

Seminario Regionale “Sicurezza delle cure farmacologiche”

3 dicembre 2015 ore 9.30-17.30

Sala Poggioli Via della Fiera 3 Bologna

Ricognizione farmacologica presso le Case della Salute



Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione

RACCOMANDAZIONE REGIONALE

Sicurezza nella terapia farmacologica
“Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica
per una prescrizione corretta e sicura”

A cura del Gruppo Regionale sul Rischio clinico da farmaci
Regione Emilia - Romagna

Raccomandazione Regionale per la
Sicurezza nella terapia farmacologica n.2

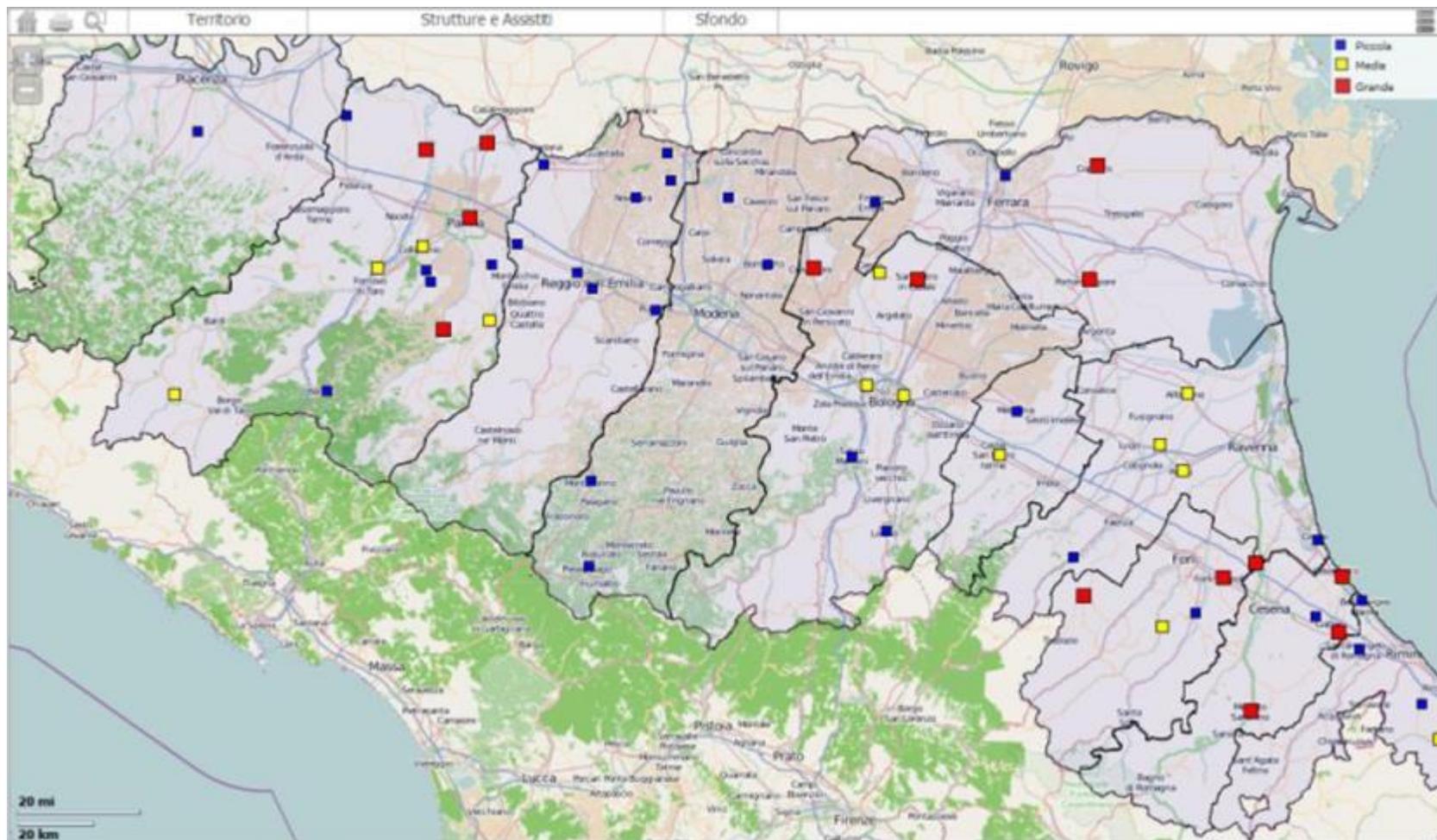
Aggiornamento Ottobre 2015 (ricepimento della Racc. Ministeriale n. 17)

Imma Cacciapuoti
Servizio Assistenza Territoriale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione



**Il setting organizzativo territoriale
sono le Casa della Salute e i NCP**

La popolazione regionale che potenzialmente accede alle 71 CdS funzionanti: oltre 1 milione e 680 mila assistiti (38%)



Modelli assistenziali per la gestione integrata della cronicità in Emilia-Romagna

PDTA non solo interdisciplinari ma anche con partecipazione di pazienti e socio-sanitario

Ambulatori
Infermieristici
per la cronicità

Un'unica
casa...

