

# Database Socio Sanitari per la valutazione preliminare della fragilità sul territorio della Regione Emilia Romagna

Taggiasco Tiziana - UO Gestione Territoriale Non Autosufficienza, Azienda USL Piacenza

Bonesi Maria Grazia - Medico Medicina Generale Dipartimento Cure Primarie, Azienda USL Modena

Falasca Pasquale - Servizio Valutazione Strategica e Sistema Informativo Direzionale, Azienda USL di Ravenna

Calzà Laura - HST – ICIR, Università di Bologna

**Obiettivo** del progetto è raccogliere dati per la valutazione preliminare di fragilità, attingendo da Database sociali e sanitari già esistenti ed utilizzati originariamente per altro scopo, analizzando situazioni socialmente critiche presenti sul territorio, utilizzando strumenti capaci di rilevare e registrare in modo semplice e rapido condizioni di fragilità di una popolazione non ancora nota ai servizi sociali e sanitari.

Di seguito sono riportati esempi di best practices già esistenti e sperimentate sul territorio della Regione Emilia Romagna che costituiranno importante punto di avvio per l'attuazione del progetto



COMUNE DI PIACENZA



## Assistenza integrata sociosanitaria ad un nucleo di persone abitanti in isolato difficile dal punto di vista relazionale, sanitario, cognitivo, comportamentale

### Introduzione e obiettivi

Il progetto è stato identificato per testare un approccio proattivo verso i problemi della popolazione. La sua particolarità è rappresentata dalla presa in carico di tutta la popolazione abitante nello stesso quartiere, circa 1500 abitanti.

Un secondo obiettivo è stato creare una rete sociosanitaria integrata per le fasce di popolazione deboli.

### Metodo

Il target di popolazione assistita è composta da persone adulte con patologia psichiatrica stabilizzata, persone adulte con disagio sociale o familiare, nuclei familiari abitanti nello stesso con una o più persone con patologie croniche, oltre agli abitanti sani ivi presenti.

Gli interventi previsti sono stati:

- formare il team di presa in carico sulla valutazione dei bisogni,
- valutare la salubrità degli stili di vita, delle abitazioni e del lavoro, valutare lo stato di salute e benessere dei nuclei familiari nei condomini assistiti,
- definire in modo condiviso il responsabile del caso,
- progettare gli interventi di assistenza o di sostegno/sollievo necessari alle singole persone o ai nuclei familiari, sia domicilio che in sedi differenti,
- creare un data base condiviso sui casi tra ASL, Servizi Sociali del Comune di Piacenza, MMG, definire il profilo di salute e benessere raggiungibile per i nuclei familiari assistiti.

### Risultati

E' stato attivato il team di presa in carico socio-sanitario con l'assegnazione di una Infermiera a tempo pieno con una sede di lavoro all'interno del quartiere, una assistente sociale e un riferimento univoco per la disabilità grave e gravissima sia in senso educativo che riabilitativo. E' stata adottata la scheda di VMD di primo livello ed è stata riorientata la cartella dell'assistenza domiciliare rimodulando sia la parte dell'accertamento che quello della pianificazione. Dovranno essere monitorare le condizioni di benessere e di salute e gli outcomes individuati nei progetti individuali.

### Metodo:

- Raccolta ed analisi dei dati presenti nei database sociali e sanitari già esistenti (flussi FAR, ADI, SDO, AFT, FED, ASA, PS, SISM) e creazione di un registro regionale della Fragilità riproducendo il modello predittivo Mo.Sai.Co
- Presa in carico in alcuni distretti della popolazione ad alto rischio di fragilità afferente ad aree critiche sia in ambito sociale (black list, assistenza domiciliare) che sanitario (accessi al pronto soccorso, dimissione protetta).
- Valutazione dell'impatto sul consumo di servizi successivi alla presa in carico e analisi dei costi della rilevazione e assistenza delle condizioni di fragilità.



## Utilizzo di sistemi indicatori di fragilità, nella rete dei servizi sociosanitari, per l'individuazione di soggetti anziani fragili sui quali intervenire in modo proattivo per prevenire o ritardare la non autosufficienza

### Introduzione e obiettivi

Il numero delle persone fragili in particolare anziano tende inevitabilmente a salire, ma ancora non c'è accordo sulla definizione di fragilità. Una delle definizioni oggi più condivise e accreditate è quella proposta da Linda Fried, sviluppata in seguito da Rockwood in un **Frailty Index (FI)**, ma è possibile utilizzare anche indicatori presi dall'utilizzo dei servizi sociosanitari.

