

Verso una gestione integrata della cronicità: il progetto P.I.C.A.S.S.O. a sei mesi dall'avvio. Esperienza dell'ASL di Alessandria (Regione Piemonte)

Towards an integrated management of chronic diseases: P.I.C.A.S.S.O. project results for the first six months. Experience of the Health Local Unit of Alessandria (Piemonte Region)

Viola Amprino¹, Elide Azzan², Maria Elisena Focati³, Maria Rosaria Gualano⁴, Alessia Piacenza⁵, Simone Lazzaro Porretto⁶, Roberta Siliquini⁴, Roberto Stura⁷, Paola Varese⁸, Gilberto Gentili⁹

1. *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva-Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino*

2. *Direzione Sanitaria ASL Alessandria*

3. *Direzione delle Professioni Sanitarie ASL Alessandria*

4. *Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino*

5. *Dipartimento Strutturale della Riabilitazione-Fragilità-Continuità Assistenziale Presidio Ospedaliero Ovada ASL Alessandria*

6. *Direzione Presidi Ospedalieri ASL Alessandria*

7. *Coordinamento Distretti ASL Alessandria*

8. *S.C. Medicina Generale Presidio Ospedaliero Ovada ASL Alessandria*

9. *Direzione Generale ASL Alessandria*

Parole chiave: fragilità; anziani; modelli assistenziali.

Obiettivi: il Progetto è volto al potenziamento della presa in carico del cittadino fragile (età, patologie croniche, caratteristiche socio-economiche, assunzione di politerapie) nell'attuazione del concetto di rete assistenziale intesa come collaborazione multiprofessionale secondo criteri di appropriatezza clinica e organizzativa.

Metodi: il Progetto si articola su tre linee: 1) *Centro di Accoglienza delle Fragilità (C.A.F.)*, 2) *Osservazione Breve Territoriale (O.B.T.)* e 3) *Progetto di ricerca Prima vengo io! Per un migliore uso dei farmaci*. Il Distretto di Acqui Terme/Ovada, considerate le caratteristiche epidemiologiche e l'avvio dell'Infermiere di Famiglia (I.F.), è stato

Autore per corrispondenza: viola.amprino@unito.it

scelto per la fase sperimentale della durata di un anno, iniziata a dicembre 2015.

- 1) Il C.A.F. rappresenta un Punto Unico di Accesso sul territorio in cui trova collocazione l'Infermiere di Famiglia.
- 2) I posti letto di O.B.T. attivati presso la Struttura Complessa di Medicina Generale sono gestiti dai Medici di Assistenza Primaria (MAP) e da personale infermieristico; l'osservazione non può superare le 24h.
- 3) Il Progetto di ricerca *Primavengoio!* ha l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica nei pazienti anziani in politerapia attraverso un'azione di *deprescribing* (Criteri di Beers).

Risultati: gli utenti presi in carico dall'I.F. nei primi sei mesi sono stati: 38 con diabete, 26 scompenso circolatorio, 14 BPCO e 13 altro (pazienti presi in carico provenienti da altre declinazioni progettuali) (età media 80 ± 11.9). I pazienti afferenti all'O.B.T. sono stati 25 (13 osservazioni cliniche, 5 trasfusioni, 4 somministrazioni terapie e 3 preparazioni per esami diagnostici) con durata media dell'osservazione $6h49 \pm 6.0$ e età media 73.6 ± 18.8 . Nell'ambito del *deprescribing* sono state analizzate n.414 lettere di dimissione (criteri di esclusione: decesso n.43, ricovero >1 n.3, lungodegenti n.25, *missing* n.42) e considerate per l'analisi n.301. L'analisi multivariata ha mostrato che la degenza ≥ 21 giorni (OR=2.58 IC=1.20-5.54), aumenta significativamente la probabilità di assumere una politerapia alla dimissione.

Conclusioni: la gestione integrata del paziente fragile con cronicità è auspicabile per potenziare la presa in carico.

Key words: fragile; elderly people; health care models

SUMMARY

Objectives: the project aims to implement a multi-professional clinical network based on clinical and organizational appropriateness in order to intake fragile citizens (age, chronic diseases, socioeconomic status, use of polypharmacy).

Methods: the Project consists of three lines: 1) Fragile Centre (F.C.), 2) Brief Territorial Observation (B.T.O.) and 3) Observational Research *I come first! For better use of medicines*. The District of Acqui Terme/Ovada, given the epidemiological characteristics and the ongoing project of the Family and Community Nurse (F.N.) has been chosen for the pilot phase lasting one year (started on December 2015).

- 1) The F.C. is a Unique Access Point in the territory and with a Family and Community Nurse.
- 2) The B.T.O. beds activated at the ward of General Medicine are managed by Family Doctors and nursing staff; the observation can not exceed the 24 hours.
- 3) The research project *I come first!* aims to improve therapeutic adherence in elderly patients in polytherapy through deprescribing action (Beers Criteria).

Results: patients taken in charge by the F.N. in the first six months were: 38 with diabetes, 26 heart failure, 14 COPD and 13 other (patients taken in charge from others lines of the Project) (mean age 80 ± 11.9). The patients referred to the B.T.O. were 25 (13 clinical observations, 5 transfusions, 4 therapy administration and 3 preparations for diagnostic tests) with a mean 6 h observation time. 49 ± 6.0 and mean age 73.6 ± 18.8 . Within the context of deprescribing we have been analyzed n.414 discharge letters (exclusion criteria: deaths=43, hospitalization >1 =3, long-term patients=25, missing=42) and we have been considered for analysis n.301. Multivariate analysis showed that the length of hospital stay ≥ 21 days (OR=2.58 CI =1.20 to 5.54), significantly increases the likelihood of taking multiple medications at discharge.

Conclusions: the integrated management of the patient with chronic illness is desirable to improve the care.