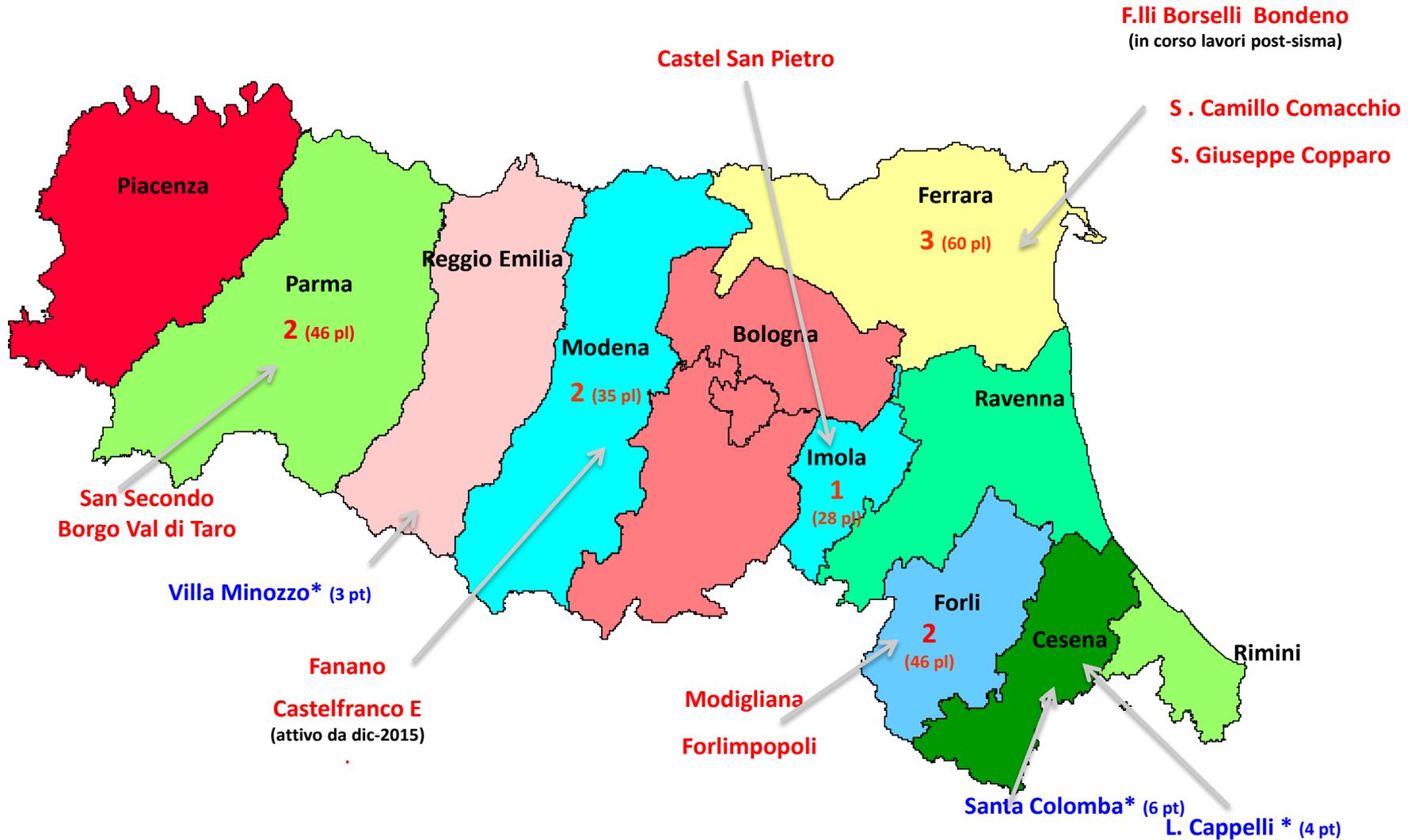
Ospedali di
Comunità

Assistenza
Domiciliare Integrata



Lo sviluppo degli Ospedali di Comunità in RER: 225 posti letto

(DGR 284/2013; Decreto Ministero n. 70\2015, allegato 1)



* letti di Ospedali di Comunità ospitati presso altre strutture

Ambulatori Infermieristici per la gestione della cronicità: Quali Attività?

nell'ambito dei percorsi condivisi con **MMG, Specialisti, Assistente Sociale, fisioterapisti ...**

Identificazione e reclutamento con MMG

(modello predittivo, registri, lettura integrata del rischio cardiovascolare, ecc)

