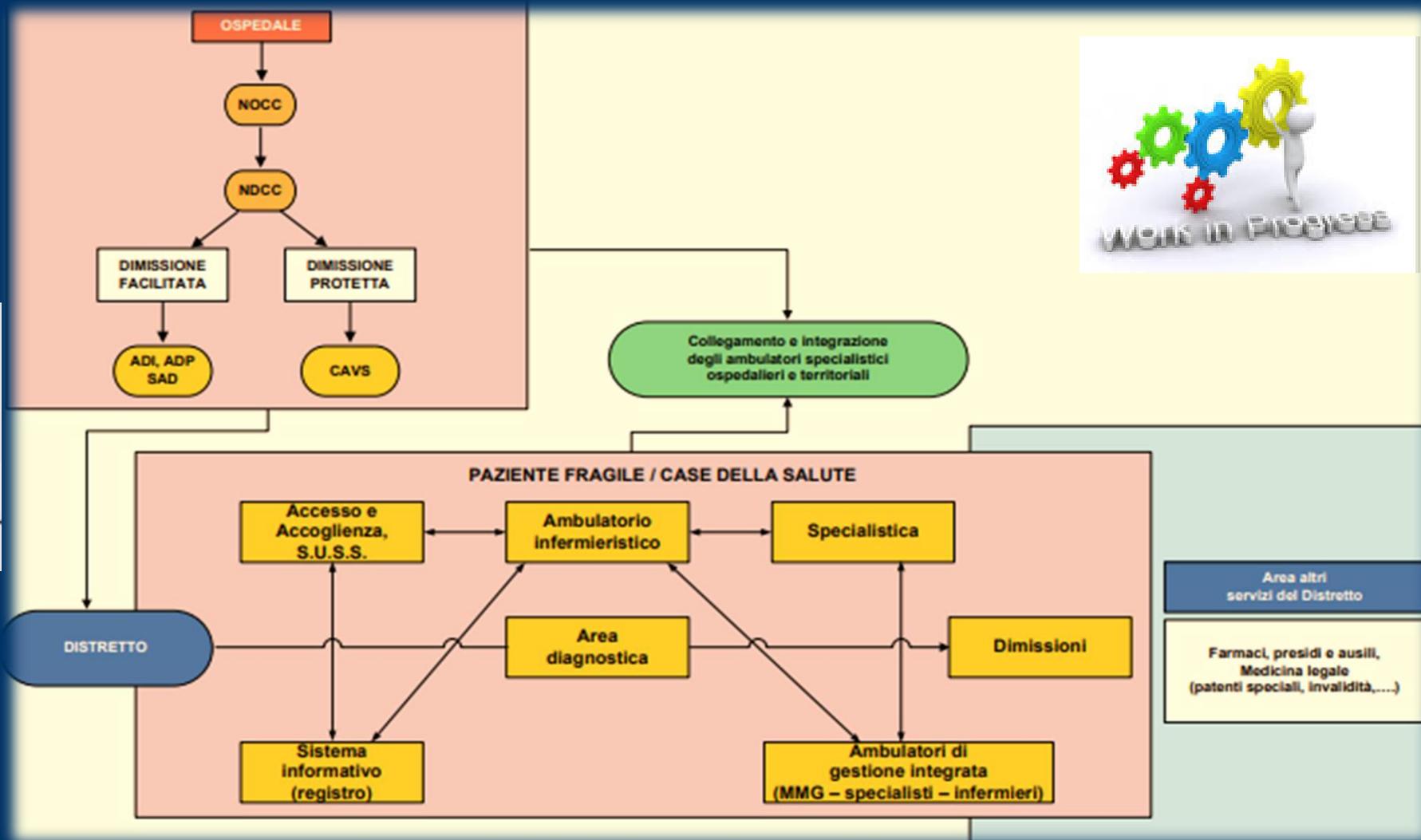
■ Prestazioni ambulatoriali ■ Farmaceutica convenzionata ■ Pronto soccorso ■ Ricoveri

