

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

**PROGETTO DI INTEGRAZIONE DELLA CONTINUITÀ E
APPROPRIATEZZA SOCIO-SANITARIA E OSPEDALIERA**

STATO DELL'ARTE A SEI MESI DALL'AVVIO

CONVEGNO CARD TRIVENETO

7 OTTOBRE 2016

**V. Amprino¹, E. Azzan², M.E. Focati³, M.R. Gualano¹, A. Piacenza⁴, R. Siliquini¹,
R. Stura⁵, P. Varese⁴, G. Gentili⁶**

1 Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino (TO)

2 Direzione Sanitaria ASL Alessandria

3 Direzione delle Professioni Sanitarie ASL Alessandria

4 S.C. Medicina Interna Presidio Ospedaliero Ovada (AL)

5 Direzione Distretto ASL Alessandria

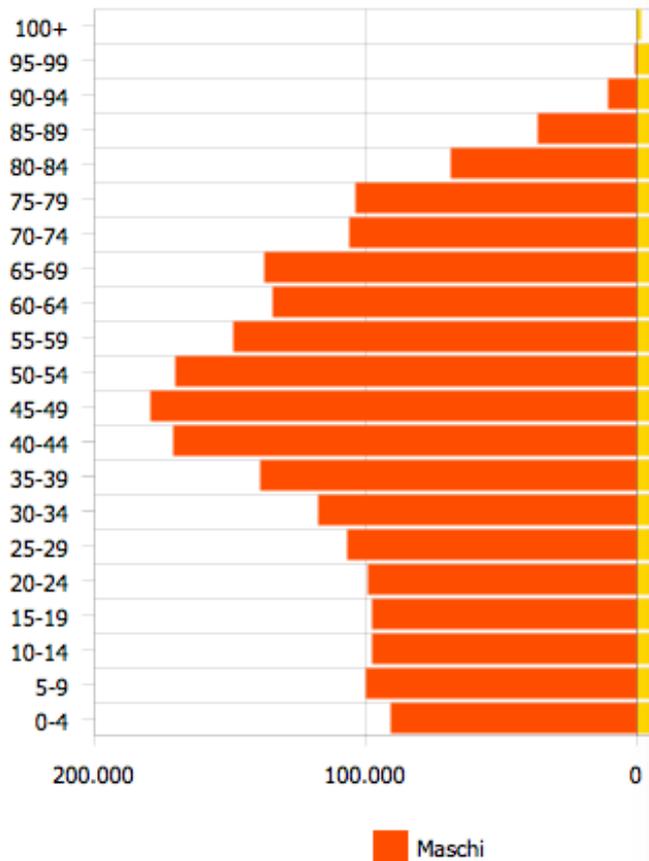
6 Direzione Generale ASL Alessandria

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

INVECCHIAMENTO GLOBALE DELLA POPOLAZIONE

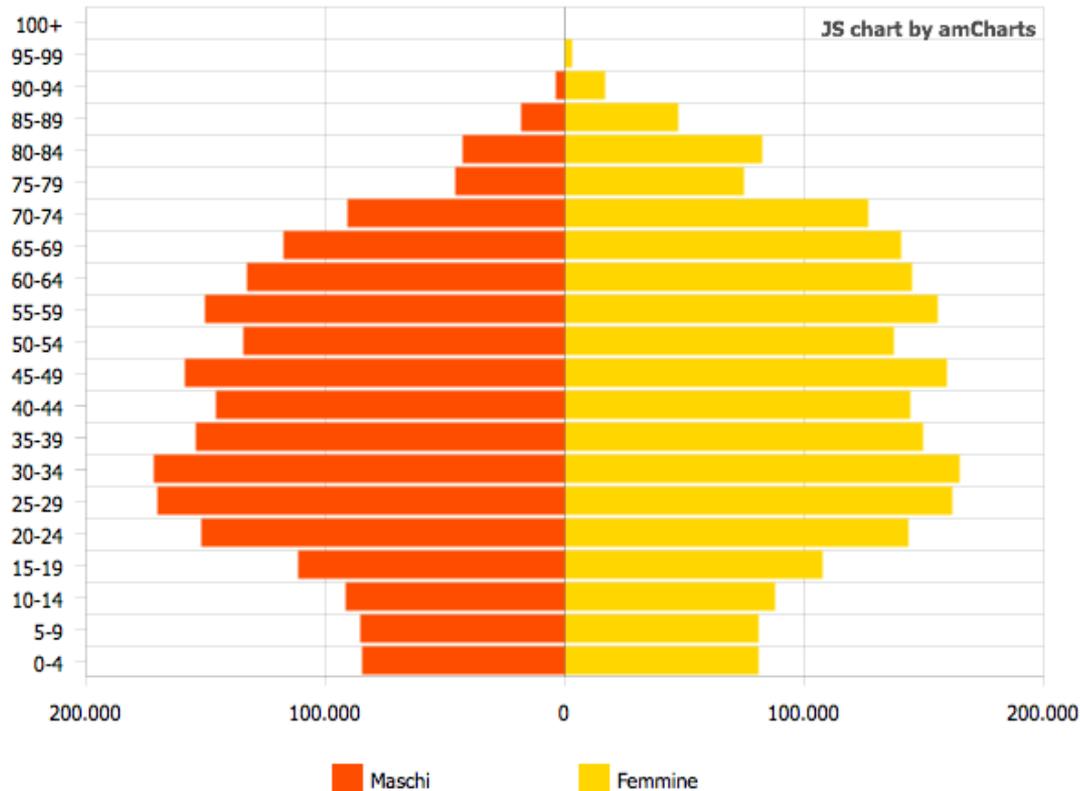
Popolazione per età delle Province del Piemonte (al 31 dicembre)

Piemonte - Anno 2015 - Maschi + Femmine



Popolazione per età delle Province del Piemonte (al 31 dicembre)

Piemonte - Anno 1995 - Maschi + Femmine



TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

INVECCHIAMENTO GLOBALE DELLA POPOLAZIONE

DEFINIZIONE DI INDIVIDUO

"AGEING, AN INEVITABLE CONVENTION, A PERSON HOWEVER, THE AGEING IN GENETICS, LIFESTYLE, AND

AGEING and HEALTH

Between 2000 and 2030, the number of people aged 60 and over is expected to double

In 2030, more than 1 in 5 people will be 60 years or older.



By 2030, 80% of older people will be living in low- and middle-income countries.

EVERY OLDER PERSON IS DIFFERENT



Some have the level of functioning of a 30 year old.

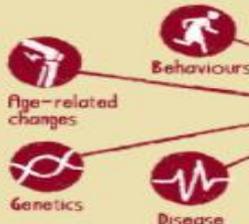


Some require full time assistance for basic everyday tasks.

Health is crucial to how we experience older age.