Chiamata attiva dei pazienti

Accoglienza, presa in carico e follow up

Educazione terapeutica finalizzata
all'Empowerment del paziente

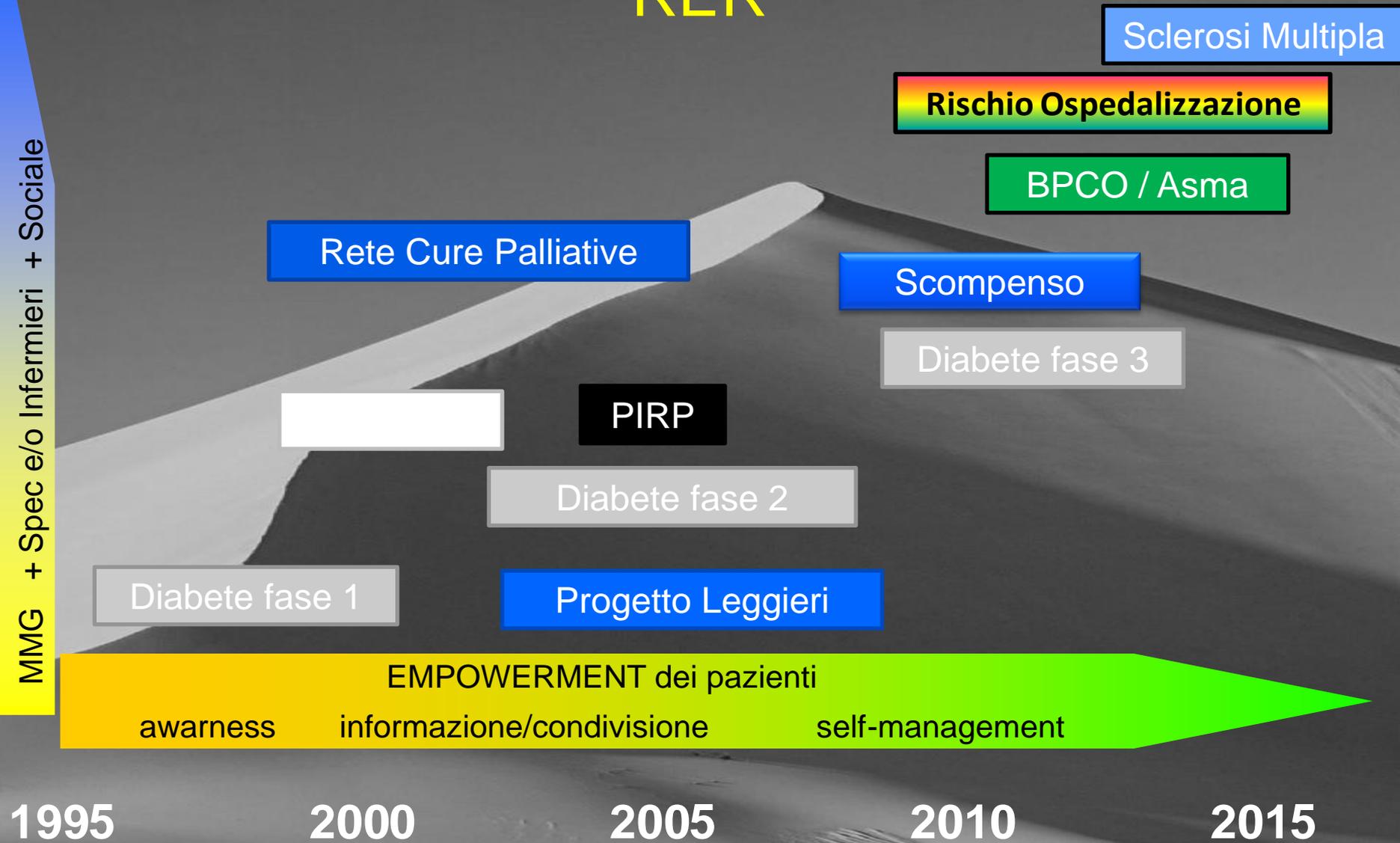
Addestramento a paziente e caregiver

Continuità assistenziale ospedale-territorio



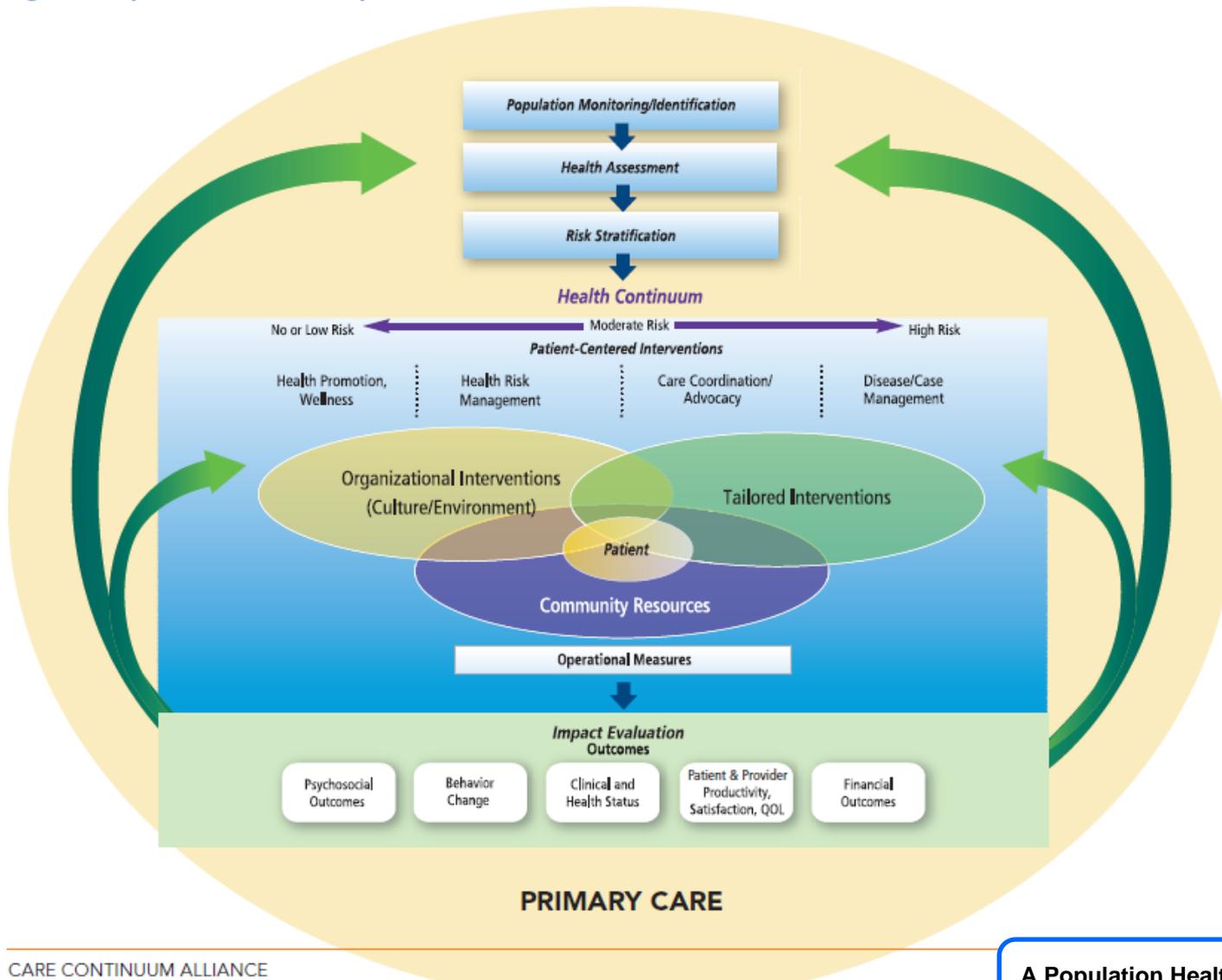
I percorsi clinico-organizzativi integrati nella RER

