

<i>Regione proponente</i>	REGIONE LIGURIA
<i>Delibera di approvazione</i>	_____
<i>Aree progettuali</i>	a) incentivare protocolli di presa in carico attraverso strumenti di valutazione delle condizioni funzionali della persona coerenti con i principi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità  c) innovare e rafforzare l'intervento con riferimento a particolari patologie neuro-degenerative quali la malattia di Alzheimer
<i>Titolo</i>	<b>APPROCCIO SOCIALE PER LE PERSONE FRAGILI IN CONDIZIONI DI CRITICITÀ</b>
<i>Durata</i>	18 mesi
<i>Referente</i>	Dr.ssa Miranda Grangia – Regione Liguria - Via Fieschi, 15 – 16121 Genova – Tel. 010-548.5910 – fax 010-548.8411 – e-mail “miranda.grangia@regione.liguria.it”

## **I. OBIETTIVI**

Le esperienze già condotte dalla Regione Liguria in ordine agli interventi integrati sociosanitari (dalla “spedalizzazione domiciliare”, all’Assegno servizi 2001/2006, al Fondo regionale per la non autosufficienza dal 2007 e a tutt’oggi in corso), hanno portato la Regione a predisporre un progetto che consenta di **strutturare, attraverso la presa in carico sociosanitaria, percorsi assistenziali individualizzati per le persone non autosufficienti avviate al Pronto Soccorso con caratteristiche cliniche di “non urgenza”**.

Il progetto si propone i seguenti obiettivi:

- a) promuovere il sostegno delle persone fragili, in particolare di coloro che ricorrono al Pronto soccorso, attraverso l’intercettazione e la presa in carico sociosanitaria degli anziani, con attenzione specifica alle persone affette da patologie neurodegenerative ed in particolare da demenza di Alzheimer;
- b) assicurare la continuità assistenziale utilizzando in maniera coordinata e innovativa le risorse ed i percorsi della rete formale ed informale sociale e sociosanitaria, tramite la sperimentazione per almeno un anno di modelli assistenziali che offrano offrire soluzioni alternative all’ospedalizzazione e rimuovano i bisogni assistenziali che hanno determinato la situazione di criticità.

Sul piano della rilevanza territoriale, il progetto consente di sperimentare una metodologia di intervento mirata a sostenere le persone con criticità sociali e di salute, a favorire il decongestionamento dei Pronto Soccorso liberando risorse economiche, professionali e strumentali che possono essere utilizzate per la risposta al bisogno assistenziale delle persone fragili.

Sul piano della coerenza dei contenuti, la sperimentazione è collegata con il progetto “Codice d’argento in Liguria per anziani e persone con cronicità”, finanziato dal Ministero della Salute nell’ambito dei progetti finalizzati di Piano Sanitario Nazionale.

**II. CONTESTO E AMBITO TERRITORIALE IN CUI SI COLLOCA IL PROGETTO**

**A. REGIONE**

La Liguria si estende su un territorio montagnoso e collinare di 5.422 kmq, con una densità di popolazione di 298 abitanti per kmq. Al 1° gennaio 2009, come dimostra la sottostante tabella, la popolazione residente è risultata essere di 1.615.064 persone (767.057 maschi e 848.007 femmine), per un totale di 783.301 famiglie residenti. Il tasso di natalità è stato di 7,7 nati per 1.000 abitanti (12.450 unità) e il tasso di mortalità di 13,4 morti per 1.000 abitanti (21.671 unità), con un saldo naturale di -9.221 unità.

<b>Popolazione residente in Liguria al 1° Gennaio 2009</b>			
Popolazione al 1° Gennaio	764331	845491	1609822
Nati	6317	6133	12450
Morti	10067	11604	21671
Saldo Naturale	-3750	-5471	-9221
Numero di Famiglie	783301		
Numero di Convivenze	980		
Numero medio di componenti per famiglia	2		

La Liguria si conferma come la regione più anziana d'Italia e d'Europa, con 432.582 persone residenti di 65 anni e più (176.607 maschi e 255.975 femmine), un indice di vecchiaia pari a 236,1 e un'età media di 47,2 anni. La speranza di vita alla nascita è aumentata di 4,8 anni per gli uomini (passando da 73,5 anni nel 1992 a 78,3 anni nel 2007) e di 3,65 anni per le donne (da 80,39 anni nel 1992 a 84,04 nel 2007).