1. Introduzione

1.1. Contesto Epidemiologico

La transizione epidemiologica, caratterizzata principalmente dal progressivo invecchiamento della popolazione, interessa il Piemonte analogamente al contesto europeo e nazionale.

L'invecchiamento della popolazione conseguente alle migliori condizioni di salute, si è tradotto in un cambiamento dello scenario epidemiologico, caratterizzato da un aumento della prevalenza e dell'incidenza delle patologie cronic-degenerative. Secondo le rilevazioni ISTAT (ISTAT, 2011) il 38.6% dei residenti, in Italia, soffre di almeno una patologia cronica e il 20.1% della popolazione dichiara di avere almeno due patologie croniche (1). Considerando le fasce d'età più anziane, le percentuali salgono in modo evidente: secondo gli ultimi dati (2013) si dichiara affetto da almeno due malattie croniche il 48.7% delle persone dai 65 ai 74 anni ed il 68.1% di quelle ultrasettantacinquenni (2).

Le modifiche demografiche ed epidemiologiche illustrate hanno richiesto un'inversione di tendenza culturale e un adeguamento delle risposte assistenziali. A fronte di una medicina sempre più specializzata, i pazienti cronici necessitano di risposte integrate e multidisciplinari, trasversali ai diversi ambiti di assistenza (1).

In tale panorama si è sviluppato il paradigma della *medicina di iniziativa* con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali (*self care* e *family learning*) e sociali a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità. Concetto opposto a quello dell'assistenza ospedaliera per cui prevale il paradigma dell'attesa con il quale si evidenzia un modello assistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento "nuovo" e con caratteristiche prevalentemente di acuzie, di urgenza od emergenza.

I due paradigmi confluiscono e intervengono nel creare una rete unica con l'obiettivo di garantire la presa in carico globale della persona e la continuità nelle cure (3).

Il modello di riferimento della sanità d'iniziativa è il *Chronic Care Model (CCM)* un approccio assistenziale innovativo, sviluppato negli anni '90 dal professor Wagner in California, che pone il paziente, adeguatamente formato e sensibilizzato, al centro di un modello multiprofessionale basato sull'interazione tra diversi operatori sanitari (4-7).

Il *Chronic Care Model*, in tutte le sue varianti, si struttura su alcuni elementi fondamentali:

- la valutazione dei bisogni assistenziali della comunità attraverso l'analisi dei fattori che determinano le condizioni di salute;
- l'organizzazione dei servizi sanitari per aumentare le capacità di risposta ai cittadini affetti da patologie croniche;
- il coinvolgimento dei cittadini per diffondere la conoscenza delle malattie e la capacità di autogestione delle stesse;
- la programmazione degli interventi (prevenzione, diagnosi, cura e controlli) per migliorare la gestione delle malattie croniche in tutti i loro stadi;
- la definizione di percorsi assistenziali per le malattie croniche;
- il supporto dei sistemi informatici per ottimizzare la raccolta e la gestione dei dati clinici.

La variante americana denominata *Kaiser Permanente* (8), per garantire la sostenibilità economica del sistema, identifica tre livelli differenti di bisogni assistenziali ai quali corrispondono risposte

diversificate, costituite dai seguenti approcci chiave:

1. *Self Care and Self Management*: sostenere le persone nell'assumere un ruolo attivo nella cura di sé e aiutarle nell'adottare misure che possano prevenire un peggioramento di queste condizioni;
2. *Disease Management*: formare team multidisciplinari che forniscono cure di elevata qualità, basate sulle evidenze includendo l'uso di percorsi e protocolli;
3. *Case Management*: formare i *case managers* (solitamente infermieri) che sappiano assumersi la responsabilità del carico di lavoro, lavorando in un sistema integrato di assistenza che prenda in carico i pazienti ad alto rischio con necessità complesse;
4. *Knowledge management*: sviluppare negli operatori la capacità di identificare gruppi a rischio all'interno della popolazione generale, effettuare valutazioni dei bisogni, conoscere le risorse disponibili (umane, organizzative e finanziarie) e identificare gli andamenti del processo assistenziale. Pertanto nel modello del *Chronic Care Model* la gestione delle malattie croniche è affidata ad un gruppo costituito da diverse figure professionali (Medici di Assistenza Primaria, Medici Specialisti, Infermieri) che opera in maniera integrata sulla base di una divisione delle competenze.

1.2. Il ruolo degli infermieri nelle cure territoriali

La transizione organizzativa dei sistemi sanitari, conseguente a quella epidemiologica, ha introdotto il concetto di territorio quale luogo principale dell'assistenza primaria opposto al sistema ospedale-centrico, non più sufficiente a far fronte alle nuove sfide della cronicità (9).

Il processo di riqualificazione dell'assistenza territoriale richiede scelte organizzative che definiscano con precisione le competenze e i ruoli professionali, con la finalità di fornire al cittadino la risposta più appropriata nel *setting* assistenziale più adeguato. L'infermiere è figura indispensabile dell'organizzazione territoriale per la gestione dei soggetti affetti da patologia cronica, in quanto rappresenta l'operatore di riferimento che si fa carico di identificare, valutare e monitorare il bisogno assistenziale della persona. Gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità rappresentano uno sviluppo strategico del sistema delle cure territoriali, dove si eroga medicina di iniziativa rivolta a target specifici di cittadini, in stretta connessione con Medici di Assistenza Primaria (MAP), specialisti, assistenti sociali, associazioni di pazienti e la rete dei servizi. L'ambulatorio infermieristico è uno dei luoghi elettivi per il supporto all'autocura, all'educazione terapeutica del paziente e del *caregiver* nonché per attività di prevenzione ed educazione alla salute della comunità (10,11).