WHAT INFLUENCES HEALTH IN OLDER AGE

INDIVIDUAL



ENVIRONMENT THEY LIVE IN



WHAT IS NEEDED FOR HEALTHY AGEING

A change in the way we think about ageing and older people

Creation of age-friendly environments

Alignment of health systems to the needs of older people

Development of systems for long-term care



Healthy Ageing...being able to do the things we value for a long as possible

NOLOGICAL AGE AND, AS A TO AS ELDERLY....
ATION DUE TO DIFFERENCES

Tasso di crescita nella p

700

Popolazione indicizzata

TWO
CELEBRA
EVE
AN ANNU
58 MILLIO

1950

51-1998,
anni 100R.202R

ii
60

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

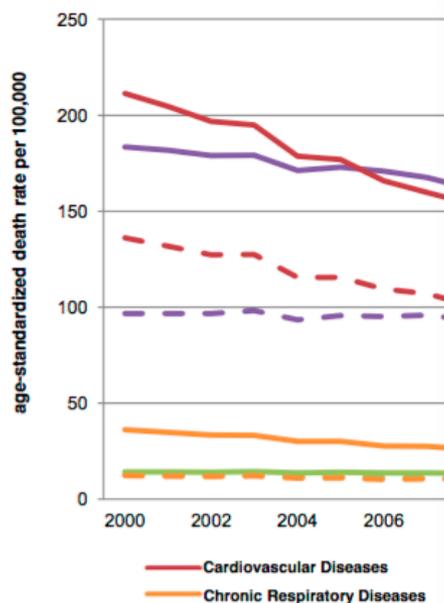
ANDAMENTO DELLE PATOLOGIE CRONICO-DEGENERATIVE

Italy

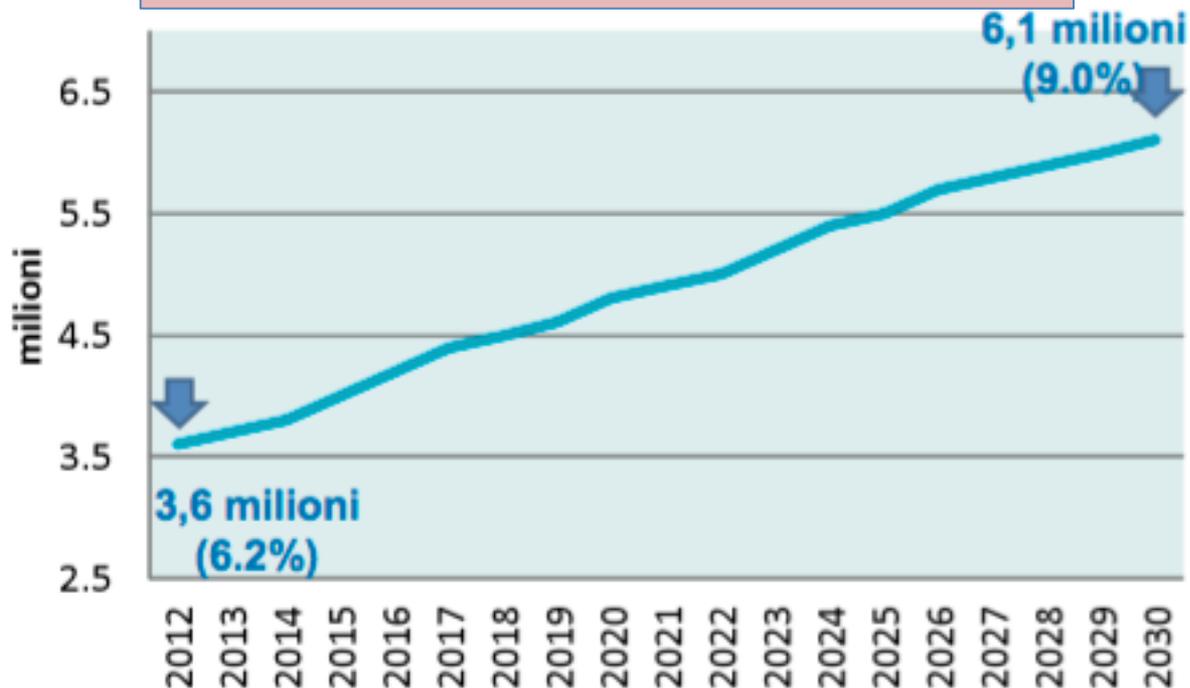
Total population: 60 885 000

Income Group: High

Age-standardized death rates



PROIEZIONI DELLA PREVALENZA DEL DIABETE IN ITALIA 2012-2030



FACTS AND FIGURES ABOUT DIABETES IN ITALY REPORT 2014

65-74 anni



48.7% popolazione italiana si dichiara affetto da una patologia cronica

≥ 75 anni

68.1% popolazione italiana si dichiara affetto da una patologia cronica

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

CONSUMO DI FARMACI

La probabilità delle interazioni tra farmaci dipende dal numero dei farmaci prescritti/assunti



$$\text{Interactions} = \frac{[\text{Drug count}] \times ([\text{Drug count}] - 1)}{2}$$

• Number of prescribed drugs	• Interactions
• 1	• 0
• 2	• 1
• 3	• 3
• 4	• 6
• 5	• 10
• 6	• 15
• 7	• 21
• 8	• 28
• 9	• 36
• 10	• 45

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

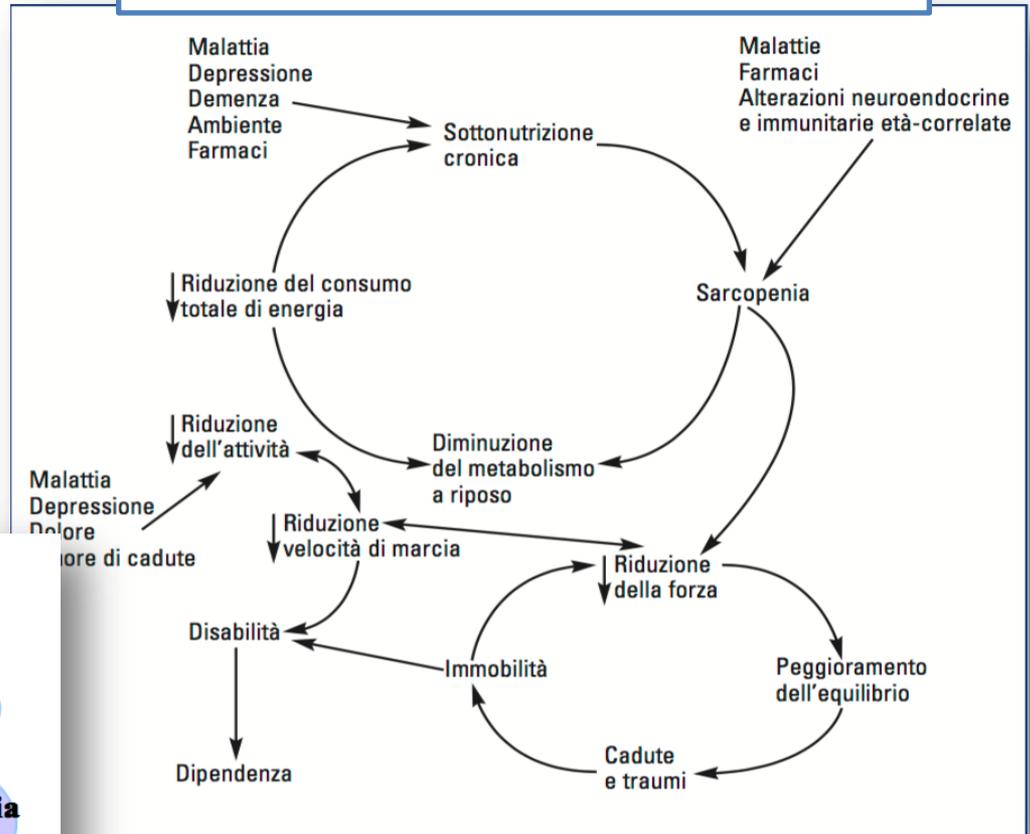
NUOVI BISOGNI DI SALUTE

UTENTE COMPLESSO

TRANSIZIONE CULTURALE



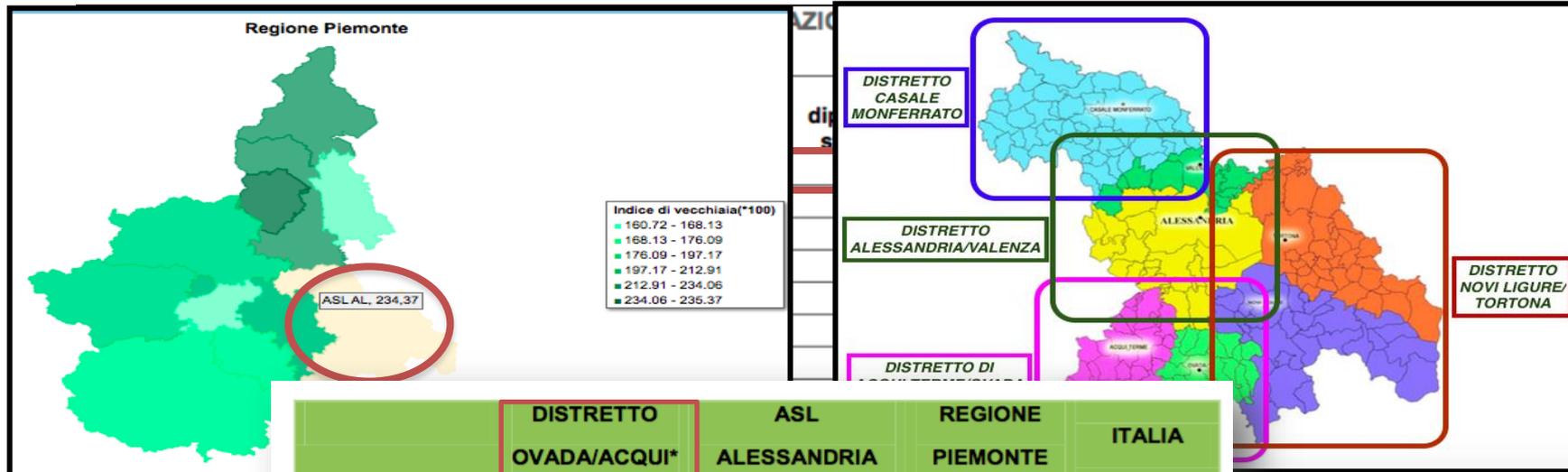
CICLO DI INDUZIONE DELLA FRAGILITÀ



...quasi tutti i Geriatri sono d'accordo nel dire che l'anziano fragile si riconosce ad una prima occhiata... Ferrucci et al. 2002

CONTESTO PROGETTUALE

INDICATORI EPIDEMIOLOGICI IN ITALIA, PIEMONTE, ASL AL E DISTRETTO DI OVADA/ACQUI



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

* Ambito territoriale di Ovada.

IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

PROGETTO DI INTEGRAZIONE DELLA CONTINUITÀ E APPROPRIATEZZA SOCIO-SANITARIA E OSPEDALIERA

DOMANDE

1

• *La percezione dei cittadini della mancanza di un punto di riferimento unico nel territorio.*

2

• *La relazione diagnostica-terapeutica con il paziente, spesso frammentata tra competenze specialistiche diverse.*

3

• *L'integrazione parziale tra la realtà ospedaliera e quella territoriale.*

RISPOSTE

1

• **CENTRO DI ACCOGLIENZA DELLE FRAGILITÀ**

2

• **POSTI LETTO DI OSSERVAZIONE BREVE TERRITORIALE**

3

• **PRIMAVENGOIO! PROGETTO PER UN MIGLIOR USO DEI FARMACI**

MEDICINA

D'ATTESA

MEDICINA D'INIZIATIVA

IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

PROGETTO DI INTEGRAZIONE DELLA CONTINUITÀ E APPROPRIATEZZA SOCIO-SANITARIA E OSPEDALIERA

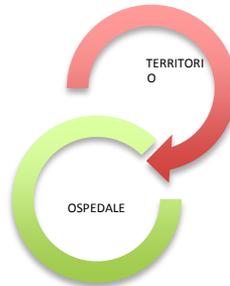
VALORIZZAZIONE
RETE
ASSISTENZIALE

FLESSIBILITÀ
MODELLI
ORGANIZZATIVI

APPROCCIO
INTEGRATO
CITTADINO
FRAGILE

STADIAZIONE
BISOGNO
ASSISTENZIALE

EMPOWERMENT



MIGLIORARE L'ADERENZA TERAPEUTICA E LA GESTIONE DELLA PATOLOGIA CRONICA

RIDURRE GLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO

RIDURRE IL TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE CONNESSO ALLA RIACUTIZZAZIONE PER PATOLOGIE CRONICHE



IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

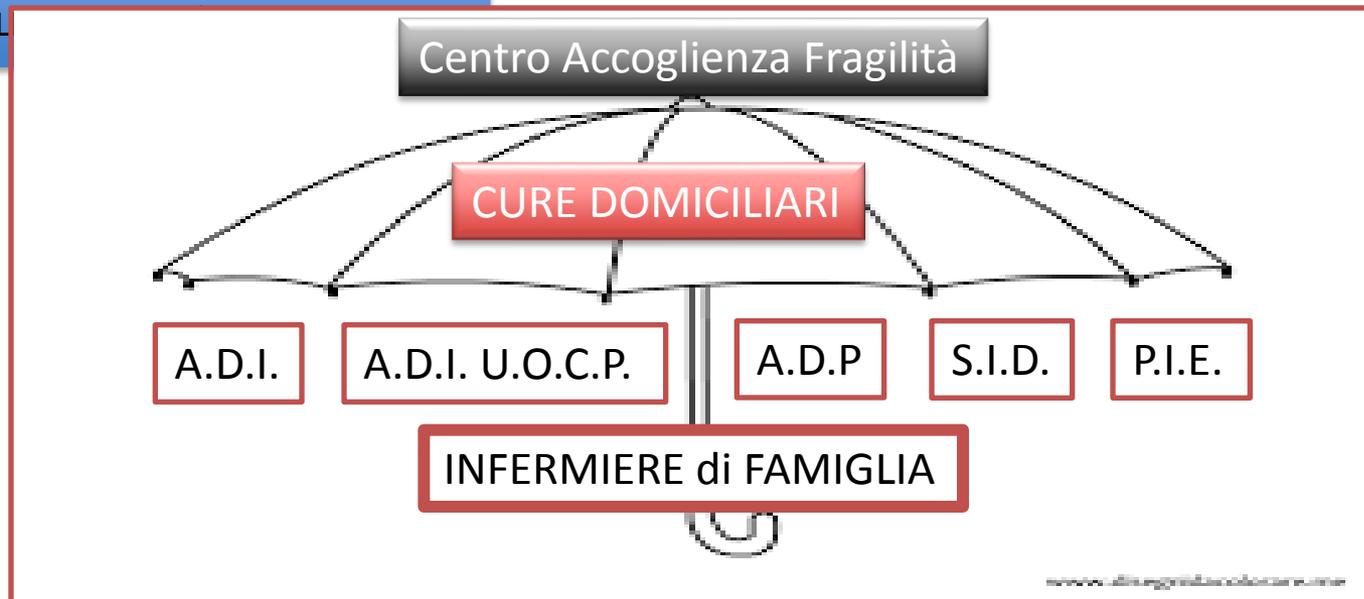
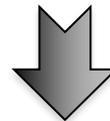


CENTRO DI ACCOGLIENZA FRAGILITÀ

IL **CENTRO DI ACCOGLIENZA DELLE FRAGILITÀ**, COLLOCATO NELLA SEDE DISTRETTUALE DI OVADA RAPPRESENTA **UN PUNTO UNICO DI ACCESSO** SUL TERRITORIO PER I CITTADINI FRAGILI.

IL PERSONALE INFERMIERISTICO DEL CENTRO DI ACCOGLIENZA DELLE FRAGILITÀ

ACCOGLIE IL CITTADINO OFFRENDO
CONSULENZA INFORMATIVA SUI SERVIZI
TERRITORIALI DISTRETTUALI DELL'ASL AL
E SUL



PERCORSO DI PRESA IN CARICO

IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

CENTRO DI ACCOGLIENZA FRAGILITÀ



IL DOCUMENTO PROGRAMMATICO “SALUTE 21” ELABORATO DA OMS EUROPA INDIVIDUA DUE FIGURE SANITARIE DI PRIMARIA IMPORTANZA PER I SERVIZI DI ASSISTENZA PRIMARIA: IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (M.A.P.) E L’INFERMIERE DI FAMIGLIA (I.F.).

ORGANIZZA
INFERMIERISTICI
DI GRUPPO,
PAZIENTI
ATTRAVERSO
DELLA PROPRIETÀ
DELLA SUA GESTIONE

L'infermiere di famiglia: “aiuterà gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie. Tali infermieri danno consigli riguardo gli stili di vita ed i fattori comportamentali di rischio ed assistono le famiglie in materia di salute. Attraverso la diagnosi precoce, possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere.

OMS SALUTE21

ELABORA STRATEGIE
COMPLESSE, PER
TEMPO: VISITAZIONI
DIAGNOSTICI,
EFFETTUARE FARMACI
SOMMINISTRARE

LE AREE DI
INTERVENTO E DI
ATTIVITÀ, ATTRAVERSO
LA
DETERMINAZIONE
DEI FATTORI DI RISCHIO
E DI CORRETTI
STILI DI VITA (ABITUDINI
CORRETTIVE)
ATTIVITÀ

STRATEGIE DI
INTERVENTO
PER GESTIRE
IL RISCHIO,
PREVENIRE
IL COMPENSO
E DA
ATTIVANDO LE
ATTIVITÀ
TERRITORIALI
SALUTE-SANITARI,
DEL
SISTEMA
FAMILIARI E

IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

CENTRO DI ACCOGLIENZA

Sede legale: via Venezia 6 15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140057

CARTELLA IFeC

DISTRETTO		CARTELLA N.	
COD. FISCALE			
COGNOME	NOME	SESSO	M F
NATO IL	A	PROV.	
RES/DOM VIA			
ST.CIVILE	CONIUGATO/A SEPARATO/A VEDOVO/A CELIBE/NUBILE	VIVE CON	FAMIGLIA SOLO IN STRUTTURA ALTRO
		PROF.NE	OCCUPATO PENSIONATO ALTRO (STUDENTE,DISOCCUPATO)
LINGUA	ITALIANO ALTRA LINGUA		
CAREGIVER 1		TEL.1	
CAREGIVER 2		TEL.2	
MED. CULTURALE			
CONT. ALTRI SERVIZI			
FATTORI DI RISCHIO	NESSUNO FUMO (N/GIORNO) EX FUMO ALCOL IPERTENSIONE ARTERIOSA		IPERCOLESTEROLEMIA SEDENTARIETA OBESITA SOVRAPPESO ALTRO
DATA INGRESSO		ORE	
DATA ULTIMO RIC. CAUSA			
PATOL. PRINCIPALI			
PATOL. CONCOMIT.			
MMG			
MOTIVO DI CHIUSURA	B C G	DECESSO COMPLETAMENTO PROGRAMMA CAMBIO RESIDENZA	H I L CAMBIO MEDICO VOLONTA' UTENTE ALTRO
Raccolto consenso informato trattamento dei dati sensibili con riferimento alle prestazioni sanitarie effettuate secondo quanto previsto dal Dlgs 196/2003 e succ. modificazioni. Il sottoscritto si impegna alla restituzione della Cartella IFeC			
Firma MMG		Firma IFeC	Firma utente/caregiver



IDENTIFICAZIONE
LISTE DEI PAZIENTI
MEDICO DI ASSISTENZA
DEGLI UTENTI A RISCHIO
CRONICHE PATOLOGICHE

ACQUISIZIONE
DELL'INFORMAZIONE
DEL CONSENSO

EFFETTUAZIONE
INFERMIERISTICA
E VERIFICA DEI PARAMETRI
PATOLOGICI

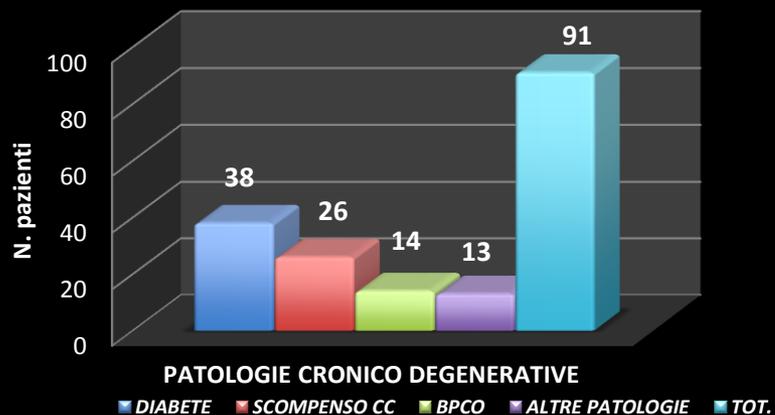
PARAMETRI FUORI
STANDARD

INVIARE AL MEDICO DI
ASSISTENZA PRIMARIA
PER VALUTAZIONE
CLINICA

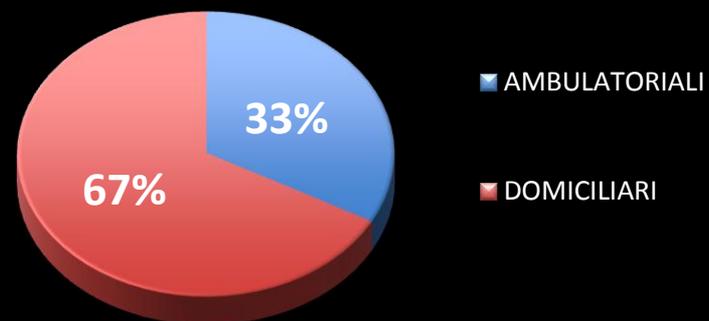
PAZIENTE
STABILIZZATO

DATI DI ATTIVITÀ INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA

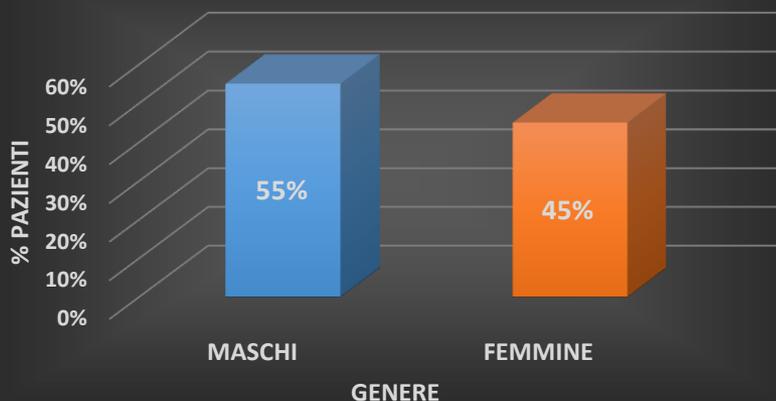
DISTRIBUZIONE PER PATOLOGIA



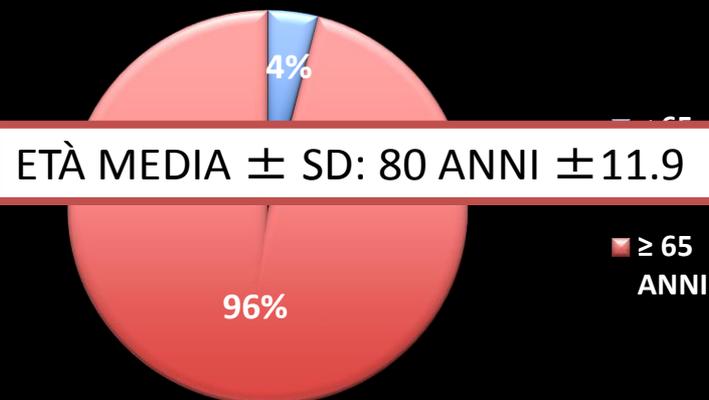
DISTRIBUZIONE MODALITÀ ACCESSO PAZIENTI



DISTRIBUZIONE PER GENERE

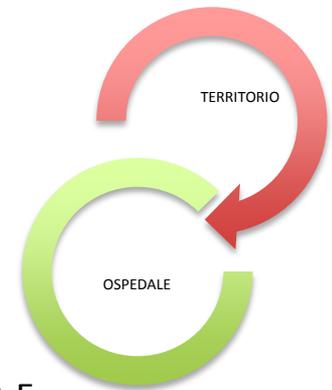


DISTRIBUZIONE PER ETÀ



IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

CENTRO DI ACCOGLIENZA FRAGILITÀ



CRITERI DI INCLUSIONE

- PAZIENTI CON BPCO STADIO II, III E IV;
- PAZIENTI IN GRADO DI ACCEDERE, ANCHE ACCOMPAGNATI, PRESSO GLI AMBULATORI DI VISITA E PARTECIPARE AGLI INTERVENTI EDUCAZIONALI PROGRAMMATI;
- PAZIENTI MOTIVATI A INTRODURRE CAMBIAMENTI ATTIVI DEL PROPRIO STILI DI VITA.