**Analisi di contesto**

La dinamica demografica della Liguria, e in particolare quella che insiste sull'area metropolitana genovese e il suo hinterland, pone la regione in rapporto all'Italia come il territorio a più elevata percentuale di persone anziane e con fragilità e le proiezioni demografiche del prossimo quinquennio aggravano ulteriormente la situazione. Soprattutto aumenteranno i grandi vecchi, ovvero le persone con più di 85 anni. A questo proposito, gli stessi dati ISTAT (report 6/2008) riportano che il 52% degli uomini e il 66% delle donne ultrasessantacinquenni dichiarano almeno due malattie croniche in atto, mentre il 44% e il 51%, rispettivamente, ne dichiarano almeno 3.

Va ancora ricordato che, per l'anziano, salute significa prevalentemente autonomia e, anche se questa può sussistere in presenza di malattia, tutte le teorie geriatriche affermano che morbilità e comorbilità accentuano la perdita della stessa, o quanto meno la accelerano. La fragilità dell'anziano è poi riconducibile non solo alle caratteristiche fisiologiche ma anche alle condizioni socioeconomiche. A questo proposito va considerato che si trovano in stato di povertà il 5,4% degli uomini ed il 7,4% delle donne di età superiore ai sessantacinque anni, dato che trova una conferma in aumento a seguito dell'attuale recessione economica.

In merito alle cure familiari, il 60,3% degli anziani vive in famiglia, mentre il circa il 39,7%, vive solo.

La Liguria, quando ha istituito il Fondo regionale per la Non Autosufficienza, ha pianificato anche i servizi per gli anziani, particolarmente per i non autosufficienti calcolando la domanda in base ai criteri dello studio epidemiologico di E. Buiatti, F. Ferrucci e altri del 2001, applicati alla popolazione ligure >65 al 31-01-2005. Si

riporta di seguito la stima dei fabbisogni assistenziali della popolazione anziana in Liguria per ciascuna Conferenza dei Sindaci di ASL:

**Fabbisogno assistenziale delle persone anziane in Liguria**

	popolazione =>65 31-12-2009	almeno 3 IADL perdute	1 ADL perduta	2 ADL perdute	Almeno 3 ADL perdute	Totale ASL
		10,2%	6,90%	1%	1,9%	
		<i>AD, residenze a bassa intensità assistenziale</i>	<i>AD, ADI, Centri diurni, residenze a bassa e media intensità assistenziale</i>	<i>ADI, centri diurni, residenze a media intensità assistenziale</i>	<i>ADI, Residenze per non autosufficienti</i>	
	57.498	5.865	3.967	575	1.092	11.500
	77.235	7.878	5.329	772	1.467	15.447
	198.873	20.285	13.722	1.989	3.779	39.775
	41.634	4.247	2.873	416	791	8.327
	57.792	5.895	3.988	578	1.098	11.558
<b>TOTALI</b>	<b>433.032</b>	<b>44.169</b>	<b>29.879</b>	<b>4.330</b>	<b>8.228</b>	<b>86.606</b>

**Assetto istituzionale - amministrativo**

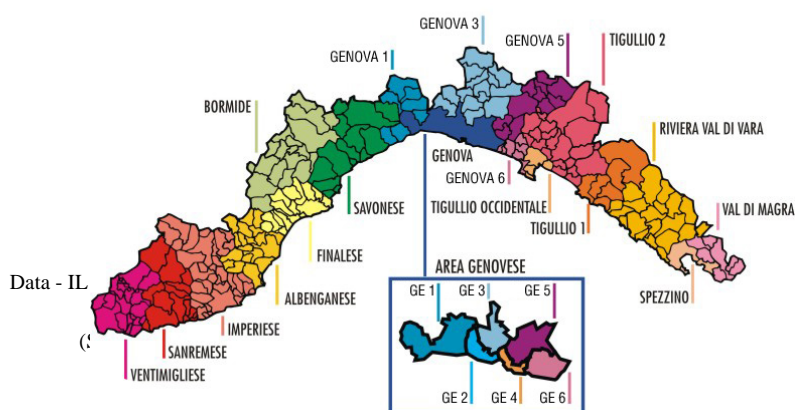
Sul piano amministrativo la regione è suddivisa in 235 Comuni: 67 nella provincia di Imperia, 69 in quella di Savona, 67 in quella di Genova e 32 in quella di La Spezia. Il comune più popoloso è Genova ( capoluogo di regione), con una popolazione residente di 611.171 persone (287.080 maschi e 324.091 femmine). Il Comune di Genova si colloca nell'Asl 3 , ASL con il maggior numero di abitanti della regione (una delle maggiori anche a livello italiano).