Emergono chiaramente almeno tre funzioni fondamentali previste nel Profilo Professionale dell'Infermiere (DM 14 settembre 1994, n. 739) (12):

1. funzione di prevenzione;
2. funzione di educazione terapeutica;
3. funzione di assistenza.

L'OMS da tempo sostiene l'importanza del contributo infermieristico all'assistenza e nel

1999 la risposta europea si è tradotta nella pubblicazione di un documento programmatico *Health 21* che ha definito una nuova tipologia di infermiere, l'“Infermiere di Famiglia” (I.F.) la cui collocazione è prevista, congiuntamente al Medico di Assistenza Primaria, nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base che comprende dalla promozione della salute alla prevenzione della malattia, dalla riabilitazione all'assistenza dei malati cronici e terminali (13).

L'I.F. ha una funzione di collegamento tra le diverse figure professionali della rete dei servizi finalizzata al raggiungimento di una maggiore integrazione multidisciplinare che si basa su un sistema di lavoro integrato ed è *case manager*, ovvero garante del miglioramento della qualità e della continuità delle cure (14).

I Medici di Assistenza Primaria e l'Infermiere di Famiglia, condividendo i percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali riferiti alle principali patologie croniche possono gestire il complesso processo assistenziale indirizzato a raggiungere la presa in carico completa dell'assistito.

L'educazione terapeutica del paziente (15) deve renderlo capace di acquisire e mantenere abilità che gli consentano di gestire al meglio la propria vita di malato. Si tratta, quindi, di un processo continuo, integrato nell'assistenza sanitaria e focalizzato sul paziente che comprende l'apprendimento dell'auto-cura riguardo la malattia, i trattamenti prescritti, l'assistenza in ospedale e presso gli altri ambiti assistenziali, l'informazione organizzativa, i comportamenti legati alla salute ed alla malattia. Il suo scopo è aiutare i pazienti e le famiglie a comprendere la malattia e il trattamento, a collaborare con gli operatori sanitari, a vivere in modo sano, a migliorare o mantenere la qualità della vita. Come riporta D'Ivernois, l'applicazione dell'automonitoraggio della patologia da parte del paziente può ritardare le complicazioni della malattia e ridurre la dipendenza permettendo una qualità della vita superiore (16).

Inoltre una maggiore conoscenza della malattia cronica conduce il paziente a migliorare anche in termini di aderenza terapeutica poiché la scarsa aderenza alle modalità prescrittive nei trattamenti cronici è tra le principali cause di non efficacia della terapia farmacologica e rappresenta, di conseguenza, un fattore modificabile fondamentale per il miglioramento dello stato di salute e l'ottimizzazione del consumo di risorse (17).

Gli indicatori demografici della Regione Piemonte confermano il trend nazionale ed evidenziano un numero di persone ultrasessantacinquenni, a fine 2003, pari a 936.000 unità, corrispondente al 21.9% dell'intera popolazione, mentre nel 2014 risulta essere di 1.082.540 unità, pari al 24.5% (18) (alla stessa data, in Italia, erano 12.639.829 i soggetti di età superiore a 65 anni, pari al 21.2 % del totale della popolazione) (19). Tra le ASL piemontesi, quella di Alessandria (AL) è, per le caratteristiche epidemiologiche e indici demografici, tra le più anziane; infatti i cittadini ultra sessantacinquenni rappresentano il 27% della popolazione totale (n. 119.671).

In tale contesto, la Direzione Aziendale dell'ASL AL ha elaborato il *Progetto P.I.C.A.S.S.O (Progetto di Integrazione della Continuità e Appropriatelyzza Socio-Sanitaria e Ospedaliera)*, articolato su tre linee principali fortemente interconnesse, volte all'adeguamento della rete ospedaliera e alla riqualificazione territoriale, con il fine ultimo di implementare la presa in carico e l'accoglienza del

cittadino fragile in un'ottica di medicina d'iniziativa anziché di attesa. L'iniziativa mira a rafforzare l'*empowerment* del cittadino attraverso la promozione di corretti stili di vita e si pone, tra gli obiettivi, la piena applicazione del concetto di multi-professionalità inteso come collaborazione tra Medici Specialisti, Medici di Assistenza Primaria, Infermieri di Famiglia, Infermieri Territoriali, Ospedalieri e Farmacisti Territoriali. Il Progetto ha come obiettivo generale quello di promuovere la presa in carico del cittadino fragile "a pochi passi da casa" nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa e come obiettivi specifici il miglioramento della qualità dell'assistenza ai cittadini con cronicità, la maggiore aderenza terapeutica e la riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso (PS) e dei conseguenti ricoveri.

2. Materiali e Metodi

L'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Alessandria (ASL AL) comprende 4 Distretti: Alessandria-Valenza, Acqui Terme-Ovada, Casale Monferrato, Novi Ligure-Tortona. La rete ospedaliera presente sul territorio è costituita da 5 Presidi con una popolazione assistita pari a 453.000 abitanti. Le caratteristiche epidemiologiche dell'ambito territoriale di Ovada nel Distretto di Acqui Terme-Ovada (abitanti tot. n. 27.840; età ≥ 65 anni n. 8.164) e l'avvio dell'Infermieristica di Famiglia lo hanno reso il territorio ideale per la prima fase sperimentale del Progetto (dicembre 2015-dicembre 2016).

Il Progetto si struttura su tre linee d'azione differenti:

- 1) Centro di Accoglienza delle Fragilità (C.A.F.);
- 2) Osservazione Breve Territoriale (O.B.T.);
- 3) Progetto di ricerca "Primavengoio! Per un migliore uso dei farmaci".

1) *Il Centro di Accoglienza delle Fragilità*, collocato presso la sede distrettuale di Ovada, rappresenta un Punto Unico di Accesso sul territorio per i cittadini.