Multidisciplinarietà del teamwork
MMG + Spec e/o Infermieri + Sociale



Approccio alla Population Health Management

Figure 1. Population Health Conceptual Framework



Stratificare anche attraverso database amministrativi e clinici

Profilo di Rischio di Ospedalizzazione

Categorie di Rischio di Ospedalizzazione e morte		
	Rischio Previsto	
Ad rischio molto alto	≥ 25%	Rappresenta circa il 4% della popolazione adulta
Ad alto rischio	fra il 15 e il 24%	Rappresenta circa il 6% della popolazione
A rischio moderato	fra il 6% e il 14%	
A basso rischio	≤ 5%	Rappresenta circa il 75% della popolazione - il rischio è inferiore al livello medio di ospedalizzazione

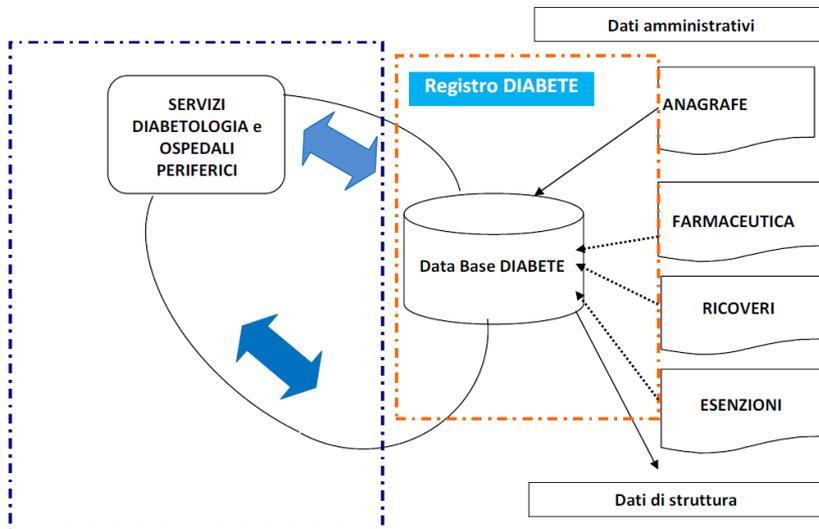
Piano della prevenzione 2010-2012
della Regione Emilia-Romagna

Regione Emilia-Romagna

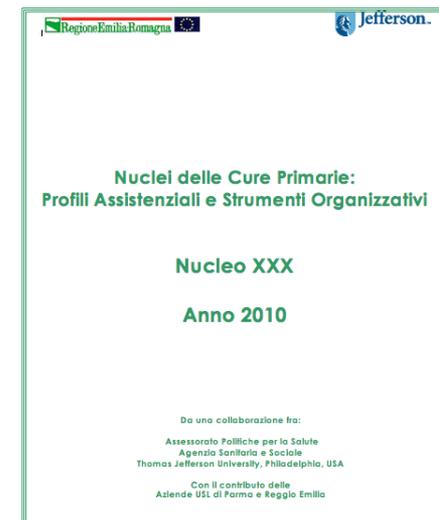


I Registri di patologia

Architettura del Sistema Integrato per il Diabete



I Profili di cura dei NCP e PLS



Patrimonio informativo a disposizione della

Registri
e DB Clinici

Area Sanità

Schede di Dimissione Ospedaliera - SDO

Assistenza Farmaceutica - AFT-AFO-FED

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - ASA

Certificato di Assistenza al Parto - CedAP

Cure Primarie – PRIM

Ospedali di Comunità - SIRCO

Laboratori

Dispositivi Medici - DiMe

Emergenza Urgenza - PS-118

Hospice - SDHS

Screening – SCR e Malattie Infettive

Mortalità

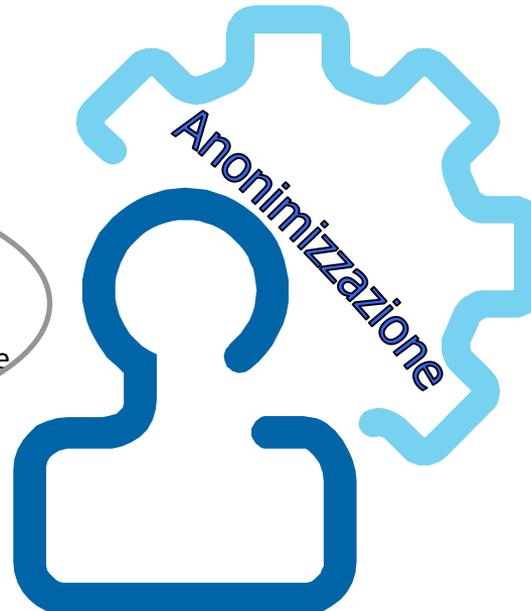
Consultori e IVG

Anagrafiche

Anagrafe Assistiti

Anagrafe medici prescrittori

Anagrafe strutture sanitarie e sociosanitarie



Assegno di Cura Anziani e Disabili - SMAC

Assistenza Domiciliare Integrata - ADI

Assistenza Residenziale e Semiresidenziale Anziani - FAR

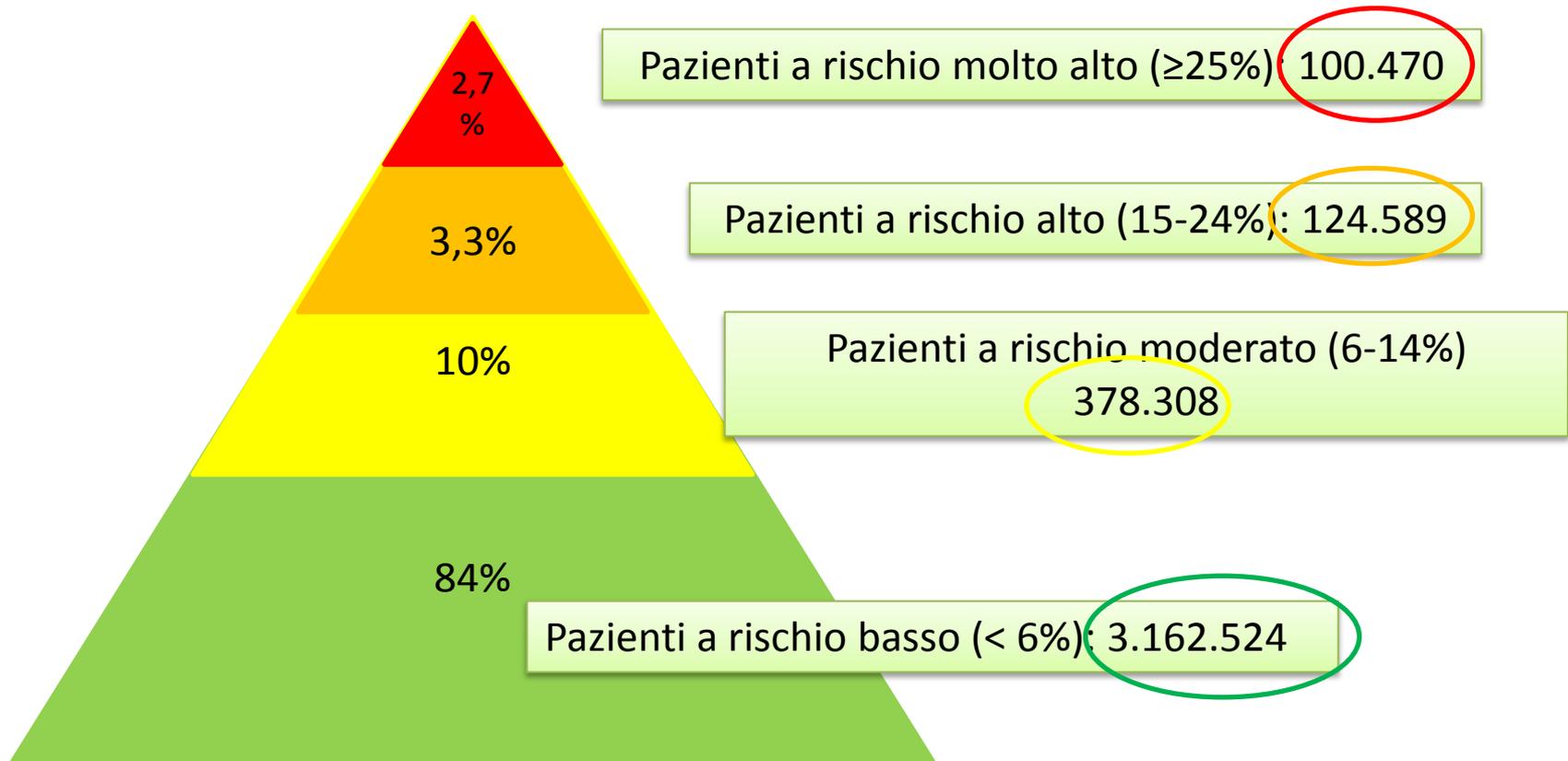
Gravissime Disabilità Acquisite - GRAD

Salute Mentale e Dipendenze Patologiche - SISM-SINPIAER-SIDER

Sportello Sociale - IASS

**Area Politiche Sociali
e Integrazione Socio-Sanitaria**

Stratificazione del rischio RER, 2014



POPOLAZIONE ≥ 18 ANNI - N= 3,765,891

Modello Predittivo Regionale e presa in carico proattiva della cronicità

BMJ Open Predicting risk of hospitalisation or death: a retrospective population-based analysis

Daniel Z Louis,¹ Mary Robeson,¹ John McAra,² Vittorio Maio,² Scott W Keith,³ Mengdan Lu,¹ Joseph S Gonnella,¹ Roberto Grilli⁴

To cite: Louis DZ, Robeson M, McAra J, et al. Predicting risk of hospitalisation or death: a retrospective population-based analysis. *BMJ Open* 2014;4:

ABSTRACT
Objectives: Develop predictive models using an administrative healthcare database that provide information for Patient-Centred Medical Homes to proactively identify patients at risk of hospitalisation for

Strengths and limitations of this study

- This study included the entire adult population of the Emilia-Romagna Region of Italy, over 3.7 million people.
- The study used an existing longitudinal administrative healthcare database with both the advantage of much lower cost than new data collection and the disadvantage of potential errors in administrative data.
- The results of the study are being used to assist in the development of newly formed Patient-Centred Medical Homes.



in analysis with
se of
health
ographic
/

redict risk of
that are
ated using
static, in
e predic
e across
s of Emilia-
j were
or the
patients,
outcomes
is in the
predicted

o-based
base that
s of the
since as
ults of this
as high
ther
stand
sen
e their

patients' problems, is shifting to a more proactive model designed to take the initiative in providing care for an increasingly older population that has a greater prevalence of chronic conditions, often with multiple medical and social needs. These changes are driving the reorganisation of the primary care system, emphasising coordination and cooperation among healthcare professionals.¹⁻⁵ Among the approaches to addressing this need has been the establishment of Patient-Centred Medical Homes, organisations in which teams of healthcare providers are engaged in delivering comprehensive, coordinated, patient-centred care to patient-defined populations. Primary care has a central role in the Italian National Health Service (NHS). Twenty-one regional governments are responsible for ensuring the delivery of a health benefits package through a network of geographically defined, population-based Local Health Authorities. Primary care physicians work for these authorities as independent contractors and act as 'gate-keepers' for specialty and other referral services for their patients.⁶ With the belief that a strong primary care system is conducive to improving population

Profilo di rischio di ospedalizzazione

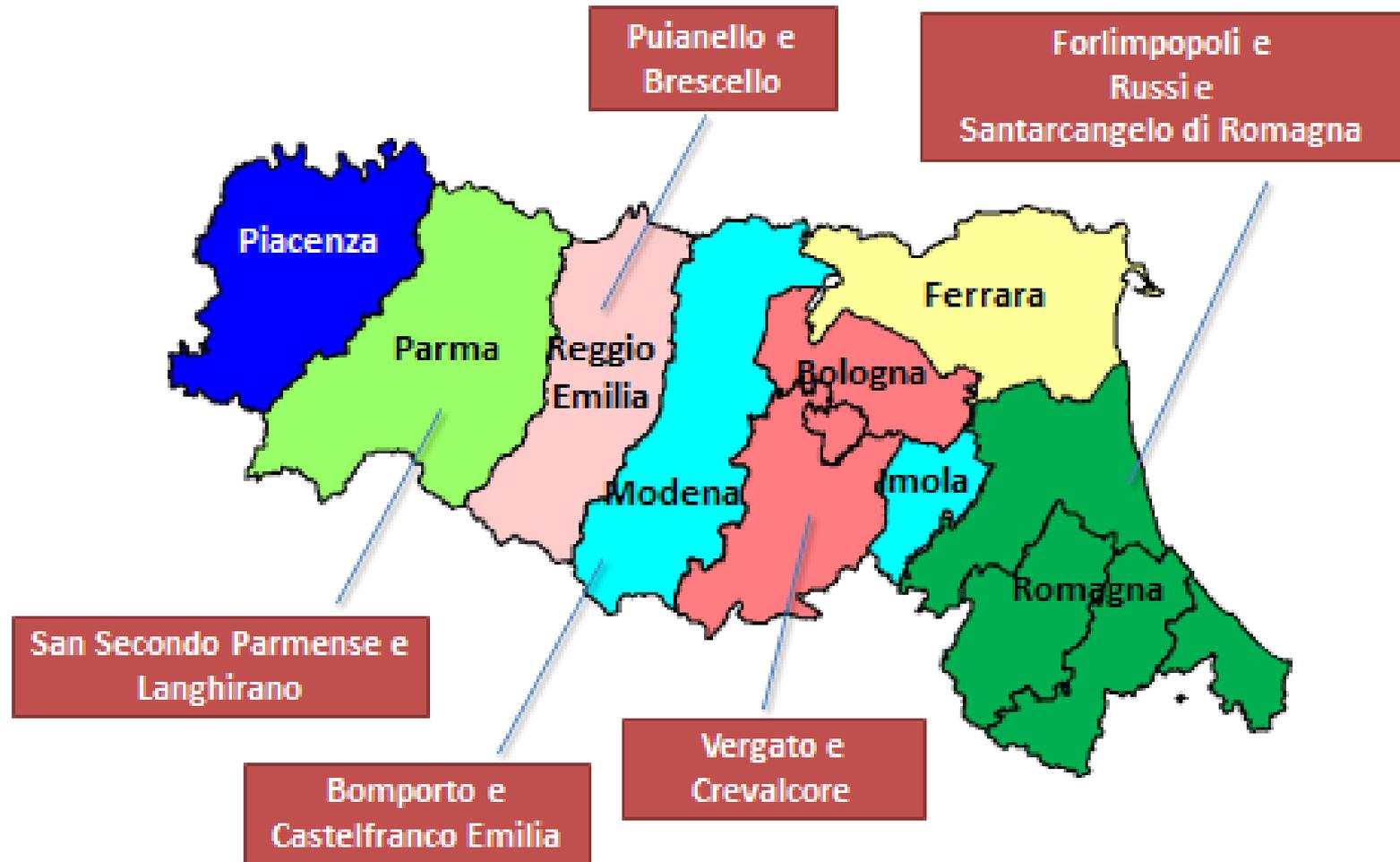
Utilizzo di variabili indipendenti:

- **Caratteristiche demografiche**
- Indicatori **di morbilità** dai dati amministrativi (presenza di patologie croniche)
- Indicatori **di qualità** (poliprescrizione farmaceutica, interazione potenziale farmaco- farmaco, farmaci potenzialmente inappropriati negli anziani, aderenza alle linee guida)
- Indicatori **di severità** di malattia.

Categorie di Rischio di Ospedalizzazione e morte		
	Rischio Previsto	
Ad rischio molto alto	$\geq 25\%$	Rappresenta circa il 4% della popolazione adulta
Ad alto rischio	fra il 15 e il 24%	Rappresenta circa il 6% della popolazione
A rischio moderato	fra il 6% e il 14%	
A basso rischio	$\leq 5\%$	Rappresenta circa il 75% della popolazione - il rischio è inferiore al livello medio di ospedalizzazione

dalla Stratificazione della popolazione al Profilo di rischio di fragilità

La sperimentazione in 11 Case della Salute (CdS)



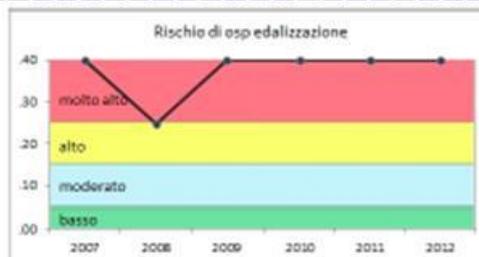
Paziente: 1094553 Patient

Sesso: F Et : 44

Rischio di ospedalizzazione previsto per il 2013:

Molto alto

Il grafico mostra il cambiamento nel tempo del rischio di ospedalizzazione previsto per il paziente



Questo documento   un sommario delle informazioni di natura amministrativa per un paziente previsto a probabile 'rischio molto alto' di ospedalizzazione nel 2013 in base ai consumi sanitari del 2012.

Patologie croniche (in base al sistema o sziologia)

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Cardiovascolari | <input type="checkbox"/> Genitourinarie | <input type="checkbox"/> Oftalmologiche |
| <input type="checkbox"/> Dermatologiche | <input type="checkbox"/> Ginecologiche | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatriche |
| <input type="checkbox"/> Ematologiche | <input type="checkbox"/> Immunologiche | <input checked="" type="checkbox"/> Psichiatriche |
| <input type="checkbox"/> Endocrine | <input type="checkbox"/> Infettive | <input type="checkbox"/> Respiratorie |
| <input checked="" type="checkbox"/> Epatiche | <input type="checkbox"/> Muscoloscheletriche | <input type="checkbox"/> Sistema Genitale Maschile |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gastrointestinali | <input checked="" type="checkbox"/> Neurologiche | <input type="checkbox"/> Tumorali |

Ospedalizzazione 2012 – N. di ricoveri occorsi al paziente: 1

N. 1 Degenza ordinaria presso Ospedali Riuniti-Pr

02/01/12 - 02/02/12 gg_deg: 31 Dimissione: Ordinaria a domicilio
Patologia principale del ricovero: 785.59 Altro Shock Senza Menzione Di Trauma
Comorbidit : 789.5 Ascite
571.2 Cirrosi Epatica Alcolica
570 Necrosi Acuta E Subacuta Del Fegato
307.1 Anoressia Nervosa
070.54 Epatite C Cronica Senza Menzione Di Coma Epatico
Procedura: 42.91 Legatura Di Varici Esofagee

Pronto Soccorso 2012 – N. : 3

Presso Ospedali Riuniti-Pr

13/02/12 - 13/02/12

Altri Sintomi O Disturbi

Visite specialistiche

Dermatologia
Gastroenterologia
Malattie Infettive E Tropicali
Odontoiatria E Stomatol.

Farmaci: N. totale di farmaci nel 2012: 11

A02 Farmaci Per Disturbi Correlati All'Acidita'

Lansoprazolo 1 2 3 4

A06 Lassativi

Lattitolo 1 2 3 4

Lattulosio 1

A07 Antidiarroici, Antinfiammatori Ed Antimicrobici Intestinali

Rifaximina 1 2 3 4

B02 Antiemorragici

Filomenadlone 1 2 3 4

C03 Diuretici

Torasemide 1 2 3 4

Canrenoato Di Potassio 1 2 3 4

Furosemide 1

C07 Betabloccanti

Carvedilolo 1 2 3 4

J01 Antibatterici Per Uso Sistemico

Ciprofloxacina 4

N03 Antiepilettici

Fenobarbital 1 2 3 4

Il paziente è stato esposto a politerapia nel 2012, definita come l'uso simultaneo di 5 o più principi attivi per almeno 15 giorni consecutivi.

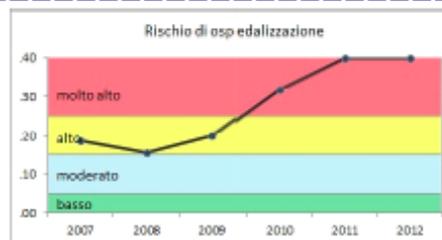
Paziente: 1541968 Patient

Sesso: M Età: 69

Rischio di ospedalizzazione previsto per il 2013:

Molto alto

Il grafico mostra il cambiamento nel tempo del rischio di ospedalizzazione previsto per il paziente



Questo documento è un sommario delle informazioni di natura amministrativa per un paziente previsto a probabile 'rischio molto alto' di ospedalizzazione nel 2013 in base ai consumi sanitari del 2012.

Patologie croniche (in base al sistema o eziologia)

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Cardiovascolari | <input type="checkbox"/> Genitourinarie | <input type="checkbox"/> Oftalmologiche |
| <input type="checkbox"/> Dermatologiche | <input type="checkbox"/> Ginecologiche | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatriche |
| <input type="checkbox"/> Ematologiche | <input type="checkbox"/> Immunologiche | <input checked="" type="checkbox"/> Psichiatriche |
| <input checked="" type="checkbox"/> Endocrine | <input type="checkbox"/> Infettive | <input type="checkbox"/> Respiratorie |
| <input type="checkbox"/> Epatiche | <input type="checkbox"/> Muscoloscheletriche | <input type="checkbox"/> Sistema Genitale Maschile |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gastrointestinali | <input checked="" type="checkbox"/> Neurologiche | <input type="checkbox"/> Tumoriali |

Ospedalizzazione 2012 – N. di ricoveri occorsi al paziente: 1

N. 1 Degenza ordinaria presso Ospedali Riuniti-Pr

05/06/12 - 08/06/12 gg_deg: 3 Dimissione: Ordinaria a domicilio
Patologia principale del ricovero: 437.1 Altre Vasculopatie Ischemiche Cerebrali Generalizzate
Comorbidità: 310.1 Cambiamento Di Personalita Dovuto A Manifestazioni Classificate Altrove
250.80 Diabete Tipo Ii O Non Specificato, Non Definito Se Scompensato, Con Complicazioni Neurologiche

Pronto Soccorso 2012 – N. : 2

Presso Ospedali Riuniti-Pr

05/06/12 - 05/06/12

Dolore Toracico

Presso Ospedali Riuniti-Pr

01/09/12 - 01/09/12

Altri Sintomi O Disturbi

Paziente: 1541968 Patient

Sesso: M Età: 69

Linee-guida

Il paziente era eleggibile per i seguenti:

	<i>Event_date (if applicable)</i>	<i>Compliance con linee-guida</i>
Gestione del diabete (almeno un esame nell'anno)	6/8/2012	
emoglobina glicata		Si
esame dell'occhio		No
profilo lipidico		Si
microalbuminuria		No
ECG		No
filtrato glomerulare o creatinina		Si

Trattamento con statine

Nessuna prescrizione

Trattamento con aspirina

2 prescriz. > 180 giorni fra l

Visite specialistiche

Cardiologia

Gastroenterologia

Geriatrica

Mal.Endocrine/Diabetolog.

Malattie Infettive E Tropicali

Urologia

Farmaci: N. totale di farmaci nel 2012: 7

A02 Farmaci Per Disturbi Correlati All'Acidita'

Lansoprazolo

1 2 3 4

Raramente appropriato nei pazienti di età ≥ 65 anni

A10 Farmaci Usati Nel Diabete

Metformina

1 2 3 4

B01 Antitrombotici

Acido Acetilsalicilico

1 2 3 4

C07 Betabloccanti

Bisoprololo

1 2 3 4

C08 Calcio-Antagonisti

Felodipina

1 2 3 4

N05 Psicolettici

Quetiapina

1 2 3 4

Alcune volte indicato, ma spesso non usato correttamente nei pazienti di età ≥ 65 anni

Le proposte di intervento dell'equipe Casa della salute (MMG, Infermieri, Assistente Sociale)

Un esempio di interventi sulle persone identificate ad alto rischio in una Casa della Salute

In quanti dei pazienti inclusi nella lista "rischio alto " pensa che la strategia da attuare sia:		Totale
Invitare il paziente ad entrare in un programma di gestione integrata per diabete	N°	26
Invitare il paziente ad entrare in un programma di gestione integrata per BPCO	N°	45
Invitare il paziente ad entrare in un programma di gestione integrata per scompenso	N°	65
Invitare il paziente ad entrare in un programma di gestione integrata per malattie coronariche	N°	38
Attivare Adi	N°	58
Riconsiderare l'approccio farmacologico	N°	54
Sollecitare il paziente ad una maggiore compliance alla terapia	N°	75
Convocare il paziente per una visita ambulatoriale per rivedere l'approccio terapeutico	N°	23
Nessuna azione	N°	176
Altro: (ad es. contesto familiare precario, situazione di fragilità sociale)	N°	29

Le proposte di intervento dell'equipe Casa della salute (MMG, Infermieri, Assistente Sociale)

In quanti dei pazienti inclusi nella lista "rischio molto alto" pensa che la strategia da attuare sia:		
Invitare il paziente ad entrare in un programma di gestione integrata per diabete	N°	22
Invitare il paziente ad entrare in un programma di gestione integrata per BPCO	N°	30
Invitare il paziente ad entrare in un programma di gestione integrata per scompenso	N°	53
Invitare il paziente ad entrare in un programma di gestione integrata per malattie coronariche	N°	27
Attivare Adi	N°	73
Riconsiderare l'approccio farmacologico	N°	30
Sollecitare il paziente ad una maggiore compliance alla terapia	N°	27
Convocare il paziente per una visita ambulatoriale per rivedere l'approccio terapeutico	N°	15
Nessuna azione	N°	138
Altro: (ad es. contesto familiare precario, situazione di fragilità sociale)	N°	32