CONFERENZE DEI SINDACI



Dal punto di vista dell'organizzazione sociosanitaria la Liguria con le leggi regionali 12/2006 "Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari" e 41/06 " Riorganizzazione del servizio sanitario ligure" ha profondamente mutato l'assetto della rete dei servizi, facendo confluire le *Zone Sociali* (art. 19 L.328/2000) e *Distretti Sanitari* nel **Distretto Sociosanitario** come dimensione territoriale ottimale in cui si integrano le complessità sanitarie con gli interventi sociali. La rete istituzionale derivata dalle leggi regionali 12 e 41 prevede in oggi:

DISTRETTI SOCIO SANITARI



- **5 CONFERENZE DEI SINDACI** corrispondenti al territorio delle **AZIENDE SANITARIE LOCALI**
- **19 DISTRETTI SOCIO SANITARI**
- **65 AMBITI TERRITORIALI SOCIALI** (associazioni intercomunali per la gestione dei servizi sociali di base, ricompresi nel territorio del Distretto Sociosanitario).

**B. AREA GENOVESE**

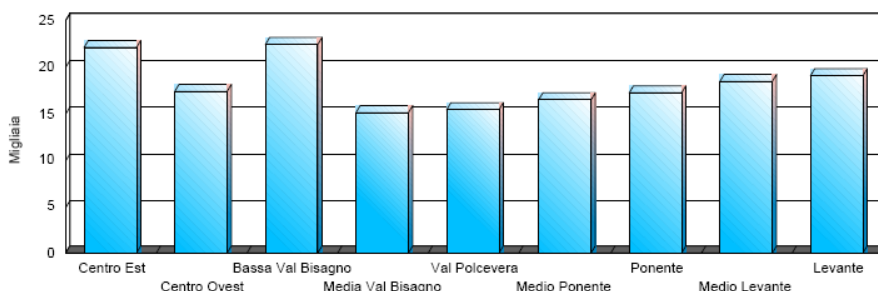
L'area più popolata della regione è quella genovese. La tabella di seguito riportata evidenzia la situazione del Comune di Genova

**Popolazione residente nel Comune di Genova al 1° Gennaio 2009**

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° Gennaio	287030	323857	610887
Nati	2434	2343	4777
Morti	3840	4515	8355
Saldo Naturale	-1406	-2172	-3578
Numero di Famiglie	300708		
Numero di Convivenze	339		
Numero medio di componenti per famiglia	2		

La popolazione ultrasessantacinquenne al primo gennaio 2009 è pari a 79.314 di cui 44.003 femmine e 35.311 maschi, l'indice di vecchiaia, nel periodo 2001-2008, ha conosciuto una diminuzione in quasi tutti i Municipi della città, ad eccezione di Media Val Bisagno e Ponente in cui si sono registrati degli aumenti, rispettivamente da 224,6 a 237,1 e da 238,6 a 248,0.

**DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE IN ETA' 65 ANNI E OLTRE**  
 per Municipio al 31/12/2008



Nonostante ciò, la componente anziana sul totale della popolazione continua ad avere un peso rilevante.

Ai dati sopra riportati si aggiunge che delle 300.708 famiglie residenti, il 58,3% circa, sono famiglie unipersonali con un'età media di 58,3 anni e sono costituite prevalentemente da donne. Se poi si considerano solo unicamente queste ultime l'età media è di 63,2 anni (55,7% delle quali con donne ultrasessantacinquenni).