Gli infermieri territoriali garantiscono la presenza settimanale per la presa in carico dei bisogni assistenziali degli utenti. La gestione operativa del Centro è affidata al Coordinatore Infermieristico unico del Distretto e degli Ambulatori Ospedalieri del Presidio: un singolo gestore infermieristico di risorse trans-murarie che risponde all'obiettivo di favorire il percorso integrativo tra Ospedale e Territorio e che attiva, se necessario, contatti con Medici di Assistenza Primaria, Medici Ospedalieri e Territoriali, Psicologi, Assistenti Sociali, Fisioterapisti, Infermieri di Famiglia. Il C.A.F. annovera tra le attività principali l'accoglienza dei cittadini e la consulenza informativa sui servizi presenti nel territorio dell'ASL e sulle modalità di accesso. Inoltre, in base alle necessità assistenziali rilevate, i cittadini sono inviati alla struttura territoriale di Cure Domiciliari più idonea.

Nel contesto del C.A.F. assume un ruolo principale nell'assistenza primaria l'Infermiere di Famiglia (I.F.). I pazienti da seguire nella gestione della cronicità sono individuati tra gli assistiti dei MAP. A seguito dell'acquisizione del consenso informato del paziente a far parte del percorso

assistenziale, l'I.F. valuta i bisogni assistenziali e redige un piano di cura personalizzato seguendo un percorso prestabilito per specifica patologia cronica sulla cui base vengono pianificati ed effettuati gli accessi necessari per garantire il monitoraggio e la stabilità dello stato di salute.

Le fasi operative per l'attivazione del C.A.F. hanno richiesto:

- individuazione degli spazi destinati a ospitare l'attività, nelle sedi del Distretto di Acqui Terme/Ovada (ambito territoriale ovadese);
- formazione del personale infermieristico 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. focalizzata sui principali fattori di rischio modificabili con automonitoraggio delle patologie croniche, gestione delle politerapie, prevenzione delle riacutizzazioni e, attraverso l'Indice di Morisky, valutazione dell'aderenza terapeutica (20).

La "Morisky Medication Adherence Scale", si compone di 4 item: *Si è mai dimenticato di assumere i farmaci? È occasionalmente poco attento nell'assunzione dei farmaci? Quando si sente meglio, a volte interrompe la terapia? Quando si sente peggio, a volte interrompe la terapia?* Ogni risposta positiva corrisponde ad un punteggio di 0 ed ogni risposta negativa a 1. I pazienti con punteggio di 1-2 sono considerati poco aderenti; quelli con punteggio di 3-4 sono considerati aderenti. La scala validata e auto-riferita ha mostrato potere predittivo nella misurazione dell'aderenza.

2) Attivazione posti letto di Osservazione Breve Territoriale.

Il Progetto prevede l'attivazione presso la Struttura Complessa (S.C.) Medicina Generale del Presidio Ospedaliero di Ovada di quattro posti letto per l'Osservazione Breve Territoriale, a gestione diretta dei Medici di Assistenza Primaria con la collaborazione integrata del personale infermieristico territoriale e ospedaliero, quale modalità assistenziale residenziale nella rete dei servizi del Distretto.

L'O.B.T. rappresenta un modello unico nel panorama regionale, in cui l'osservazione clinica dell'utente fragile non può superare le 24h.

I destinatari dell'O.B.T. sono pazienti affetti da patologie croniche che non necessitano della complessità del II livello assistenziale (ospedale per acuti) e che non possono essere indirizzati alle Cure Domiciliari in considerazione delle particolari condizioni di fragilità sanitaria e/o sociale e, in special modo, per assenza di *caregiver*. I principali trattamenti previsti sono:

- terapia endovena di breve durata, ma ripetuta durante il giorno (es. diuretici, antibiotici, terapia idropinica);
- necessità di monitoraggio clinico in assenza di *caregiver*;
- preparazioni per esami diagnostici (colonscopia, tomografia computerizzata con mezzo di contrasto).

Le fasi operative del Progetto sono state le seguenti:

- individuazione degli spazi idonei destinati a ospitare l'O.B.T. all'interno del Presidio Ospedaliero di Ovada;
- predisposizione della modulistica "Proposta di inserimento paziente in Osservazione Breve Territoriale";
- definizione della cartella di presa in carico O.B.T. costituita da diario clinico, Indice di Morisky per la valutazione dell'aderenza terapeutica, questionario sullo stato di salute SF-36 e questionario di gradimento creato ad hoc.

L'inserimento dei pazienti nell'O.B.T. avviene attraverso la compilazione da parte del Medico di Assistenza Primaria dell'impegnativa specifica per O.B.T. e del modello "Proposta di inserimento paziente in O.B.T." in collaborazione con l'I.F.-CPSE Cure Domiciliari. Viene effettuata la comunicazione di inserimento da parte dell'I.F. alla Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero (D.S.P.O.), Direttore S.C. e CPSE. L'accoglienza del paziente al momento dell'accesso in O.B.T. è gestita dall'I.F. con supervisione del Medico di Assistenza Primaria. La gestione clinica dei pazienti arruolati avviene attraverso accessi diurni (garantiti in base alle necessità cliniche e assistenziali del paziente) effettuati dai Medici di Assistenza Primaria e dagli operatori infermieristici territoriali e/o ospedalieri al fine di garantire la presa in carico complessiva per tutta la durata della permanenza. Le urgenze/emergenze intraospedaliere sono gestite secondo il "Piano Interno di risposta alle Emergenze Cliniche Intraospedaliere del Presidio".

3) *Lo studio Primavengoio! Per un miglior uso dei farmaci* ha il duplice obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica, l'appropriatezza clinica e gestionale di pazienti con BPCO in politerapia attraverso un intervento combinato di riabilitazione respiratoria e promozione di corretti stili di vita e un'azione di prioritarizzazione o *deprescribing* dei farmaci nei dimessi dalla Struttura di Medicina Generale del Presidio Ospedaliero di Ovada.