1 - Fragilità lieve

2a - Fragilità media

2b - Fragilità media

# MODALITÀ DI ACCESSO



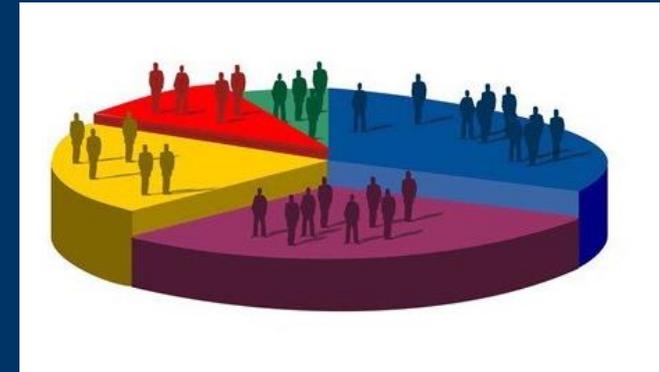
# MODALITÀ DI RECLUTAMENTO

## 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

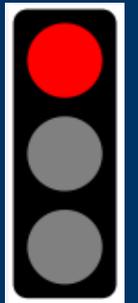
Passaggio dati ASL → Personale Sanitario SSN



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

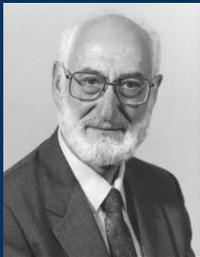
**PER OGNI PDTA VERRÀ EFFETTUATA UN'ANALISI DEL RISCHIO**



# 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



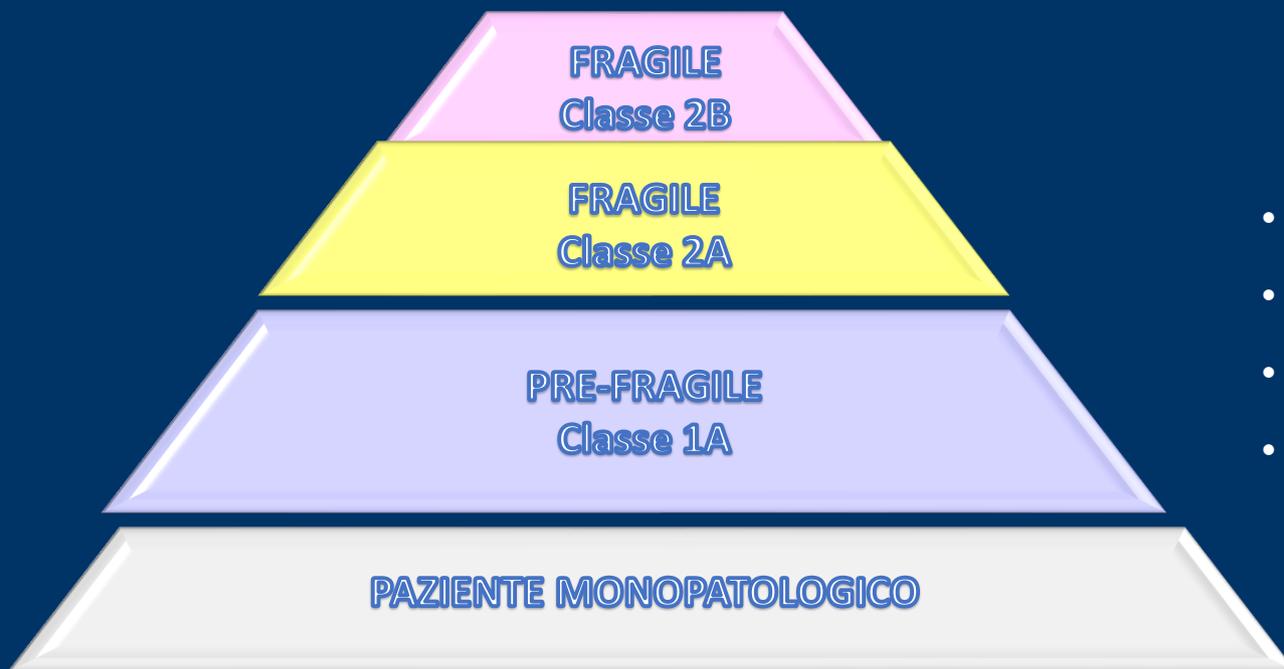
- **Tempestività di accesso**  
*(n° malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione e il ricovero in Hospice è  $\leq 3$  giorni [nдр: lavorativi] / n° malati ricoverati e con assistenza conclusa)*
- **Rispetto Priorità**  
*(n° malati per i quali è stata rispettata la gestione della 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>	PREMs	PROMs	...
<u>Caregivers</u>	...	...	...
<u>Professionals</u>	...	...	...