**Analisi di contesto**

Tra la popolazione citata, in particolare gli ultra settantacinquenni hanno bisogno di risposte flessibili, differenziate (che tengano conto della loro diversità), integrate (dove il comparto sociale e quello sanitario interagiscono), continuative (cioè tali da assicurare un percorso assistenziale programmato).

Le esperienze nazionali ed internazionali suggeriscono come i programmi integrati di intervento sociosanitario debbano essere definiti in termini di processi e di responsabilità e centrati sul modello del “case-management”, ovvero sulla presenza di figure e di percorsi che accompagnano gli anziani dalla valutazione all’offerta di risorse, continuando nelle azioni di supporto con servizi, anche a bassa soglia, che comunque garantiscono alla persona fragile un’attenzione “continua” nelle fasi di declino fino ad accompagnare la morte stessa.

In particolare, il modello del “case management” ha prodotto risultati positivi sulla riduzione degli accessi in Pronto Soccorso di circa il 50%, accompagnati anche da una significativa riduzione dei letti delle medicine o lungo degenze, a cui si accompagna anche un miglioramento dello stato fisico e psichico dell’anziano e comunque della persona fragile, nonché una riduzione dello stress psicofisico dei caregiver stimato intorno al 45% (studio ADHOC Europa).

### **III. ARTICOLAZIONE DELLE ATTIVITÀ E SVILUPPO DEL PROGETTO**

Come evidenziato dai dati dell’area genovese, ci troviamo di fronte ad un 58,3% di nuclei unipersonali . In questi termini, la scelta di sviluppare il progetto inizialmente nell’area metropolitana del Comune di Genova e comuni dell’hinterland (Conferenza dei Sindaci dell’ASL 3 Genovese) è finalizzata a contenere il disagio sociale dei nuclei unipersonali. La disponibilità di risorse aggiuntive provenienti dal Fondo per le Non Autosufficienze per l’anno 2011 consentirà l’estensione della sperimentazione alle aree delle Conferenze dei Sindaci di Imperia, Savona, Chiavari (Tigullio) e La Spezia.

#### **A. IL MODELLO ASSISTENZIALE**

Obiettivo del progetto è la sperimentazione di un modello assistenziale che consenta di strutturare, attraverso la presa in carico sociosanitaria, percorsi assistenziali individualizzati per le persone non autosufficienti avviate al Pronto Soccorso con caratteristiche cliniche di “non urgenza”, anche perché prevalentemente prive di assistenza familiare.

Il **percorso assistenziale** è il modello organizzativo che consente di rispondere in maniera adeguata alla complessità della domanda assistenziale per anziani e fragilità, che richiede “interventi misti” (clinici, assistenziali e azioni di solidarietà sociale: mutuo / auto-aiuto, volontariato).

***La metodologia del percorso rimanda al territorio e alle sue risorse, che per essere agibili devono essere interconnesse in rete.***

#### **LE RISORSE DEL TERRITORIO**

Per territorio s’intende una complessità di fatti, di saperi, di relazioni e di opportunità. In termini di risorse, il territorio è caratterizzato da:

- servizi per l’accesso
- prestazioni di medicina generale
- prevenzione e cure primarie
- continuità assistenziale
- medicina specialistica
- integrazione sociosanitaria
- servizi di assistenza e di emergenza sociale
- risorse di “capitale umano e sociale”

***L’offerta territoriale è prevalentemente caratterizzata da elementi “più favorevoli” alle esigenze dell’anziano e della persona fragile:***

→ “strutture” attrezzate per l’approccio con la cronicità: complessità, interdisciplinarietà

- valutazione multidisciplinare: PAI come risultato del lavoro multiprofessionale che prosegue nella evoluzione del PAI e nella verifica finale
- presa in carico sociosanitaria, che valorizza l'empatia con il paziente e con il nucleo familiare
- case manager, che accompagna e facilita il percorso assistenziale

#### COLLEGAMENTO CON IL COMUNE DI GENOVA

Il progetto è collegato con un collaterale programma che il Comune di Genova avvierà sulla **facilitazione del supporto domiciliare** (Agenzia dell'aiuto domiciliare e disponibilità anche straordinaria di persone per l'aiuto alla persona: dalle assistenti familiari alle "badanti"), che si propone di orientare i cittadini a un ricorso appropriato e corretto al pronto soccorso, offrendo alternative valide e tempestive per fornire risposte alle esigenze di salute.

#### COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEL III SETTORE

- Progetto per la presa in carico per il rientro a domicilio: rete formale (soggetti pubblici, con particolare riferimento ai medici di medicina generale) e rete informale, famiglia e valorizzazione delle esperienze di auto-mutuo aiuto.
- Organizzazioni di emergenza (trasporto sanitario, anche a fini sociali)
- Partenariato con il III Settore: modello di governance istituzionale per "fare rete" e nel contempo sensibilizzare e formare volontari e associazioni.
- Individuazione del soggetto di riferimento per la disponibilità di "badanti" qualificate per prestazioni di "pronto intervento" il rientro a domicilio

### Risorse del territorio

#### RETE TERRITORIALE

**Servizi di prossimità:** assistenza di livello basso: controllo delle persone fragili: rete dei custodi sociosanitari

**Cure domiciliari di livello medio:** medicina generale e cure domiciliari integrate di primo e secondo livello, supporto familiare/badante

**Cure domiciliari di elevata intensità:** medicina generale e specialistica cure domiciliari di grado intensivo per periodi brevi o in fase terminale (compreso cure palliative e cure oncologiche), supporto familiare /badante

**Centro Diurno** (con due livelli di intensità medio per anziani con problemi di non autosufficienza parziale e per Alzheimer )

**Residenzialità** di diversi livelli di intensità (post-acuti, mantenimento, lungo assistenza). Viene svolta quasi esclusivamente da **soggetti accreditati che, in buona parte** (i più organizzati) **potrebbero svolgere anche altre tipologie di prestazioni**

**Cure Intermedie** per post-acuzie e comorbidità (anche se inserite in Ospedale fanno parte- almeno sulla carta- dell'assistenza territoriale. La loro diffusione non è omogenea tra le ASL

**Fondo per la non autosufficienza:** misura economica che sostiene a domicilio con contributo anziano e disabile

## B. AZIONI PROGETTUALI

Le azioni progettuali sono finalizzate a realizzare una **presa in carico complessa**, che utilizza le metodologie e gli strumenti della continuità assistenziale, individuando il servizio/la struttura adeguata al bisogno assistenziale individuale.

Presso i presidi ospedalieri si attiva in forma sperimentale un servizio sociosanitario di rete che, a partire dal momento dell'accesso in Pronto Soccorso, identifica il paziente fragile, lo accoglie e lo accompagna durante il percorso terapeutico all'interno dell'Ospedale e rafforza la continuità assistenziale mediante l'integrazione con il territorio (prioritariamente il Medico di Medicina Generale) favorendo la dimissione protetta e riducendo, per quanto possibile, il fenomeno dei ricoveri ripetuti e/o impropri. La sperimentazione riguarda le fasi di:

- ammissione al Pronto Soccorso e ai reparti ospedalieri
- gestione del caso
- dimissioni protette.

### ATTORI DEL PROGETTO

- Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri
- Nucleo di accoglienza
- Case manager
- Distretto sociosanitario
- Presidi di assistenza diurna e a ciclo continuativo
- Comune di Genova
- Organizzazioni di solidarietà sociale (Volontariato e Associazioni di tutela, ...)

## ASSETTO ORGANIZZATIVO E PROCEDURE

### NUCLEO DI ACCOGLIENZA

E' collocato presso il Pronto Soccorso e composto da personale sanitario (infermieri e assistenti sanitari) e sociale (assistenti sociali) con il compito di:

- identificare i soggetti portatori di fragilità socio-sanitaria** tra i pazienti che accedono al Pronto Soccorso e ricoverati in Medicina d'Urgenza, mediante la rilevazione su supporto informatico di almeno uno dei seguenti parametri al triage:
  - sospetta malnutrizione/disidratazione
  - stato confusionale / sintomi di demenza
  - ulcere trofiche/ulcere da pressione
  - igiene personale scadente
  - paziente non accompagnato da parenti/caregiver

Ulteriori criteri di inclusione sono la presenza di almeno un precedente ricovero negli ultimi 60 giorni e il codice colore, che può evidenziare possibili cause sociali dell'accesso al pronto Soccorso.