La parte progettuale inerente il trattamento di pazienti affetti da BPCO prevede il reclutamento attivo da parte dello specialista pneumologo del P.O. secondo i seguenti criteri di inclusione: pazienti con poli-patologie cronico-degenerative in poli-trattamento farmacologico, motivati a introdurre cambiamenti attivi del proprio stili di vita e in grado di accedere, anche accompagnati, presso gli ambulatori di visita e partecipare agli interventi educazionali programmati e alle attività riabilitative proposte; sono esclusi pazienti ad alto rischio di riacutizzazione di malattia, con instabilità clinica o non in grado di partecipare attivamente ai programmi proposti.

I pazienti con grado di ostruzione lieve-moderato-grave (Progetto GOLD) entrano in un programma multidisciplinare di riabilitazione respiratoria in cui sono considerati tutti i principali parametri respiratori e i difetti di parete (21).

I pazienti sono sottoposti a programmi di allenamento allo sforzo impostati secondo la prova da sforzo iniziale e seguono un piano di cura individuale che prevede l'uso di tecniche riabilitative specifiche e strumentali volte a migliorare la capacità del parenchima polmonare. È

inoltre valutato lo stato nutrizionale prescrivendo diete ipocaloriche in caso di obesità oppure iperproteiche, iperlipidiche in caso di cachessia con eventuale supporto di integratori.

I pazienti vengono gestiti in collaborazione tra lo specialista ambulatoriale di Pneumologia e l'Infermiere di Famiglia. Le variabili d'interesse e la terapia sono raccolte a cadenza trimestrale dal Medico Specialista e dall'I.F. attraverso apposita scheda di raccolta dati, creata ad hoc per il Progetto. Per valutare l'impatto della BPCO sullo stato di salute del paziente è stato utilizzato il Questionario CAT (COPD Assessment Test) che si compone di otto quesiti (ognuno con una scala di valore da 0 a 5 con range dello score 0-40), selezionati fra molti altri poiché in grado di rappresentare un'ampia serie di situazioni cliniche in corso di malattia (22).

Nell'ottica di integrazione Ospedale-Territorio, la seconda linea di *Primavengoio! Per un miglior uso dei farmaci* si articola sull'analisi delle terapie prescritte ai pazienti anziani (età ≥ 65 anni) durante la dimissione dalla Struttura di Medicina Generale del P.O di Ovada. I medici della Struttura, al momento della prescrizione della terapia alla dimissione, applicano, secondo quanto stabilito dai *Criteri di Beers* italiani, il *deprescribing* dei farmaci non appropriati con particolare attenzione alle politerapie (23). Sebbene non esista una definizione di politerapia comunemente accettata, molto spesso è definita da cut-off stabiliti sulla base del numero di medicinali assunti nel contesto analizzato, che possono variare da 2 a 10; nel Progetto è stato definito come livello di attenzione un numero di farmaci prescritti pari a 9. All'interno del Progetto viene effettuata l'analisi a posteriori dei comportamenti prescrittivi, la condivisione delle evidenze 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 è stato 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).

Le singole declinazioni progettuali sono valutate attraverso indicatori di esito quali l'incremento della presa in carico dei pazienti con cronicità attraverso modello assistenziale proattivo, la riduzione degli accessi in Pronto Soccorso e dei ricoveri impropri.

2.1 Analisi dei dati

Le variabili anamnestiche delle tre linee progettuali sono state analizzate con il software STATA Versione 13 e la metodologia impiegata ha previsto due differenti momenti:

- fase descrittiva per le tre linee progettuali: descrizione della distribuzione del fenomeno in esame e di possibili fattori determinanti;
- fase inferenziale relativa al *Progetto Primavengoio!* inerente al *deprescribing* dei farmaci. È stata condotta un'analisi univariata attraverso i test statistici più appropriati (*chi quadro* e *chi quadro for trend* per variabili categoriche o *test t di Student* per le variabili quantitative) e multivariata con costruzione di un modello di regressione logistica multipla, che ha consentito di rivelare

potenziali associazioni fra l'outcome di interesse (assunzione di una politerapia composta da $n \geq 9$ farmaci) e le variabili indipendenti, (età, genere, presenza di codice colore sulla lettera di dimissione, diagnosi patologia tumorale secondo classificazione ICD-IX-CM, durata della degenza ospedaliera) quantizzando il contributo indipendente di ciascuna di esse attraverso il calcolo degli Odds Ratio (OR) e dei relativi intervalli di confidenza al 95%. Il livello di significatività statistica è stato fissato per valori di $p \leq 0.05$.

Le variabili inserite nel modello sono state le seguenti: età (tre categorie: età < 65 anni=0, età compresa tra 65-79 anni=1, età ≥ 80 anni=2), genere (due categorie: maschio=0, femmina=1), durata della degenza (0-10 giorni=0, compresa tra 11 e 20 giorni=1, ≥ 21 giorni=2), patologia tumorale secondo ICD-IX-CM (no=0, si=1), codice colore (no=0, si=1).

3. Risultati

L'analisi descrittiva relativa ai primi sei mesi della fase sperimentale (dicembre 2015-maggio 2016) ha evidenziato i risultati esposti di seguito.

1) Gli utenti afferenti al C.A.F., presi in carico dall'Infermiere di Famiglia, sono stati 91, di cui 41 maschi (45%) e 50 femmine (55%) con età media $\pm$ deviazione standard pari a 80 ± 11.9 anni, suddivisi tra le seguenti patologie: 38 con diabete mellito, 26 scompenso cardiocircolatorio, 14 patologie respiratorie ostruttive (BPCO) e 13 presi in carico provenienti dalle altre declinazioni progettuali (O.B.T e *Primavengoio!*).