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

Maxime Sasseville<sup>a,\*</sup>, Maud-Christine Chouinard<sup>b,c,d</sup>, Martin Fortin<sup>a,c,d</sup>

<sup>a</sup> Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

<sup>b</sup> Département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi, Québec, Canada

<sup>c</sup> Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

<sup>d</sup> 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

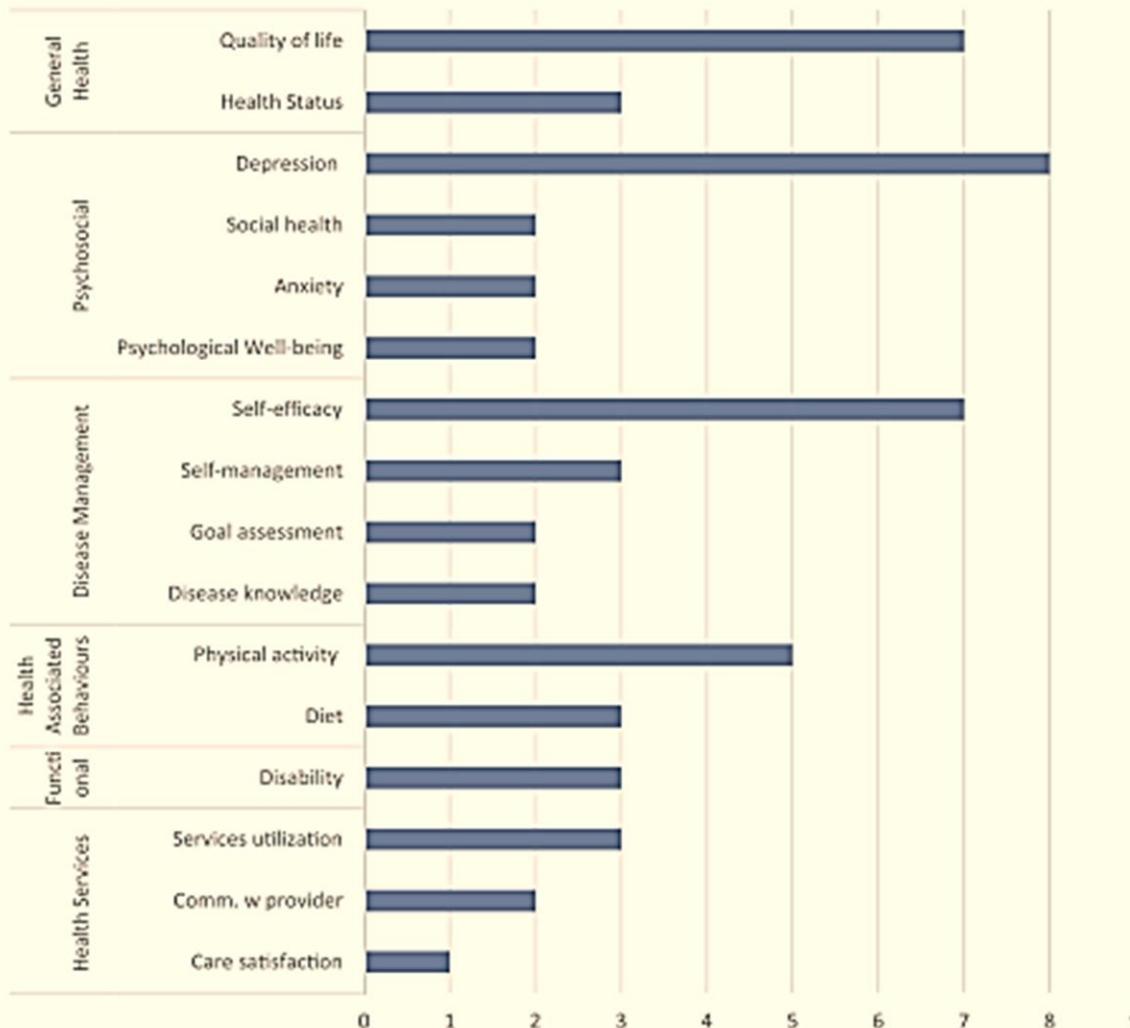


Fig. 2. Number of studies reporting an outcome category.

# 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