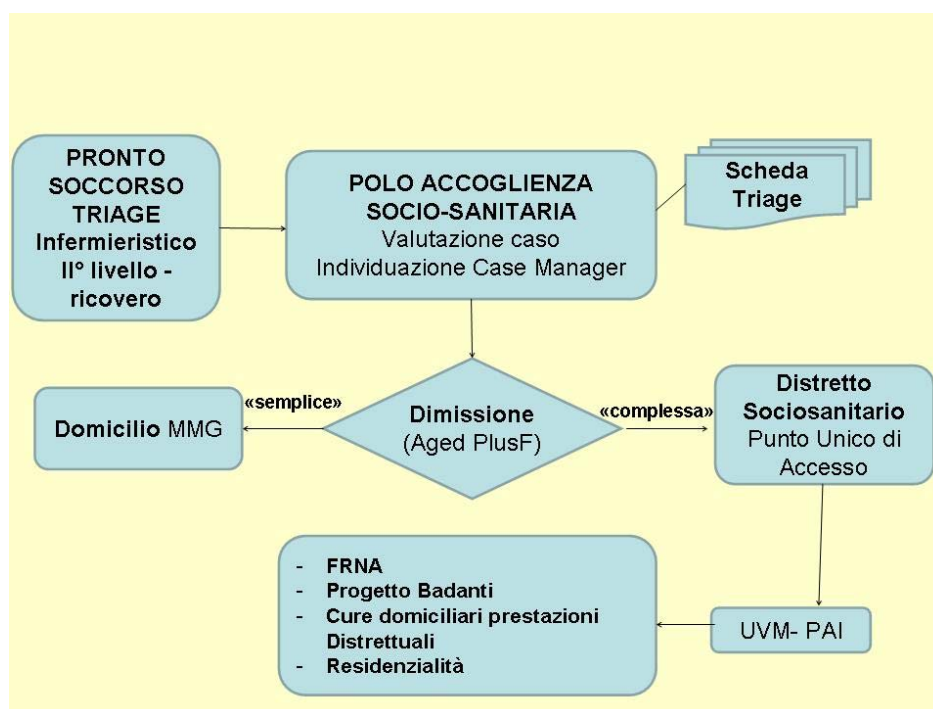


- ❑ **leggere il bisogno** e definire i problemi del paziente avvalendosi dello strumento valutativo già in uso in tutta la Regione Liguria (**AGED PLUS F**) quale linguaggio omogeneo di valutazione socio-sanitaria all'interno dell'Ospedale e dei Servizi Territoriali e utilizzato nell'ambito del SINA e dei flussi ministeriali;
- ❑ **segnalare il ricovero al M.M.G.** e contestualmente ricevere informazioni sul paziente: è in corso di attivazione la procedura informatica che permetterà di inviare un s.m.s. automatico al medico curante al momento del ricovero del proprio paziente fragile;
- ❑ **segnalare ai servizi territoriali** (Distretto Sociosanitario, Ambito Territoriale Sociale) precocemente i problemi per la presa in carico al termine della degenza e ricevere informazioni anche mediante il collegamento con il sistema informativo territoriale (Punto Unico di Accesso e Sportelli Polifunzionali);
- ❑ **accogliere, informare e orientare il paziente stesso ed il nucleo familiare** sulle possibilità offerte dal territorio;
- ❑ **favorire l'elaborazione di un progetto personalizzato**, che utilizzi tutti gli strumenti della rete territoriale formale (soggetti pubblici) e informale (organizzazioni di solidarietà sociale, forme di aiuto/mutuo aiuto)

Dopo la prima valutazione da parte del nucleo di accoglienza il paziente fragile viene affidato ad un operatore case-manager con il compito di:

- ❑ **accompagnare il paziente** durante la degenza nei reparti dell'Azienda, facilitandone tutti i percorsi
- ❑ **rappresentare un importante punto di riferimento** per il paziente ed il proprio nucleo familiare
- ❑ seguire l'evolversi delle condizioni cliniche in collaborazione con il Personale dell'Unità Operativa di degenza, **rivalutando** l'espressività dei bisogni sanitari e di autonomia personale (aggiornamento informatico delle relative sezioni della AGED PLUS F)
- ❑ inviare la scheda Aged aggiornata al Distretto socio-sanitario competente per la presa in carico del paziente al momento della dimissione (**continuità assistenziale**)
- ❑ relazionare il Nucleo di Accoglienza sull'esito dell'intero processo (**report informatico**)

### **OSPEDALE/ TERRITORIO: IL PERCORSO**



Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Sig.ra Graziella Giusto)



**IV. FASI ATTUATIVE**

TEMPI	AZIONI
Ottobre 2010 – Febbraio 2011	Incontri con gli operatori dei servizi distrettuali e dei Pronto Soccorso. Definizione del Protocollo che individua le tipologie diagnostiche che possono essere avviate ai percorsi differenziati.  Adeguamento software  Formazione operatori  Intese con Comune, MMG, ecc.
Marzo 2011 - Gennaio 2012	Avvio e monitoraggio della sperimentazione
Febbraio - Marzo 2012	Lettura dei risultati

**V. RISULTATI ATTESI E INDICATORI**

RISULTATI	INDICATORI
Diminuzione, nei 18 mesi di attivazione del progetto, dei casi critici che determinano gli accessi al pronto soccorso di almeno il	10%, pari a c.a 2.500 accessi
Aumento dell'assistenza e dei supporti domiciliari per i casi di elevata criticità (anziani fragili e Alzheimer)	+ 1% degli over 65
Protocollo per la prevenzione secondaria, ai fini di ritardare le condizione di fragilità e di ridotta autonomia	Febbraio 2011
Mappa del rischio per le persone anziane fragili per adeguare le prestazioni di medicina generale e controllare gli accessi al P.S	Marzo 2012

**VI. INDICATORI MONITORAGGIO**

- 1) N° \_\_\_\_\_ accessi appropriati
- 2) N° \_\_\_\_\_ accessi inappropriati
- 3) N° \_\_\_\_\_ identificati come portatori di fragilità socio-sanitaria di cui:
  - a) N° \_\_\_\_\_ dimessi dalla Medicina d'Urgenza  
con tempo medio di degenza in Pronto Soccorso di \_\_\_\_\_ giorni;
  - b) N° \_\_\_\_\_ trattenuti in Ospedale  
con tempo medio di degenza di \_\_\_\_\_ giorni;
  - c) N° \_\_\_\_\_ inseriti nei moduli di Cure Intermedie  
con tempo medio di degenza di \_\_\_\_\_ giorni;
  - d) N° \_\_\_\_\_ rientrati a domicilio
  - e) N° \_\_\_\_\_ deceduti.
- 4) N° \_\_\_\_\_ pazienti valutati che hanno presentato un ulteriore ricovero nel periodo di sperimentazione.

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Sig.ra Graziella Giusto)

**5) RILEVAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA**

**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO**

	ottimo	buono	mediocre	scarso
disponibilita' degli operatori nell'accoglienza				
correttezza delle informazioni				
tempestivita' dell'intervento				
utilita' delle risposte nel facilitare il processo assistenziale				

EVENTUALI SUGGERIMENTI:

**VII. Piano economico**

VOCI DI COSTO	COSTO ANNUALE	COSTO COMPLESSIVO	COFINANZIAMENTO REGIONALE COMPLESSIVAMENTE NELLA MISURA DEL 50%
Personale di supporto a domicilio e di assistenza (compresi accreditati)	1.500.000	2.250.000	1.125.000
Attrezzature (compreso software e hardware)	250.000	250.000	110.000
Formazione	20.000	20.000	20.000
Spese varie (comunicazione, seminari, ecc.)	10.000	10.000	10.000
<b>Totale</b>	<b>1.780.000</b>	<b>2.530.000</b>	<b>1.265.000</b>

FINE TESTO

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Sig.ra Graziella Giusto)