L'I.F. ha preso in carico 61 pazienti (67%) presso il domicilio e 30 presso l'ambulatorio (33%) del C.A.F. con una media di 73 accessi mensili; alcuni interventi hanno avuto un rapporto di 1:1 (controllo prescrizione idrica/alimentare), altri 1:20 (interventi di educazione terapeutica). I Medici di Assistenza Primaria aderenti al Progetto sono stati 14 (67%) e gli accessi dell'I.F. sono variati tra 1/settimana ad 1/mese in base alle necessità assistenziali. Nessun paziente preso in carico ha effettuato un accesso in PS per riacutizzazione della patologia cronica mentre 5 pazienti (5%) hanno effettuato passaggi per altre cause.

Il 100% dei pazienti individuati dai MAP sono stati presi in carico dall'I.F.; inoltre il questionario CAT per valutare la qualità della vita dei pazienti con BPCO e l'Indice di Morisky sono stati somministrati a tutti i pazienti durante la prima visita.

2) I pazienti afferenti all'O.B.T. sono stati 25 di cui 13 maschi (52%) e 12 femmine (48%) con durata media dell'osservazione pari a $6h49 \pm 6.0$ ed età media di 73.6 ± 18 anni.

Le prestazioni eseguite sono state: 13 accertamenti clinici, 5 emotrasfusioni, 4 somministrazioni terapie e 3 preparazioni per esami diagnostici (colonscopia e tomografia computerizzata con mdc). Nessuna osservazione è stata seguita da ricovero. Per verificare l'aderenza alle terapie è stato somministrato l'Indice di Morisky registrato nel 100% dei casi che ha riportato aderenza con score pari a 4 per 84% dei pazienti. Il questionario SF36 è stato completato in modo completo nel 65% dei casi mentre il questionario di gradimento nel 72% dei casi; la soddisfazione in merito al nuovo servizio di O.B.T. fornito ha ottenuto una valutazione ottima

per 82% dei pazienti.

3) Per lo studio *Primavengoio!* inerente alla promozione di corretti stili di vita sono stati reclutati 23 pazienti (deceduti n.2) con BPCO di grado lieve n.6 (28.6%), moderato n.4 (19%) e grave n.11 (52.4%) di cui 4 femmine (19%) e 17 maschi (81%) con età media 73.7 ± 6.6 in fase di stabilità clinica e sottoposti a riabilitazione respiratoria e consulenza nutrizionale. La terapia ha registrato un n. medio di farmaci per paziente pari a 6 ± 2.19 e una media di comorbidità pari a 2.2 ± 1.4 .

Considerato il valore medio di BMI 28.76 ± 5.63 , 13 pazienti (61.9%) sono stati sottoposti esclusivamente al ciclo di riabilitazione respiratoria, mentre 8 (38.1%) hanno effettuato anche la consulenza nutrizionale.

Per lo studio *Primavengoio!* relativo al *deprescribing* della terapia alla dimissione dalla struttura ospedaliera sono state analizzate n.414 lettere di dimissione (criteri di esclusione: decesso n.43, ricovero >1 n.3, lungodegenti n.25, missing n.42) e considerate per l'analisi finale n.301. Le caratteristiche del campione sono riassunte nella Tab. n.1.

Il 77% dei pazienti con età ≥ 65 ha ricevuto una terapia ≤ 8 farmaci. I farmaci non appropriati secondo Criteri di Beers sono stati 89/1691 (5.3%).

L'analisi multivariata, corretta per sesso, età, durata degenza, diagnosi ICD-IX-CM, codice colore, ha mostrato che l'età compresa tra 65 e 79 anni ($OR=4.07$ $IC=1.11-14.90$), l'età ≥ 80 aa ($OR=3.55$ $IC=1.01-12.54$) e la durata degenza ≥ 21 giorni ($OR=2.58$ $IC=1.20-5.54$) aumentano significativamente la probabilità di assumere una politerapia alla dimissione (Tab. n.2).

Complessivamente, confrontando il primo semestre 2015 rispetto al 2016, si osserva una riduzione del 3% degli accessi in PS presso il Presidio Ospedaliero di Ovada e una riduzione del 19% degli accessi in PS seguiti da ricovero.

4. Discussione e conclusione

Nel contesto nazionale di riorganizzazione delle cure primarie, alcune Regioni tra cui la Lombardia con l'istituzione dei CReG (*Chronic Related Group*), l'Emilia Romagna attraverso le Case della Salute e la Toscana con l'attuazione della Legge 189/2012-Decreto Balduzzi che ha comportato l'attivazione delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e delle UCCP (Unità multi-professionali Cure Complesse Primarie) hanno messo in atto modelli assistenziali innovativi.

Il Piemonte attraverso la Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) 29 giugno 2015, n. 26-1653 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della DGR n. 1-600 del 19.11.2014", ha dato anch'esso avvio alla riorganizzazione dell'assistenza primaria attraverso l'attivazione di AFT e UCCP. Tuttavia, in questo scenario riorganizzativo, il processo di deospedalizzazione, se non accompagnato da un contestuale rafforzamento dei servizi sul territorio, determina, di fatto, l'impossibilità per i cittadini di usufruire dell'assistenza sanitaria adeguata alle nuove sfide sanitarie.

