

## SCHEDA RELAZIONE DEL PROGETTO

### Premio Innovazione nei Servizi Sociali. Città di Rimini. Settima Edizione.



#### DATI IDENTIFICATIVI PER L'ISCRIZIONE

*Titolo del progetto* Telemonitoraggio dei bisogni nelle demenze  
*Ente proponente* Azienda USL di Ferrara  
*Settore/Ufficio proponente* Direzione Generale  
*Indirizzo (Via, Cap, Città, Provincia)* Via A. Cassoli, 30 44100 Ferrara

#### TITOLO

**Telemonitoraggio dei bisogni nelle demenze**

#### TEMPI

*Data di avvio*

Il progetto "Telemonitoraggio dei bisogni nelle demenze" ha preso avvio all'inizio di Luglio 2007, grazie ad un finanziamento di 70.000 € dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. La sperimentazione, nella sua fase operativa, ha preso avvio nell'Ottobre 2007 con la presa in carico degli utenti e dei loro caregivers familiari. Il 26 Novembre 2007 è iniziato il servizio di telemonitoraggio.

*Data (prevista) di conclusione*

La sperimentazione interessa il periodo Luglio 2007-Novembre 2008

#### INTRODUZIONE

*Destinatari*

- Anziani affetti da demenza lieve - moderata residenti al domicilio, la cui gestione assistenziale può essere complicata dalla presenza di BPSD (disturbi comportamentali quali agitazione psicomotoria, aggressività verbale e fisica, disturbi del ritmo sonno veglia, allucinazioni, deliri, disturbi dell'alimentazione, ecc.).
- Caregiver o persone di riferimento

### *Contesto*

La sperimentazione coinvolge gli anziani residenti nei Comuni di Cento, Mirbello, Sant'Agostino, corrispondenti ad una parte del distretto sanitario Ovest.

Il distretto Ovest si caratterizza per il minor volume di popolazione residente rispetto ai distretti Sud-Est e Centro-Nord. Tra il 1987 ed il 2006 la provincia di Ferrara ha perso il 4,6% dei suoi abitanti (circa 17 mila). Ogni distretto sanitario ha contribuito, però, in maniera differente a questa variazione, in particolare in distretto Ovest presenta andamenti contrastanti. Mentre nel Comune di Bondeno la popolazione diminuisce, aumenta in maniera netta nei Comuni di Cento, Sant'Agostino e Poggiorenatico.

Il distretto Ovest si caratterizza come il territorio che presenta i valori minimi in termini di differenze percentuali tra la quota di persone con 65 anni e più e quella di persone con meno di 18 anni. Inoltre, è connotato come il distretto con la minor percentuale di ultra sessantacinquenni.

Il distretto Ovest, ancora, assorbe il 18,9% dei nuclei familiari con almeno un anziano, percentuale minima rispetto al Centro-Nord e ad Sud-Est. La percentuale di nuclei familiari unipersonali composti da persone con più di 64 anni è pari al 15% del totale delle famiglie, ma si differenzia notevolmente nei diversi comuni. In particolare il distretto Ovest con il 13,8% rappresenta l'area che comprende il numero maggiore di comuni con percentuali tra la più basse, tra l'11 e il 13,6%.

### *Breve descrizione del servizio se esistente*

Il servizio di telemonitoraggio offre contatti telefonici settimanali, la possibilità di contattare un numero verde e gli attori sociali e sanitari coinvolti nella sperimentazione.

Le attività svolte riguardano: raccolta di informazioni sulle condizioni dell'anziano e del suo contesto; supporto relazionale e telemonitoraggio; informazioni preventive di sostegno; monitoraggio delle attività funzionali; qualità della vita e attenzione a sintomi "sentinella"; informazioni sui servizi socio-sanitari di Comuni e Azienda USL; orientamento alle risorse sociali del territorio; campagne di sensibilizzazione; visite presso il Consultorio per le Demenze di Cento; indagini periodiche per valutare lo stato funzionale e comportamentale degli utenti, qualità di vita del caregiver.

### *Motivazioni*

1. **Sviluppo di know-how tecnologico per il Tele Monitoraggio** della gestione domiciliare di pazienti affetti da demenza. Il Tele Monitoraggio è svolto congiuntamente dalla rete territoriale integrata dei servizi dedicati (Gestione Associata Servizi Socio-Assistenziali del Comune di Cento e Unità Valutazione Alzheimer inserita nel Consultorio Malattie Mentali e Comportamentali dell'Anziano – Distretto Ovest) mediante i servizi tecnologici messi a disposizione dall'Azienda CUP 2000.
2. **Fornitura di servizi socio-sanitari** integrati di supporto in risposta alle problematiche assistenziali dei famigliari / caregiver

3. **Presidio del territorio.** La demenza rappresenta l'archetipo della disabilità generata dalle malattie croniche invalidanti che si propongono sempre più come condizioni facenti parte dell'uomo e con le quali occorre confrontarsi. Al binomio salute – assenza di malattia si sostituisce la necessità e la possibilità di convivere, fino a tarda età, con i propri deficit sia fisici che mentali. Il presidio del territorio quindi può essere fatto attivando servizi e reti già esistenti, sfruttando la tecnologia (ambiente GIS, portali, tecnologie domotiche, tecnologie sanitarie) e le risorse umane (operatori, ass.sociali, tecnici medici, infermieri, volontari).

### *Obiettivi*

Gli interventi di assistenza telefonica consentono il monitoraggio dello stato funzionale e comportamentale dell'anziano, la valutazione dei suoi bisogni e rendono possibile un servizio di orientamento alle risorse sociali e sanitarie del territorio.

Il network attivato opera al fine di migliorare la qualità della vita del caregiver, incrementare e gestire in modo più completo ed efficace l'anziano malato presso il proprio domicilio rendere più adeguata la fruizione dei servizi socio-sanitari e ridurre i ricoveri ospedalieri impropri.

Il progetto lavora, inoltre, per promuovere attraverso un sostegno telefonico periodico ed interventi mirati da parte di professionisti sanitari e sociali, comportamenti ed azioni tese alla gestione di anziani affetti da demenza senile lieve e moderata, favorendo l'adesione alle indicazioni terapeutiche, la segnalazione tempestiva di situazioni di bisogno ai servizi socio-sanitari, orientando la famiglia ed il caregiver all'interno della rete dei servizi e delle opportunità offerte all'interno del distretto sanitario.

## **COSTRUZIONE E DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

### *Metodologia e procedure*

I caregiver inseriti nel gruppo di monitoraggio sono formati per interagire con il personale non sanitario del call-center di CUP 2000, con modalità operative standardizzate e mediante apposite check-list sociali, assistenziali e sanitarie.

Al termine di ogni settimana, dell'arco temporale della ricerca, gli operatori del call-center verificano quali caregiver non hanno contattato il call-center e provvedono a contattarlo telefonicamente per monitorare la situazione assistenziale domiciliare.

I caregiver nel gruppo di controllo si rivolgono direttamente al centro di ascolto per i percorsi tradizionali.

Ad entrambi i gruppi sono somministrati periodicamente schede di controllo inerenti le attività funzionali, la qualità della vita e test psicometrici al fine di poter valutare e comparare i due gruppi e l'efficacia dei servizi aggiuntivi.

### *Soggetti coinvolti*

Lo studio sperimentale ha in carico 99 anziani: 49 nel gruppo di monitoraggio e 50 nel gruppo di controllo. Gli utenti seguiti in Telemonitoraggio possono essere così suddivisi: 12 (23,5%) maschi, 37 (66,5%) femmine. L'età media degli utenti è di 82,4 anni, quella delle donne è di 82,2 anni, quella degli uomini 83,1.

### *Materiali predisposti*

Protocolli d'intesa tra i diversi partner coinvolti, realizzazione delle check-list per il monitoraggio

### *Fasi di realizzazione*

1. **Luglio 2007**, avvio del progetto
2. **Ottobre 2007**, presa in carico degli utenti e dei loro caregiver
3. **Novembre 2007**, presa in carico da parte del call-center e-Care degli utenti del progetto segnalati dallo staff del Consultorio Delegato Demenze
4. **26 Novembre 2007**, iniziato il servizio di monitoraggio con una chiamata settimanale da parte del call.centro e-Care
5. **14 Gennaio 2008**, primi risultati.
6. **Autunno 2008**, sviluppo del software per la presa in carico e la gestione degli anziani affetti da demenza senile.

### *Aspetti innovativi da segnalare*

Gli informatici di CUP 2000 hanno sviluppato, su indicazione degli attori sociali e sanitari coinvolti nello studio, un software per la presa in carico e la gestione degli anziani affetti da demenza senile. È stata realizzata una check-list somministrata -da parte degli operatori di call-center- al referente familiare, ed una serie di scale per la valutazione -che utilizzeranno i medici del Centro per la memoria di Cento- sullo stato psicofisico e funzionale dei soggetti inseriti nella sperimentazione, al fine di valutare in modo attendibile ed approfondito la qualità di vita e salute dei due gruppi di anziani dementi e dei loro caregiver.

## **RISULTATI E VALUTAZIONE**

### *Risultati attesi*

Il progetto permetterà l'implementazione della rete comunicativa, relazionale e di supporto alle famiglie di anziani affetti da demenza senile. Questo si potrà realizzare tramite il monitoraggio costante dei bisogni della popolazione affetta da demenza, la presa in carico e l'inserimento della persona nel processo assistenziale. Il telemonitoraggio, permetterà un migliore impiego delle risorse territoriali e la valorizzazione del ruolo degli Enti Locali, garantendo efficienza, efficacia ed economicità del sistema.

Al 14 Gennaio 2008, le chiamate verso gli utenti in telemonitoraggio sono state 320 e sono state attivate 21 allerte sanitarie. La raccolta di informazioni sulle condizioni dell'anziano e del suo contesto permette di intervenire a sostegno di comportamenti adeguati (compliance, dieta, piano terapeutico ed assistenziale, ecc.) e di intervenire là dove si presentano situazioni di reale criticità.

### *Criteria di valutazione*

Assieme alle check-list con le voci da monitorare, sono state predisposte dal gruppo di lavoro una serie di scale di valutazione dello stato psicofisico e funzionale dei soggetti inseriti nella sperimentazione, utilizzate dai medici del Centro, al fine di valutare in modo attendibile ed approfondito la qualità di vita e salute dei due gruppi di anziani dementi e dei loro caregiver.

### *Strumenti e metodologie di valutazione*

Il progetto è stato redatto seguendo una metodologia derivata dai sistemi di gestione della qualità per poter rispondere all'esigenza di verificare i processi e gli esiti e per favorire un'analisi accurata del progetto stesso. I protocolli seguiti renderanno possibile, quindi, la valutazione e permetteranno di verificare l'efficacia in termini di modificazione in positivo della situazione preesistente e della soddisfazione degli utenti.

## **RISORSE**

### *Costo complessivo del progetto*

70.000 €

### *Fonti di finanziamento*

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza della Regione Emilia Romagna

### *Risorse umane impegnate:*

Lo studio è stato svolto congiuntamente dalla rete territoriale integrata dei servizi dedicati (Gestione Associata dei Servizi Socio-Assistenziali dei Comuni dell'Alto Ferrarese e Consultorio Delegato Demenze- Distretto Ovest), dalla Direzione Struttura Complessa di Geriatria e Salute Anziani dell'AUSL di Ferrara, con il supporto organizzativo e tecnologico del Consorzio e-Care e di CUP2000 Spa.

In particolare sono stati coinvolti

- Project manager;
- Medici specialisti in Geriatria con particolare esperienza nella cura e gestione degli anziani affetti da demenza residenti al domicilio;
- Neuropsicologa con particolare esperienza nella valutazione diagnostica sia funzionale che comportamentale degli anziani affetti da demenza;
- Assistente sociale area anziani;
- Operatori di call-center.

*- formazione prevista*

Nelle settimane precedenti l'avvio del monitoraggio, i professionisti coinvolti nella sperimentazione, si sono recati presso la sede del call center di Ferrara per formare gli operatori e-Care in merito alle demenze senili e sulle modalità di funzionamento dei servizi sociali a supporto dei malati e dei loro familiari.

*Risorse tecnologiche:*

*- attivate*

Attivazione del call-center e-Care e di un numero verde gratuito da chiamare in caso di bisogno e per chiedere informazioni, creazione del software per la presa in carico

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

*Positività e criticità*

Ampliando il numero di anziani seguiti, e una volta portato a sistema il progetto, si potranno realizzare economie di scala che andranno a contenere i costi, nonostante l'aumento stimato in circa 400 unità.

*Comunicazione interna ed esterna*

È stato realizzato un piano di comunicazione ed informazione per gli attori coinvolti nella rete per la Non Autosufficienza. Il percorso di comunicazione ha comportato la creazione di un tavolo allargato di professionisti dei servizi sanitari e sociali, impegnato in periodici incontri di confronto; la condivisione della progettazione, programmazione e verifica della attività; piani di formazione condivisa; la realizzazione di un'area del sito dell'Azienda USL accessibile ai professionisti della rete per il monitoraggio della spesa.

Azioni di comunicazione interna: diffusione periodica di report, aggiornamento del sito intranet riservato agli operatori, incontri con il gruppo tecnico FRNA.

Azioni di comunicazione esterna: attivazione dello sportello sociale, aggiornamento del sito per la Non Autosufficienza, realizzazione di eventi pubblici (Convegno "La Non

Autosufficienza: una nuova sfida per la collettività”, 15 Ottobre 2008), pubblicazioni sulla stampa locale.

*Successive implementazioni*

Per il 2009 è atteso l’ampliamento della platea degli utenti all’intera popolazione seguita dal Centro per le demenze di Cento.

La messa a regime del progetto creerà opportunità per Enti Locali, Servizio Sanitario, Servizi Sociali e per il 3° e 4° settore.