Obiettivo: individuazione dei soggetti per i programmi di case management a bassa soglia assistenziale.

### Metodo:

utilizzo del FI e dei dati socio sanitari presenti nei diversi database (Pronto soccorso, SDO, FAR, AFT) in particolare : decesso; ricovero in emergenza; presa in carico ex novo dei servizi socio-assistenziali, presa in carico più consistente dei servizi socio-assistenziali.

### Interventi previsti:

valutazione, controllo e monitoraggio degli anziani ad alto e medio rischio da parte dei servizi socio sanitari integrati: PUASS – Punto Unico di Accesso Socio-Sanitario, UVM- Unità di Valutazione Multidimensionale; servizi di assistenza domiciliare integrata (MMG, infermiere, assistente sociale). Sperimentazione di un modello di case management della fragilità (monitoraggio, interventi educativi e di promozione di stili di vita, prevenzione eventi avversi come cadute, malnutrizione, abuso di farmaci) nella rete territoriale.

### Risultati :

- Migliorare la comunicazione tra operatori e servizi diversi
- Valutare il numero di pazienti malnutriti, depressi, con deficit cognitivo, con abuso di farmaci.
- Valutare il numero totale di pazienti con medio ed elevato indice di fragilità.
- Formare operatori in grado di promuovere l'educazione del paziente, promuovere il sostegno strutturato e la formazione dei caregiver familiari e professionali



## Programma per la realizzazione strutturata del Registro Aziendale della Fragilità e sviluppo dei progetti di applicazione in ambito assistenziale

### Introduzione e obiettivi

Il quadro epidemiologico emergente vede il progressivo invecchiamento della popolazione ed il prevalere di patologie cronico-degenerative, che possono condurre i soggetti ad un periodo variabile di non autosufficienza.

In questa prospettiva la nozione di malattia non è più adatta come descrittore (negativo) di salute e deve lasciare il posto ad una struttura concettuale nuova: quella della fragilità.

Questa nuova dimensione è in grado sia di misurare la salute in termini di probabilità, sia di accogliere le dimensioni sociale e psicologica insite nell'individuo, sia di enfatizzare l'approccio preventivo e di protezione dell'autonomia funzionale.

Il programma biennale aveva un duplice scopo:

- 1) la realizzazione del Registro di fragilità sistematicamente aggiornato ed integrato nel DataWareHouse aziendale;
- 2) la sua introduzione nella pratica clinico-organizzativa dell'Azienda Usl di Ravenna con progetti di intervento operativo destinati a tre diversi setting assistenziali al fine di valutarne la fattibilità, i costi diretti e organizzativi, e l'impatto degli interventi sul paziente.

### Metodo

Messa a punto di un modello predittivo multivariato (Mo.Sai.Co), capace di stimare il grado di fragilità di un soggetto. Definizione delle azioni per la creazione del registro strutturato della fragilità e della sua integrazione nel sistema informativo aziendale.

### Risultati

- Realizzazione strutturata del Registro di Fragilità integrato con il sistema informativo direzionale (DataWareHouse) perennemente aggiornato;
- Realizzazione di progetti di intervento operativo destinati a tre diversi setting assistenziali con la valutazione della fattibilità, dei costi diretti e organizzativi, e dell'impatto sui pazienti:
- valutazione di impatto sul telemonitoraggio in pazienti con malattie croniche ed utenti confinati in abitazione;
- valutazione di impatto sull'assistenza telefonica strutturata in soggetti anziani ad alto rischio di fragilità non seguiti dai servizi socio-sanitari;
- valutazione di impatto sulla interfaccia ospedale-territorio finalizzato alla presa in carico dei pazienti dimessi con ictus.

### Risultati:

Costruzione di un registro di fragilità regionale, contenente dati individuali e condizioni di fragilità presenti sul territorio, da utilizzare per la pianificazione e programmazione di interventi di supporto socio-sanitari e per la presa in carico delle singole persone da parte dei MMG e degli operatori sanitari nei programmi di assistenza domiciliare