L'attuazione del *Chronic Care Model* nella rete assistenziale italiana si inserisce in un contesto variegato in cui il parziale coordinamento tra i tre livelli di assistenza (degenza ospedaliera,

Tabella 1- Caratteristiche del campione preso in esame per declinazione progettuale PRIMAVENGOIO! Per un miglior Uso dei Farmaci-Deprescribing Pazienti

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE		
VARIABILE	N (Tot=301)	%
- GENERE		
MASCHIO	142	47.2
FEMMINA	159	52.8
- FASCE ETÀ		
< 65 ANNI	42	13.9
65-79 ANNI	85	28.2
≥ 80 ANNI	174	57.9
ETA MEDIA (±SD)	78.3±13.8	
- CODICE COLORE		
SI	199	66.3
NO	102	33.7
- N. FARMACI		
0-8	239	79.4
≥ 9	62	20.6
N. FARMACI MEDIO (±SD)	6.2±2.9	
- DURATA RICOVERO		
0-10 GIORNI	174	57.8
11-20 GIORNI	83	27.6
≥ 21 GIORNI	44	14.6
DURATA MEDIA (±SD)	12.0±8.6	
- DIAGNOSI ICD-IX-CM		
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	54	17.9
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	16	5.3
MALATTIE DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE	15	5.0
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	16	5.3
MALATTIE INFETTIVE	21	7.0
MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	17	5.7
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	66	21.9
TUMORI	47	15.6
TRAUMATISMI	9	3.0
MALATTIE DEL SANGUE	14	4.7
ALTRO	26	8.6

assistenza primaria, specialistica territoriale) ha generato una discontinuità delle cure nella gestione del percorso del cittadino con cronicità dovuta anche alla struttura aperta del SSN che permette l'accesso all'assistenza a qualunque livello senza seguire un percorso ben definito (11). Inoltre, alcune caratteristiche del sistema quali la carenza di risorse e la medicina difensiva con il proliferare di pratiche cliniche e assistenziali volte a garantire la tutela medico-legale del professionista concorrono a creare una situazione di immobilità in cui viene ad essere carente la presa in carico del cittadino. Come riportato nei Quaderni della Cronicità, per la Sanità in Italia non si spende troppo – i livelli di spesa pro- capite sono di circa il 20%

Tabella 2- Analisi univariata e multivariata per declinazione progettuale Primavengoio! Per un miglior uso dei farmaci-deprescribing pazienti.

ASSUNZIONE POLITERAPIA ALLA DIMISSIONE		
VARIABILI INDIPENDENTI	O.R. CRUDE (IC 95 %)	O.R. ADJUSTED (IC 95 %)
1) ETÀ		
< 65 ANNI	1.00	1.00
65-79 ANNI	4.82 (1.36-17.14)*	4.07 (1.11-14.90)*
≥ 80 ANNI	3.39 (0.99-11.60)	3.55 (1.01-12.54)*
2) GENERE		
MASCHIO	1.00	1.00
FEMMINA	0.57 (0.32-1.01)	0.54 (0.29-1.00)
3) DURATA DEGENZA		
0-10 GG	1.00	1.00
11-20 GG	1.38 (0.71-2.67)	1.31 (0.67-2.57)
≥ 21 GG	2.58 (1.23-5.42)*	2.58 (1.20-5.54)*
4) CODICE COLORE		
NO	1.00	1.00
SI	1.59 (0.85-2.99)	1.27 (0.66-2.47)
5) DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE		
ALTRE PATOLOGIE	1.00	1.00
PATOLOGIE ONCOLOGICHE	0.89 (0.41-1.97)	0.99 (0.43-2.24)

inferiori a quelli della media europea – ma si spende spesso male, con forti differenze tra le strutture, penalizzando l'innovazione (10). Per riequilibrare il sistema, è necessario garantire l'appropriatezza dell'assistenza a cui consegue la razionalizzazione delle risorse.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 e il Piano delle Cronicità hanno posto l'attenzione sulle nuove sfide inerenti alla cronicità che il SSN sta affrontando, sottolineando la necessità di potenziare la presa in carico attraverso strumenti di *governance* specifici (2, 25).

Per rispondere alla transizione epidemiologica in atto da alcuni anni, il Progetto P.I.C.A.S.S.O. si è sviluppato su tre cardini principali: l'educazione terapeutica del paziente e della famiglia con particolare attenzione all'aderenza terapeutica e all'appropriatezza gestionale e clinica nella presa in carico della cronicità.

Il Progetto ha richiesto un continuo scambio professionale tra gli attori del sistema sanitario quali medici, infermieri, Direzione Distrettuale e Direzione Aziendale nell'ottica di sviluppare quella capacità d'iniziativa in grado di individuare un bisogno clinico prima della manifestazione in acuzie. Le evidenze scientifiche oramai da anni dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato basato sull'educazione terapeutica e sulla prevenzione, riducono significativamente l'ospedalizzazione. Nel Progetto P.I.C.A.S.S.O. l'Infermiere di Famiglia, attraverso un'azione mirata di gestione della cronicità sana ovvero con condizioni cliniche non

scompensate, si interfaccia con gli altri professionisti per un management integrato, prende in carico i pazienti fragili senza *caregiver* nel momento in cui necessitano di un'osservazione più approfondita presso i letti di O.B.T. e secondo Linee Guida validate promuove l'*empowerment* del paziente e del *caregiver* al fine di ridurre il rischio di istituzionalizzazione. L'educazione terapeutica dovrebbe essere continua poiché, come sostenuto dalle evidenze scientifiche, un solo ciclo non è sufficiente a far raggiungere gli obiettivi di apprendimento; inoltre l'attivazione di programmi di promozione della salute implicano una *policy* globale che non si limiti ad intraprendere azioni in ambito sanitario, ma si estenda in altri settori. Nell'ambito ovadese, per esempio, le associazioni di volontariato rappresentano una forte integrazione al sistema sanitario attraverso l'attivazione di corsi di attività fisica adattata, di cammino e di educazione alimentare. In un programma integrato di presa in carico delle cronicità, in cui il sistema è *patient centered*, la soddisfazione relativa ai servizi sanitari-assistenziali, come si osserva dalle risposte fornite al questionario di gradimento O.B.T., risulta elevata e la qualità della vita del paziente migliora contribuendo a diminuire, come rilevato dai risultati progettuali dei primi sei mesi, gli accessi in Pronto Soccorso.