CRITERI DI ESCLUSIONE

- PAZIENTI CLINICAMENTE INSTABILI;
- PAZIENTI NON MOTIVATI O NON IN GRADO DI PARTECIPARE ATTIVAMENTE AI PROGRAMMI PROPOSTI.

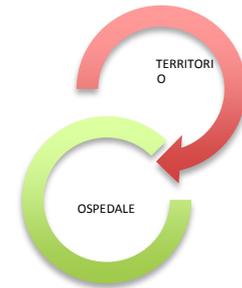
OBIETTIVO SPECIFICO

VERIFICARE LE RICADUTE DI UN INTERVENTO ATTIVO SULLO STILE DI VITA DA PARTE DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA, DEGLI SPECIALISTI CON IL SUPPORTO E COUNSELLING **DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA**, IN TERMINI DI:

- POSSIBILITÀ DI RIDUZIONE DEL NUMERO DI TERAPIE FARMACOLOGICHE PRESCRITTE A PAZIENTI CON MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE;
- **MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA;**
- **MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA;**
- **RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IN P.S. DOVUTI A RIACUTIZZAZIONI DELLE PATOLOGIE CRONICHE.**

LE VARIABILI DI INTERESSE SONO RACCOLTE SULLA CARTELLA MEDICO/INFERMIERISTICA A TO E DURANTE I FOLLOW UP PREVISTI (3-6 E 12 MESI).

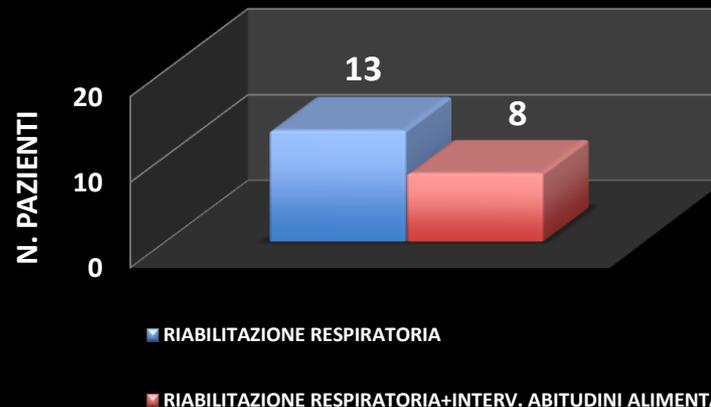
IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.



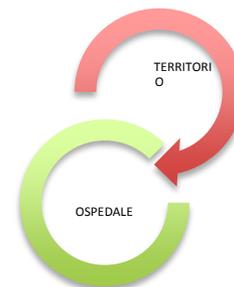
INDICE DI MORISKY → ADERENZA TERAPEUTICA
QUESTIONARIO CAT → QUALITÀ DELLA VITA

CONTROLLI PAZIENTE BPCO				
CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE INCLUSO NELLO STUDIO (DICEMBRE 2015-MAGGIO 2016)				
N.PZ PRESI IN CARICO	21			
VARIABILI	ETÀ	BMI	COMORBILITÀ	N.FARMACI/PZ
MEDIA	73.7	28.8	2.2	6
DEVIATIONE STD.	(±6.6)	(±5.6)	(±1.4)	(±2.2)
MEDIANA	75	28.4	2	6
MINIMO	59	19.5	1	3
MASSIMO	83	38.9	4	10
MIP				
MEP				
WALKING TEST				
VAS	BASALE			
	DOPO SFORZO			
RILEVAZIONE PESO				
RILEVAZIONE ALTEZZA				
BMI				
MISURAZIONE GIROVITA				
FC				
FR				
PAO				
EMOCROMO				
FORMULA				
GLICEMIA				
TRIGLICERIDI				
COL TOT				
COL HDL				
INSERIMENTO PROGRAMMA STILI DI VITA				

DISTRIBUZIONE PER INTERVENTI SUGLI STILI DI VITA



IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.



INDICE DI MORISKY → ADERENZA TERAPEUTICA
QUESTIONARIO CAT → QUALITÀ DELLA VITA

SCHEDA FARMACOLOGICA PAZIENTE BPCO

FARMACI	BASEALE	MESI												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	#	11	12	
1	PRINCIPIO ATTIVO ENALAPRIL DOSAGGIO 20 MG POSOLOGIA 1 CP/DIE CODICE COLORE GIALLO			ENALAPRIL 20 MG 1 CP/DIE GIALLO			ENALAPRIL 20 MG 1 CP/DIE GIALLO							
2	PRINCIPIO ATTIVO BARNIDIPINA DOSAGGIO 20 MG POSOLOGIA 1 CP/DIE CODICE COLORE GIALLO			BARNIDIPINA 20 MG 1 CP/DIE GIALLO			BARNIDIPINA 20 MG 1 CP/DIE GIALLO							
3	PRINCIPIO ATTIVO LOVASTATINA DOSAGGIO 20 MG POSOLOGIA 1 CP/DIE CODICE COLORE GIALLO			LOVASTATINA 20 MG 1 CP/DIE GIALLO			LOVASTATINA 20 MG 1 CP/DIE GIALLO							
4	PRINCIPIO ATTIVO AC. ACETILSALICILICO DOSAGGIO 100 MG POSOLOGIA 1 CP/DIE CODICE COLORE GIALLO			AC. ACETILSALICILICO 100 MG 1 CP/DIE GIALLO			AC. ACETILSALICILICO 100 MG 1 CP/DIE GIALLO							
5	PRINCIPIO ATTIVO OMEPRAZOLO DOSAGGIO 20 MG POSOLOGIA 1 CP/DIE CODICE COLORE GIALLO			OMEPRAZOLO 20 MG 1 CP/DIE GIALLO			GLICOPIRRONIO BROMURO 44 MCG 1 SOM/DIE GIALLO							
6	PRINCIPIO ATTIVO GLICOPIRRONIO BROMURO DOSAGGIO 44 MCG POSOLOGIA 1 SOM/DIE CODICE COLORE GIALLO			GLICOPIRRONIO BROMURO 44 MCG 1 SOM/DIE GIALLO			FUROSEMIDE 25 MG 1/2 CP/DIE GIALLO							
7	PRINCIPIO ATTIVO DOSAGGIO POSOLOGIA CODICE COLORE			FUROSEMIDE 25 MG 1/2 CP/DIE GIALLO										
8	PRINCIPIO ATTIVO DOSAGGIO POSOLOGIA CODICE COLORE			IBUPROFENE 600 MG 1 CP/DIE BIANCO										
9	PRINCIPIO ATTIVO DOSAGGIO POSOLOGIA CODICE COLORE			FLUCONAZOLO 100 MG 1 CP/DIE BIANCO										
10	PRINCIPIO ATTIVO DOSAGGIO POSOLOGIA CODICE COLORE													

PAZIENTE BPCO-IF

SI	6	7	8	9	10	11	12
	1						
	130/80						
	96						
	24						
	66 R						
	98,7						
	168						
	34,97						
	125						
	2						
	2						
	1						
	1						
	2						
	1						
	2						
	1						

IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

OSSERVAZIONE BREVE TERRITORIALE



ATTIVAZIONE PRESSO **LA S.C. MEDICINA INTERNA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI OVADA** DI QUATTRO POSTI LETTO PER L'OSSERVAZIONE BREVE **TERRITORIALE**.

GESTIONE DIRETTA DEI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA E CON LA COLLABORAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO TERRITORIALE E OSPEDALIERO.

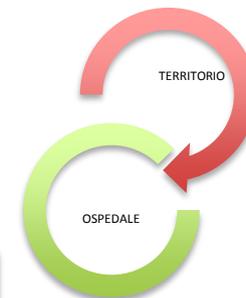
PERIODO DI OSSERVAZIONE **DI MASSIMO 24 ORE** PER TRATTAMENTI QUALI:
NECESSITÀ DI MONITORAGGIO CLINICO IN ASSENZA DI CAREGIVER;
PREPARAZIONI PER INDAGINI DIAGNOSTICHE (COLONSCOPIA; TC CON M.D.C);
TERAPIA ENDOVENA DI BREVE DURATA, MA RIPETUTA NEL GIORNO (ES. DIURETICI, ANTIBIOTICI, TERAPIA IDROPINICA);

CRITERI DI INCLUSIONE:

PAZIENTI CHE NON NECESSITANO DELLA COMPLESSITÀ DEL II LIVELLO ASSISTENZIALE O 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.

IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

OSSERVAZIONE BREVE TERRITORIALE

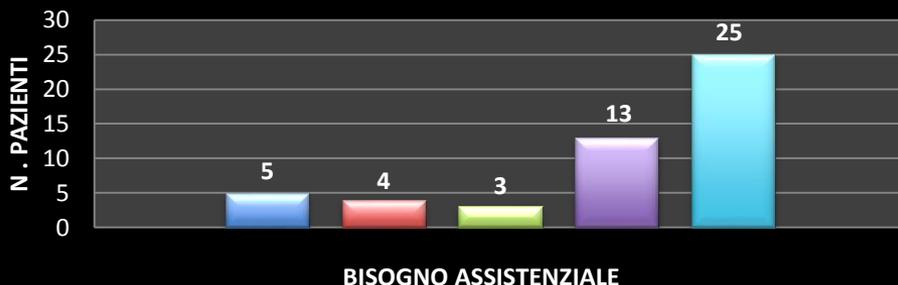


CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE INCLUSO NELLO STUDIO (DICEMBRE 2015-MAGGIO 2016)

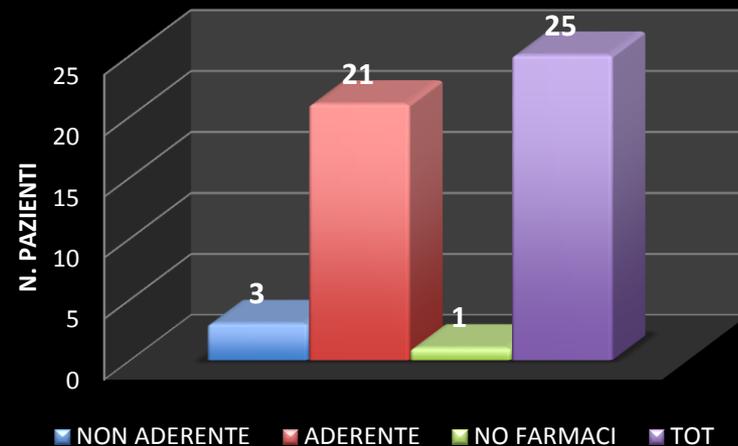
	ETÀ	DURATA O.B.T
N.	25	
MEDIA	73.6	6.4
DEVIAZIONE STD.	(±18.8)	(±5.9)
MEDIANA	78	5
MINIMO	19	2h 15 min
MASSIMO	95	24h

DISTRIBUZIONE PER BISOGNO ASSISTENZIALE

- EMOTRASFUSIONI
- TERAPIA
- PREPARAZIONI DIAGNOSTICHE
- ACCERTAMENTI CLINICI



DISTRIBUZIONE INDICE DI MORISKY



IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

PRIMA VENGOIO-PROGETTO PER UN MIGLIORE USO DEI FARMACI



“Any symptom in an elderly patient should be considered a

Clinical Review & Education

Special Communication | LESS IS MORE

evidence
open access journal published by the GIMBE Foundation

Hot topics



Sospendere i farmaci negli anziani: un approccio *evidence-based*

Antonino Cartabellotta^{1*}

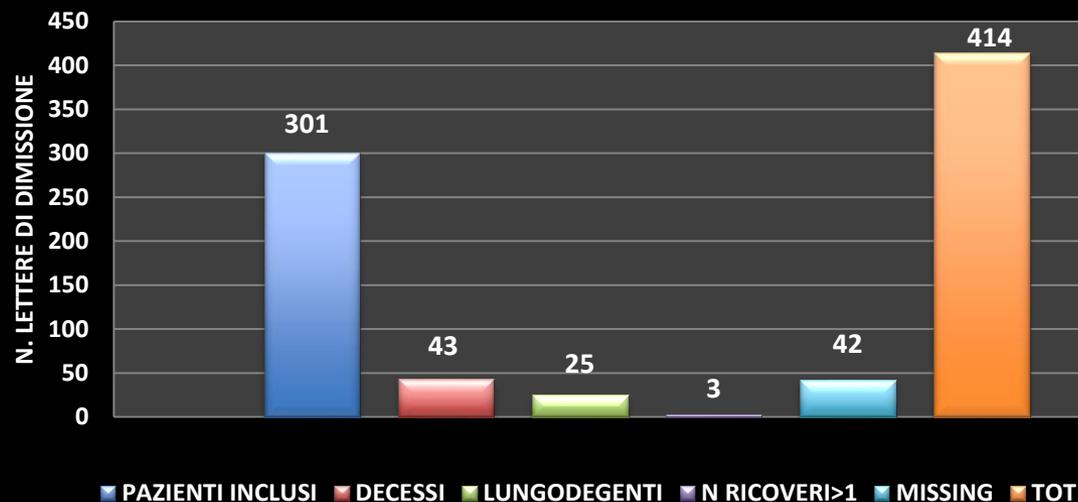
¹ Presidente Fondazione GIMBE

IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

PRIMA VENGOIO-PROGETTO PER UN MIGLIORE USO DEI FARMACI



ANALISI DESCRITTIVA CAMPIONE



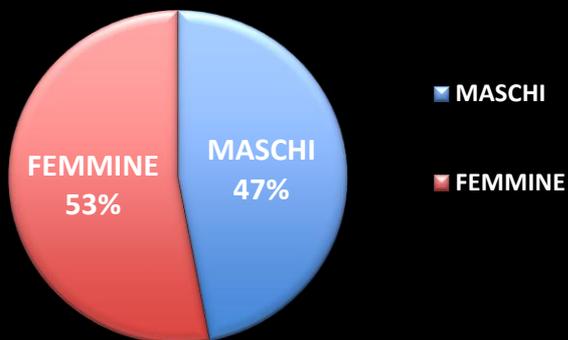
CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE INCLUSO NELLO STUDIO (DICEMBRE 2015-MAGGIO 2016)

	ETÀ	GG DEGENZA	N. FARMACI
N. CAMPIONE		301	
MEDIA	78.3	12.0	6.2
DEVIAZIONE STD.	(±13.8)	(±8.6)	(±2.9)
MEDIANA	81	10	6
MINIMO	18	1	0
MASSIMO	98	62	14

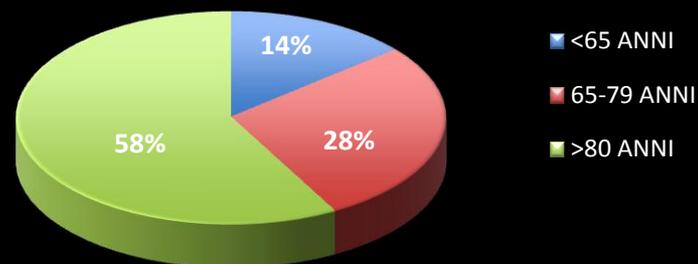
IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

PRIMA VENGOIO - PROGETTO PER UN MIGLIORE USO DEI FARMACI

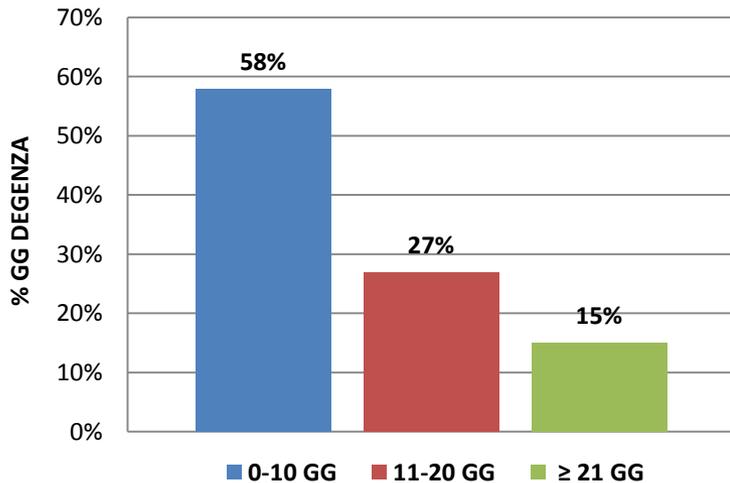
DISTRIBUZIONE PER GENERE



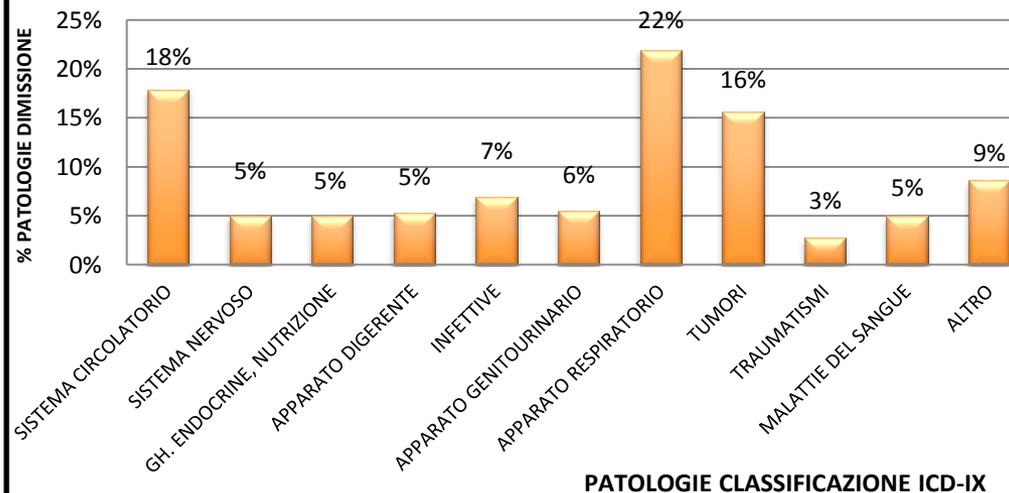
DISTRIBUZIONE PER ETÀ



CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE PER GIORNATE DI DEGENZA



CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE PER CODICE ICD-IX ALLA DIMISSIONE



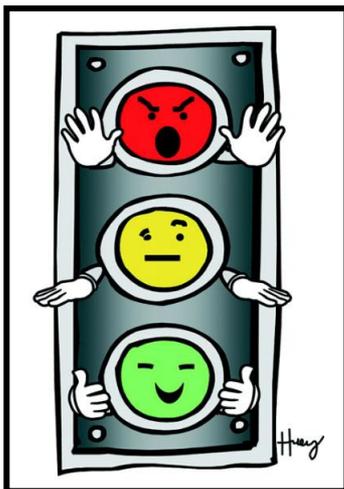
PATOLOGIE CLASSIFICAZIONE ICD-IX

IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

PRIMA VENGOIO-PROGETTO PER UN MIGLIORE USO DEI FARMACI



CODICE COLORE



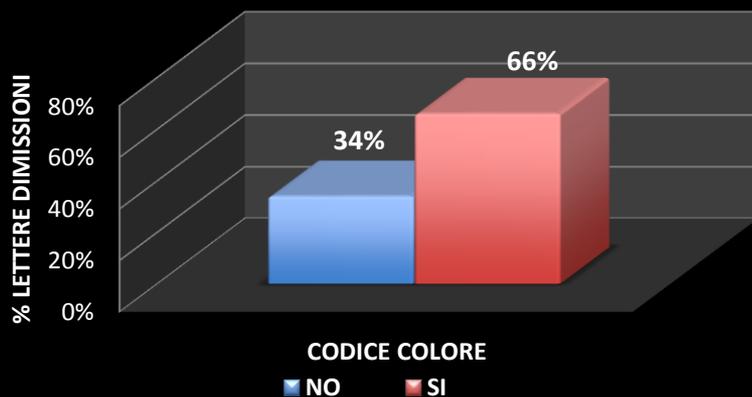
Percorso Post-dimissione (Terapie)

CLONAZEPAM 15gtt sera fA **rosso**
TRAZODONE 60mg/ml gtt 10gtt x3 h8-16-20 fC **verde**
ROTIGOTINA cerotto 6mg\24h mette al mattino fA verde
FINASTERIDE 5mg 1cp h8 fA **giallo**
TAMSULOSINA 1cp h20 fA giallo

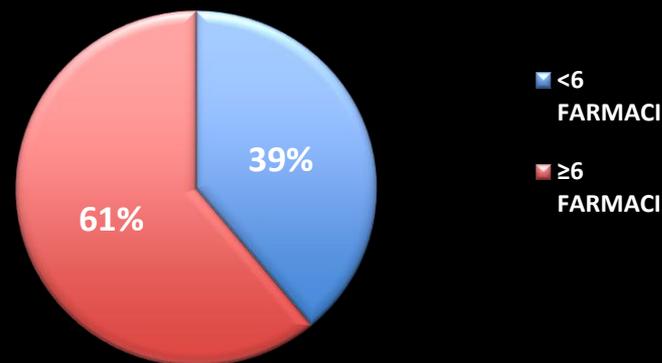
Percorso Post-dimissione (Terapie)

FENOBARBITALE 100 1 c alla sera cod colore rosso
CLONAZEPAM 5 gtt alla sera cod colore giallo
TIMOLOLO/BRINZOLAMIDE coll. come già in terapia cod colore giallo
Adeguata idratazione

DISTRIBUZIONE PER CODICE COLORE INSERITO NELLA LETTERA DI DIMISSIONE



DISTRIBUZIONE PER N.FARMACI <6 PAZIENTI ≥65 ANNI



IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

PRIMA VENGOIO-PROGETTO PER UN MIGLIORE USO DEI FARMACI

ANALISI UNIVARIATA E MULTIVARIATA

N. FARMACI 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 (0.29-0.98)
3) DURATA DEGENZA		
0-10 GG	1.00 ²	1.00 ²
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 ²	1.00 ²
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)

ABBIAMO ANALIZZATO LE
NOSTRE VARIABILI
INDIPENDENTI



ETÀ, GENERE, DURATA
DEGENZA, CODICE
COLORE E DIAGNOSI
ALLA DIMISSIONE

IN ASSOCIAZIONE CON
LA VARIABILE
DIPENDENTE



N. FARMACI ALLA DIMISSIONE

Farmaci e anziani

metodi per gestire l'inappropriatezza prescrittiva

di A Nobili¹, L Pasina¹, A Mangiagalli², AR Marchetti³,
S Frau⁴, R Zimol⁴

1. Laboratorio di Valutazione della Qualità delle Cure e dei Servizi per l'Anziano, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano; 2. MMG, Milano; 3. MMG, Legnago (VR); 4. Farmacista, Redazione Dialogo sui Farmaci

Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica nell'anziano "I Criteri di Beers"



Appropriatezza prescrittiva nella
popolazione anziana

Farmaci rimborsabili dal SSN

Farmaci da evitare	Farmaci raramente appropriati	Farmaci da usare solo per alcune condizioni
Analgesici Pentazocina	Anti-aggreganti Ticlopidina	Antiaritmici Amiodarone Diidrochinidina Chinidina Dronedaron Flecainide Propafanone Sotalolo
Anti-aritmici Disopiramide	Anti-secretivi Inibitori di pompa (≥ 12 mesi)	Antipsicotici atipici: Risperidone Quetiapina Olanzapina Clozapina Aripripazolo Paliperidone Ziprasidone
Anti-infiammatori FANS (>15 giorni) Indometacina Ketorolac iniettabile (max 2 gg)	Anti-depressivi Fluoxetina	Antipsicotici convenzionali: Aloperidolo Amisulpiride Clorpromazina Clotiapina Flufenazina Perfenazina Pimozide Promazina Sulpiride Trifluoperazina
Anti-parkinson Orfenadrina cloridrato		Sistema cardiovascolare Clonidina (compresse) Metildopa Nifedipina a breve durata d'azione Spironolattone >25mg/die
Sistema endocrino Estrogeni (sistemici) Metiltestosterone		Sistema cardiovascolare Clonidina (cerotti) Digossina Doxazosina
Sistema nervoso centrale Amitriptilina Citalopram >20mg/die Clorpropamide Escitalopram >10mg/die		

primum non nocere

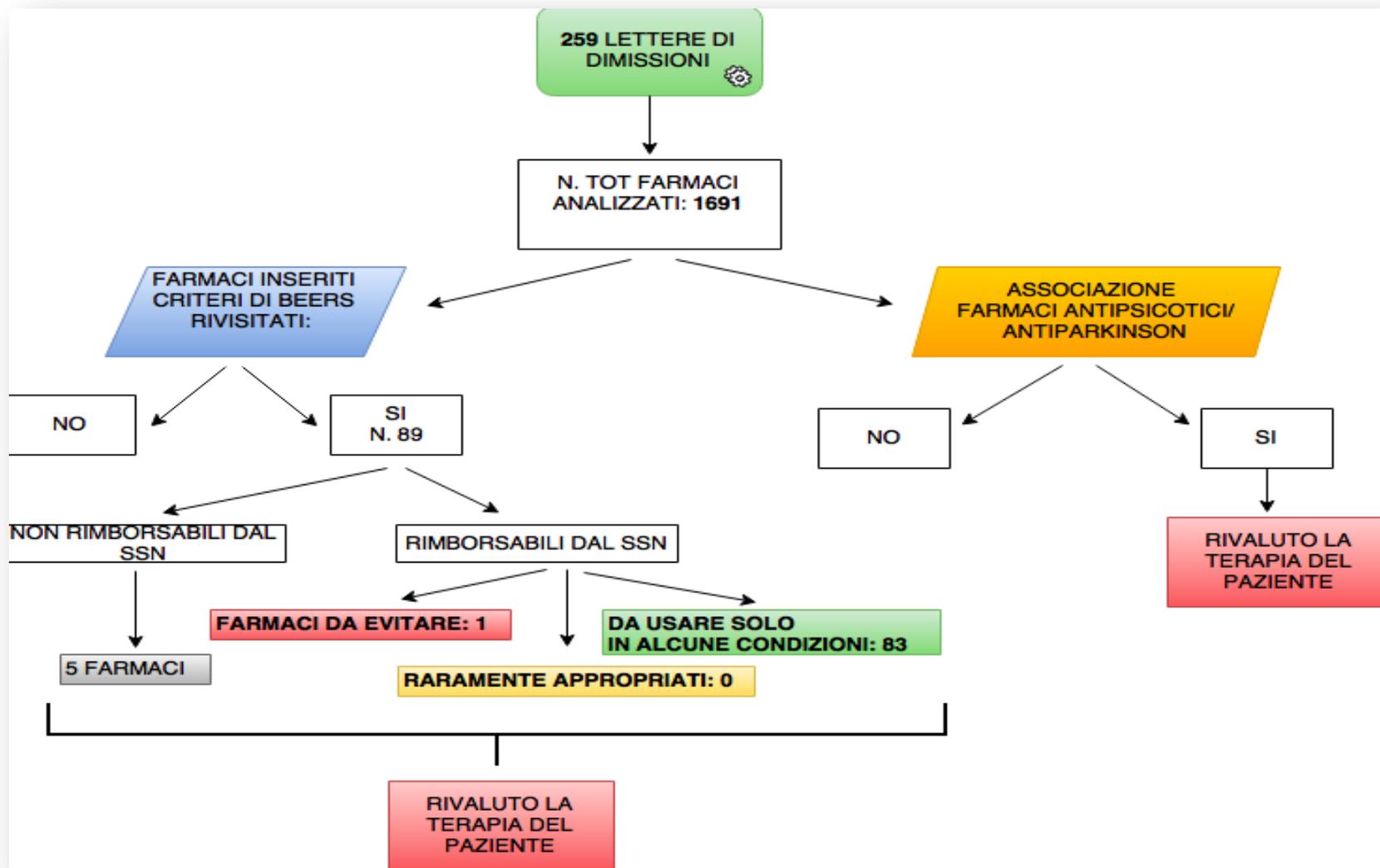
Farmaci non rimborsabili dal SSN

Per i farmaci non rimborsabili dal SSN, la lista include 6 farmaci appartenenti alla categoria di quelli che dovrebbero sempre essere evitati: benzodiazepine a lunga emivita, benzodiazepina a breve emivita, antistaminici, lassativi stimolanti, nitrofurantoina e metoclopramide (orale).

IL PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

PRIMAVERGOIO-PROGETTO PER UN MIGLIORE USO DEI FARMACI

ANALISI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DELLA TERAPIA ALLA DIMISSIONE DAL REPARTO



CONSIDERAZIONI



“Le vittime della medicina frammentata, fatta di tanti segmenti indipendenti, ciascuno con proprie regole e obiettivi sono due: la persona in difficoltà, non protetta da un sistema adatto alle varie tappe della sua malattia, e il medico la cui professione si riduce a un insieme di atti tecnici, spesso slegati fra di loro (dei quali non sempre comprende lo scopo) e circa i quali non di rado è costretto ad accettare decisioni prese da altri con cui non è in sintonia” (*Trabucchi, 2009, pag.53*).



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.

I. CACCIAPUOTI CURE PRIMARIE H24. CHRONIC CARE MODEL E MEDICINA DI INIZIATIVA

“Secondo me la missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua (...) intravedo la sparizione di tutti gli ospedali e di tutti gli ospizi. (...) ma a che cosa serve parlare ora dell'anno 2000?

Florence Nightingale, 1889



CONSIDERAZIONI

L'EMPOWERMENT NON È SOLTANTO UNA FORMA RAFFINATA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE VOLTA A INDURRE STILI DI VITA APPROPRIATI, MA, COME DICE RAPPAPORT – IL MAGGIORE STUDIOSO DELL'ARGOMENTO – È UN “PROCESSO DELL'AZIONE SOCIALE ATTRAVERSO IL QUALE **LE PERSONE, LE ORGANIZZAZIONI E LE COMUNITÀ ACQUISISCONO COMPETENZA SULLE PROPRIE VITE, AL FINE DI CAMBIARE IL PROPRIO AMBIENTE SOCIALE E POLITICO PER MIGLIORARE L'EQUITÀ E LA QUALITÀ DI VITA**”.

Age.Na.S. 2010

The Question of Long-Term Care: How Do You Eat An Elephant?

by Chris Langston | September 3, 2013
Posted in category Health Policy, Long-term Care, Uncategorized

Change can be slow and the process maddening, but if we are steadfast and use the tools we have, we have every chance to succeed.

How do you eat an elephant? One bite at a time.