Nell'ottica di integrazione Ospedale-Territorio, considerato che la qualità prescrittiva negli ultra sessantacinquenni e, più in generale, il trasferimento delle evidenze scientifiche nella pratica clinica, risulta generalmente insoddisfacente e non presenta un significativo miglioramento negli ultimi anni (21), la linea progettuale *Primavengoio!* ha posto l'attenzione sulle prescrizioni di farmaci ai pazienti anziani. Complessivamente i farmaci prescritti non idonei, secondo i criteri di appropriatezza analizzati, hanno presentato frequenza contenuta e sono stati principalmente imputabili alle classi degli antipsicotici convenzionali e atipici.

Inoltre l'analisi multivariata ha dimostrato come una degenza prolungata favorisca l'assunzione di politerapie, quindi, per contrastare la tendenza all'ospedalizzazione, appare necessario potenziare le cure presso il domicilio. Infine considerati i dati nazionali che attestano l'aderenza alla terapia per la cura delle patologie respiratorie croniche intorno al 26%, focus specifico è stato posto per i pazienti affetti da BPCO attraverso una gestione integrata tra professionisti ospedalieri e territoriali.

Le principali criticità rilevate nell'attuazione del Progetto sono state la somministrazione di questionari validati e l'informatizzazione dei servizi. Se il CAT Test e l'Indice di Morisky, essendo composti da poche domande di semplice comprensione non hanno creato problemi nella compilazione, la raccolta delle informazioni per il questionario SF-36 è stata difficoltosa. Inoltre, appare necessario rivedere il supporto informatico aziendale in un'ottica di condivisione dei dati rilevati e di compatibilità nei vari percorsi di cura; i professionisti sanitari devono poter disporre di piattaforme condivise su cui tracciare la storia clinica del cittadino che entra nel percorso di cura.

I limiti del Progetto consistono principalmente nella bassa numerosità campionaria dovuta alla scelta dell'ambito territoriale in cui eseguire la fase di sperimentazione. A questo proposito,

al termine della fase pilota, il Progetto sarà esteso ai rimanenti Distretti dell'ASL AL a partire da quello di riferimento di Ovada con il coinvolgimento anche del territorio di Acqui Terme; nell'ottica di introduzione di modelli assistenziali innovativi e appropriati appare attuabile, in futuro, la conversione dei letti di O.B.T. in Ospedale di Comunità.

Questo studio, attraverso la sperimentazione di una gestione integrata del cittadino con cronicità, suggerisce come l'attivazione di modelli innovativi renda possibile una migliore soddisfazione nei confronti delle cure fornite dal Sistema Sanitario seppure in un contesto di risorse limitate.

BIBLIOGRAFIA

1. Deliberazione della Giunta Regionale 29 giugno 2015, n. 26-1653. 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.
2. Ministero della Salute-Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Piano Nazionale Cronicità 2016. Roma: Ministero della Salute; 2016.
3. Fondazione Istud. Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza. Report 2013 Accessibile al sito: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4056763.pdf>
4. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice* 1998; 1: 2-4.
5. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of the American Medical Association* 2002; 288: 1775-1779.
6. Coleman K1, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009; 28: 75-85.
7. ARS Toscana-Agenzia Regionale Sanità. Le malattie croniche in Toscana. 2016. Accessibile al sito: https://www.ars.toscana.it/files/aree_intervento/malattie_croniche/piano_sanitario_regionale_2008_2010_dalla_medicina_di_attesa_alla_sanit_iniziativa.pdf
8. Boulton C, Karm L, Groves C. Improving Chronic Care: The "Guided Care" Model. *The Permanente Journal* 2008; 12: 50-54.
9. Visca G. Il concetto di governance epistemologica nell'approccio alla cronicità. *Rivista Medica Italiana Online Anno II* 2013; 2.
10. Il Sole 24h. Quaderni della Accademia Nazionale di Medicina. Cure primarie h24. Chronic Care Model e Medicina di Iniziativa. 2014.
11. Bonatti ML. La gestione della cronicità nel setting della Medicina Generale. Corso di aggiornamento per medici di medicina generale; 2012.
12. D.M. 14 settembre 1994, n. 739 - Profilo professionale dell'infermiere
13. World Health Organization. European Health for All Series. HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. Geneva: WHO; 1999.
14. Chiari P Santullo A. L'infermiere case manager - dalla teoria alla prassi. Milano: McGraw-Hill; 2010.
15. World Health Organization. Therapeutic patient education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic disease. Geneva: WHO; 1998.
16. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Educare il Paziente. Un Approccio Pedagogico. Milano: McGraw-Hill Companies; 2006.
17. Gruppo di lavoro OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2015. Roma: Il Pensiero

- Scientifico Editore; 2014.
18. Sistemapiemonte. Piemonte STATistica e B.D.D.E. 2016. Accessibile al sito: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/risultati.jsp>
 19. Rapporto Osserva Salute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Roma 2014. Accessibile al sito: <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto/argomenti/2014/14>
 20. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008; 10:348-354.
 21. BPCO, Progetto Mondiale. Aggiornamento 2009 adattamento italiano. Accessibile al sito: <http://www.goldcopd.it>
 22. Dal Negro R W. IL questionario CAT (CODP Assesment Test). *Medicina Toracica*; 2010.
 23. Regione Emilia Romagna. Appropriately prescrittiva nella popolazione anziana. Elenco farmaci potenzialmente inappropriati ed eventuali alternative terapeutiche. 2012.
 24. Formenti E, Peru M, Magro L. Il Monitor Facilitatore: ruolo attivo nella clinical governance e nella creazione di una cultura di Farmacovigilanza, intesa come strumento per la tutela della salute pubblica e strategia di razionalizzazione della spesa ospedaliera. *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione* 2014; 6: 23-25.
 25. Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno