

# Un approccio proattivo e multidisciplinare per la presa in carico territoriale della fragilità: l'esperienza del Distretto di Forlì dell'AUSL della Romagna

Davide Botturi, Stefano Boni, Laura Tedaldi, Giuliana Valli, Cristiano Artusi, Giuseppe Benati\*

Nel periodo 2016-2019 presso la Casa della Salute di Forlimpopoli, Distretto di Forlì (AUSL della Romagna), è stata implementata una metodologia finalizzata alla presa in carico proattiva e multidisciplinare degli adulti più fragili, denominata *RiskER*. Il metodo prevede: analisi di profili individuali di rischio elevato di fragilità, elaborati da un algoritmo validato, da parte di MMG e infermiere; valutazione dei bisogni delle persone eleggibili per la presa in carico, da parte di MMG e infermiere con il coinvolgimento dell'assistente sociale, sulla base delle informazioni disponibili, e individuazione di potenziali interventi; proposta di intervento alla persona da parte

dell'infermiere. I principali interventi sono: arruolamento in percorsi per la cronicità (diabete tipo II, scompenso cardiaco, BPCO), colloqui per il miglioramento della *compliance* terapeutica; attivazione del servizio infermieristico domiciliare e/o dell'assistenza sociale.

*Parole chiave:* fragilità, identificazione e presa in carico, Casa della Salute.

**A proactive and multidisciplinary approach to community-based care for frailty: the experience of the Forlì District of the Romagna Local Health Authority (AUSL Romagna)**

*During the period 2016-2019 in Forlimpopoli Community Health Centre, Forlì Health District (Local Health Unit of Romagna), was implemented a methodology aimed at proactive and multidisciplinary care of frail community dwelling adults, named RiskER. It consists of: individual high frailty risk profile analysis by General Practitioner (GP) and nurse (the profile has been processed by validated algorithm); needs assessment of persons eligible for interventions by GP and*

## S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Il Distretto di Forlì (AUSL della Romagna)
3. *RiskER*: il modello regionale
4. *RiskER*: l'esperienza della Casa della Salute di Forlimpopoli
5. Discussione
6. Conclusioni

\* *Davide Botturi*, AUSL della Romagna, distretto di Forlì.

*Stefano Boni*, Direttore distretto di Forlì, AUSL della Romagna.

*Laura Tedaldi*, Responsabile Organizzativo Case della Salute, Cure Primarie e Medicina di Comunità di Forlì, AUSL della Romagna.

*Giuliana Valli*, Coordinatore infermieristico ambulatori specialistici, Cure Primarie e Medicina di Comunità di Forlì, AUSL della Romagna.

*Cristiano Artusi*, Medico di Medicina Generale, Casa della Salute di Forlimpopoli.

*Giuseppe Benati*, Direttore Dipartimento Cure Primarie e Medicina di Comunità Forlì-Cesena, AUSL della Romagna.

*nurse, with social worker involvement, on the basis of disposable information, and identification of potential interventions; intervention proposal to the person by nurse. The main interventions are: enrollment in care pathways for chronic diseases (type II diabetes, heart failure, COPD); improvement of therapeutic compliance; nursing and/or social home care.*

*Keywords: frailty, identification and management, Community Health Centre.*

Articolo sottomesso: 31/10/2021,  
accettato: 13/11/2024

## 1. Introduzione

La Regione Emilia-Romagna ha promosso soluzioni organizzative e assistenziali per potenziare lo sviluppo di un approccio proattivo e multidisciplinare nella presa in carico territoriale della fragilità. Tra le principali innovazioni si evidenziano le Case della Salute, gli ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità, e l'adozione di un modello di stratificazione della popolazione per rischio di ospedalizzazione e utilizzo dei servizi, basato su flussi informativi amministrativi, denominato *RiskER* (Brambilla e Maciocco, 2016; D.G.R. 2128/2016; D.G.R. 1423/2017; Det. 5394/2018; Fattore e Morando e Tozzi, 2018; *SUN-FRIL*, 2018; Tozzi *et al.*, 2019; L.R. 13/2019; Nobilio *et al.*, 2021).

Il Distretto di Forlì, dell'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, presenta una popolazione di riferimento pari a circa 186 mila abitanti. Nel Distretto sono attive 6 Case della Salute, ciascuna dotata di ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità; *RiskER* è stato implementato in 3 Case della Salute.

Il presente articolo documenta i risultati conseguiti dall'implementazione del modello *RiskER* nella Casa della Salute di Forlimpopoli, individuata come caso studio. L'esperienza di Forlimpopoli può contribuire all'accumulazione di know-how e sistematizzazione di approcci, nell'ambito di logiche di medicina di iniziativa per la presa in carico della cronicità e della fragilità, e supportare processi di cambiamento e crescita delle competenze (Longo e Ricci, 2020).

## 2. Il Distretto di Forlì (AUSL della Romagna)

Il Distretto di Forlì è uno dei Distretti più popolosi dell'AUSL della Romagna, con una popolazione pari a 184.741 abitanti (anno 2020) (Tab. 1). Il Distretto di Forlì presenta una proporzione di popolazione di età  $\geq 75$  anni (13,8%), e un indice di vecchiaia (203,3) superiori alla media dell'AUSL della Romagna e della Regione, e tra i più elevati nei Distretti dell'AUSL stessa (Tab. 1).

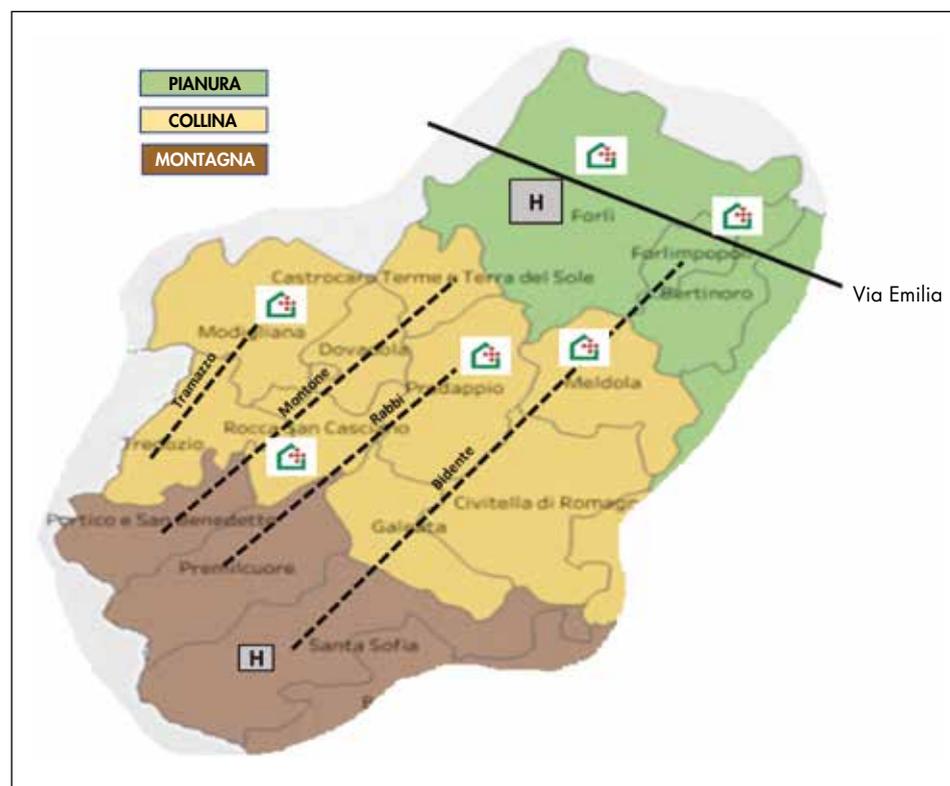
Dal punto di vista orogeografico il Distretto di Forlì presenta una zona pianeggiante, in cui vive il 77% della popolazione totale (principalmente nella Città di Forlì e frazioni), e una zona collinare-montana, articolata in 4 vallate, in cui vive il 23% della popolazione (Fig. 1). Nel territorio del Distretto di Forlì sono presenti 15 Comuni, di cui 11 ubicati nella zona collinare-montana, ciascuno con un numero di abitanti inferiore a 7 mila abitanti (min. 753 ab. – max. 6.374 ab.).

Nel Distretto di Forlì è presente un presidio ospedaliero composto da 2 stabilimenti: l'ospedale (H) "Morgagni-Pierantoni" nella Città di Forlì (424 posti letto), e l'ospedale (H) "P. Nefetti" (24 posti letto) nel Comune montano di Santa Sofia (Fig. 1).

**Tab. 1** – Distribuzione della proporzione di popolazione di età  $\geq 75$  anni e dell'indice di vecchiaia nei Distretti dell'AUSL della Romagna. Anno 2020

Distretto	Popolazione	% pop. $\geq 75$ aa.	Indice di vecchiaia
Lugo	101.469	14,4	211,0
Faenza	88.612	13,5	193,7
Ravenna	198.357	13,5	214,8
Cesena – Valle del Savio	116.434	13,4	210,0
Forlì	184.741	13,8	203,3
Rubicone	92.853	10,8	158,4
Rimini	225.179	12,1	185,1
Riccione	114.469	11,5	176,8
AUSL ROMAGNA	1.122.114	12,9	195,3
REGIONE	4.459.866	12,6	190,0

Fonte: Statistica Regione Emilia-Romagna



**Fig. 1**

Il Distretto di Forlì

Fonte: elaborazione a cura degli autori

Nel Distretto, dall'anno 2013 al 2020 sono state attivate 6 Case della Salute, distribuite quasi totalmente nelle valli, a garanzia della prossimità dei

servizi sanitari. L'attuale programmazione prevede la realizzazione di una Casa della Salute grande nella Città di Forlì, quale principale sede per la rea-

lizzazione di percorsi di presa in carico multidisciplinare, in stretta integrazione con i professionisti ospedalieri, per l'intera popolazione cittadina.

### 3. RiskER: il modello regionale

#### 3.1. L'algoritmo

A livello regionale dell'Emilia-Romagna è stato elaborato e validato un algoritmo per la stratificazione della popolazione di età  $\geq 14$  anni, ovvero gli assistiti dei medici di medicina generale, sulla base della probabilità di ricovero potenzialmente evitabile, attraverso una appropriata presa in carico territoriale, o di decesso per qualsiasi causa (Nobilio *et al.*, 2021). L'algoritmo è predittivo: la probabilità si riferisce all'anno successivo a quello di riferimento dei dati analizzati. La fonte dei dati è rappresentata dalle banche dati amministrative regionali. Le variabili utilizzate per la stima della probabilità riguardano: le caratteristiche demografiche; il ricorso ai servizi sanitari (ricovero, pronto soccorso, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare integrata); le patologie (codici diagnosi ICD9-CM); e i trattamenti farmacologici (politerapia, interazione tra farmaci, farmaci valutati inappropriati negli anziani). L'algoritmo consente di stratificare una determinata popolazione (es. assistiti del singolo MMG, popolazione di riferimento del Nucleo di Cure Primare/AFT o della Casa della Salute) sulla base di quattro livelli di rischio: basso, moderato, alto e molto alto. A livello locale, ogni Azienda Unità Sanitaria Locale può estrarre i profili di rischio sia individuali che con diversi livelli di aggregazione dei dati.

#### 3.2. Il metodo di lavoro

La prima fase di implementazione locale di RiskER ha riguardato le categorie di rischio alto e molto alto. Il

metodo di lavoro prevede la valutazione delle schede individuali e la definizione e realizzazione degli interventi appropriati nell'ambito della Casa della Salute da parte del medico di medicina generale a cui si riferiscono gli assistiti, degli infermieri dell'ambulatorio per la gestione integrata della cronicità, con il coinvolgimento, a seconda dei bisogni emergenti, di altre figure professionali, per esempio assistente sociale e medico specialista.

### 4. RiskER: l'esperienza della Casa della Salute di Forlimpopoli

#### 4.1. La Casa della Salute di Forlimpopoli

La Casa della Salute di Forlimpopoli è attiva da dicembre 2013, come riqualificazione di un piccolo stabilimento ospedaliero, ed è ubicata in una zona pianeggiante, sulla Via Emilia, a circa 10 km dalla città di Forlì (Fig. 1). La popolazione di riferimento è pari a 24.315 abitanti (anno 2019) residenti nei comuni di Forlimpopoli (13.285 abitanti) e di Bertinoro (11.030 abitanti). I medici di medicina generali presenti sono 17: 11 a Forlimpopoli, con lo studio principale nella Casa della Salute; 6 a Bertinoro, presso cui è attiva una sede satellite. La Casa della Salute è classificata ad alta complessità assistenziale, secondo i criteri regionali, e ospita: sportelli amministrativi; punto prelievi; pediatri di libera scelta; medici di medicina generale; guardia medica; assistenza sanitaria territoriale (ambulatorio vaccinazioni adulti, medicina dello sport, consultorio familiare, centro di salute mentale, centro di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza); assistenza specialistica ambulatoriale (chirurgia, cardiologia, otorinolaringoiatria, oculistica,

ortopedia, dermatologia, fisioterapia, odontoiatria); coordinamento assistenza domiciliare integrata; ambulatorio infermieristico per la gestione integrata delle patologie croniche; servizi sociali comunali; Ospedale di Comunità (28 posti letto); Hospice (11 posti letto).

4.2. Le competenze dell'infermiere dell'ambulatorio per la presa in carico integrata della cronicità

Presso la Casa della Salute è attivo l'ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità attivo nei giorni feriali (lun-ven) per un totale di 36 ore settimanali, pari a una unità di personale infermieristico

L'infermiere operante presso l'ambulatorio per la gestione integrata della cronicità, è un *case manager* dell'assistenza territoriale, le cui principali attività sono:

- accoglienza e informazioni sul percorso assistenziale;
- rilevazione parametri vitali e antropometrici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, livello di saturazione dell'ossigeno, peso, altezza, body mass index);
- presa visione di esami laboratoristici e strumentali effettuati, come della terapia farmacologica in corso, provvedendo a contattare il medico di medicina generale qualora si rilevi una criticità;
- raccolta dati su abitudini quotidiane e stili di vita;
- colloquio motivazionale breve;
- programmazione del follow-up, in accordo col medico di medicina generale, sulla base del PDTA e degli specifici bisogni del paziente.

In particolare, si evidenzia il colloquio motivazionale breve, finalizzato alla

promozione di un ruolo attivo del paziente, frequentemente anziano, e del caregiver, nella gestione della/e patologia/e, attraverso uno comunicativo-relazionale orientato all'informazione, educazione, addestramento rispetto a: storia naturale della patologia (cause e complicanze); organizzazione del percorso assistenziale; appropriatezza del piano terapeutico; rilevazione, registrazione e autoanalisi di alcuni parametri (es. pressione arteriosa, peso, diuresi); riconoscimento di sintomi e segni di aggravamento della patologia; ruolo dello stile di vita. Nell'ambito del colloquio sono anche previsti interventi motivazionali finalizzati a modificare le abitudini quotidiane che incrementano il rischio di aggravamento della/e patologia/e.

4.3. Il profilo degli assistiti a rischio alto e molto alto di fragilità

La prima fase di implementazione del modello regionale *RiskER* ha riguardato la valutazione e presa in carico proattiva della popolazione a rischio alto e molto alto di fragilità. Sulla base dell'ultimo aggiornamento disponibile, relativo al periodo 01.07.2018-30.06.2019, il numero di assistiti dei medici di medicina generale della Casa della Salute di Forlimpopoli con profilo rischio alto e molto alto, è rispettivamente pari a circa il 4% (865) e 3% (774) del totale degli assistiti (21.130). Nella Tab. 2 viene riportata una sintesi del profilo degli assistiti a rischio alto e molto alto. In particolare, la popolazione a rischio molto alto è identificabile con i cosiddetti "consumatori frequenti": anziani (età  $\geq 75$  anni) con multimorbilità che assumono quotidianamente almeno 5 farmaci diversi. Si evidenzia, inol-

tre, come nelle categorie di rischio alto e molto alto siano presenti anche persone giovani, le quali possono beneficiare maggiormente di interventi pro-

attivi, nei termini di prevenzione dell'insorgenza di complicanze severe delle patologie croniche, rispetto alla popolazione più anziana.

**Tab. 2** – Profilo degli assistiti dei MMG della Casa della Salute di Forlimpopoli a rischio alto e molto alto di fragilità

	Rischio ALTO		Rischio MOLTO ALTO	
	N.	%	N.	%
<b>Popolazione</b>	865		774	
<b>Sesso</b>				
M	413	47,7	352	45,5
F	452	52,3	422	54,5
<b>Età</b>				
< 18	1	0,1	2	0,3
18-24	3	0,3	0	0,0
25-34	2	0,2	0	0,0
35-44	3	0,3	3	0,4
45-54	22	2,5	20	2,6
55-64	47	5,4	37	4,8
65-74	100	11,6	70	9,0
75-84	290	33,5	202	26,1
85+	397	45,9	440	56,8
<b>N. patologie croniche</b>				
2-4	706	81,6	668	86,8
≥ 5	109	12,6	257	33,2
<b>N. farmaci assunti quotidianamente</b>				
≥ 5	507	58,6	541	69,9
<b>Pronto soccorso</b>				
Almeno 1 accesso	299	34,6	433	55,9
<b>Ospedale</b>				
Almeno 1 ricovero	278	32,1	582	75,2
<b>Assistenza Domiciliare Integrata</b>				
Almeno 1 episodio	92	10,6	305	39,4

Fonte: AUSL della Romagna, elaborazione a cura degli autori

4.4. La sperimentazione (anni 2016-2017)

La sperimentazione è stata avviata nell'anno 2016 e conclusa nell'anno 2017.

I medici di medicina generale aderenti sono stati 15: il 100% nel Comune di Forlimpopoli (11/11 MMG) e il 67% nel Comune di Bertinoro (4/6 MMG).

Sono state valutate tutte le schede individuali con profilo di rischio alto e molto pari a 754: 459 a rischio alto e 295 molto alto.

La metodologia di lavoro ha previsto:

- l'estrazione dalla banca dati dell'AUSL da parte del personale amministrativo dell'unità operativa controllo di gestione delle schede individuali di rischio alto e molto alto (Allegato 1: esempio di scheda individuale con profilo di rischio molto alto);
- il colloquio tra l'infermiere e il MMG di riferimento degli assistiti per la valutazione integrata dei bisogni: profilo individuale di rischio, informazioni cliniche e di altra natura di cui il MMG è a conoscenza;
- il coinvolgimento dell'assistente sociale del Comune di residenza dell'assistito per l'approfondimento sugli aspetti sociali dei casi eleggibili per la presa in carico;
- identificazione degli eventuali interventi ritenuti appropriati;
- chiamata della persona da parte dell'infermiere, eventualmente informata anticipatamente dal MMG;
- qualora la persona manifesti la propria disponibilità: condivisione degli interventi da realizzare, con l'eventuale coinvolgimento di altre figure professionali; realizzazione e monitoraggio; nei casi complessi elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Sulla base dei risultati della sperimentazione, già citati in Berloto *et al.* (2019), è emerso come il principale intervento realizzato a favore delle persone a rischio alto sia stato l'arruolamento nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati della cronicità

(136/459 persone a rischio alto). Per la maggioranza delle persone a rischio molto alto sono stati confermati, da parte del MMG, il trattamento terapeutico e/o il percorso assistenziale in atto (158/295 persone a molto alto rischio). Le altre principali tipologie di interventi realizzati a favore delle persone ad alto e molto alto rischio sono state il miglioramento della *compliance* terapeutica, in prevalenza attraverso colloqui motivazionali con l'infermiere dell'ambulatorio per la gestione integrata della cronicità, e l'attivazione dell'assistenza sociale. Quest'ultima tipologia documenta una attenzione multidimensionale nella valutazione dei bisogni e uno stretto livello di integrazione con il servizio sociale comunale.

È stato, inoltre, valutato l'impatto degli interventi realizzati, nell'ambito di un Progetto nazionale (CCM) dedicato alla valutazione di interventi per la presa in carico proattiva del paziente complesso (Francesconi *et al.*, 2018), utilizzando variabili relative al ricorso al Pronto Soccorso, al ricovero ospedaliero, sia in regime ordinario urgente presso reparti di area medica sia per condizioni suscettibili di cure ambulatoriali, e alla mortalità. L'analisi è stata effettuata attraverso il confronto tra la coorte di assistiti dei MMG presi in carico e una coorte di assistiti di MMG non aderenti al progetto (gruppo di controllo), con simile complessità dei bisogni, selezionati mediante appaiamento con propensity score. Il periodo di osservazione è stato l'anno 2017, monitorando le variabili selezionate a partire dal mese di presa in carico degli assistiti a rischio alto e molto alto. Tra i principali risultati è emersa una riduzione statisticamente significativa (*p-value* 0,001) nell'accesso al pronto soccorso da parte degli

assistiti presi in carico vs gruppo di controllo. Sebbene non direttamente correlabile ai risultati del Progetto, appare opportuno evidenziare la presenza nella Casa della Salute di Forlimpopoli di un ambulatorio di osservazione e terapia, con postazione del 118, frutto della riqualificazione del precedente punto di primo intervento. Nell'ambulatorio è garantita la presenza H12, nei giorni feriali, di infermieri, e la pronta disponibilità dei medici di medicina generale. L'accesso all'ambulatorio è sia programmato che diretto per piccole urgenze (es. odontalgie, faringiti, distorsioni, ulcere varicose, osteo/mioartralgie, escoriazioni e lesioni superficiali, sindromi gastroenteriche, dermatiti, punture di insetti ecc.). Nell'ambito dell'attività dell'ambulatorio è prevista anche l'effettuazione di radiografia, elettrocardiogramma, ed ecografia, con la possibilità di teleferitazione da parte dei medici specialisti del vicino ospedale pubblico di Forlì.

#### 4.5. La messa a regime

Nell'anno 2019 tutti i 17 MMG presenti nei Comuni di Forlimpopoli e Bertinoro di riferimento della Casa della Salute

hanno partecipato alla implementazione del modello *RiskER*. Nell'anno 2019 sono state analizzate 829 schede individuali con profilo di rischio alto, e 731 con profilo di rischio molto alto. La valutazione congiunta MMG-infermiere è stata condotta rispetto a 750 schede individuali con profilo di rischio alto e 558 con profilo di rischio molto alto (Tab. 3). Sono state escluse dalla valutazione il 9,5% delle schede individuali con profilo di rischio alto (79/829) e il 23,6% (173/731) con profilo di rischio molto alto, in quanto relative a persone che, in quel momento, risultavano o decedute o non più assistite dai MMG della Casa della Salute, in quanto trasferite in altri Comuni. La valutazione ha riguardato sia le condizioni cliniche e assistenziali della persona, che la condizione sociale e abitativa, con l'eventuale coinvolgimento dell'assistente sociale per gli approfondimenti. La maggioranza delle persone con profilo di rischio alto e molto alto è risultata vivere con un caregiver familiare, rispettivamente il 68,8% con profilo di rischio alto e il 61,8% con profilo di rischio molto; l'8,4% delle persone con profilo di rischio alto e il 15,1% con rischio molto

**Tab. 3** – *RiskER*: distribuzione delle persone ad alto e molto alto rischio per condizione sociale (anno 2019)

Condizione sociale	Persone a rischio ALTO		Persone a rischio MOLTO ALTO	
	N.	%	N.	%
Vive solo	12	1,6	9	1,6
Caregiver familiare convivente	516	68,8	345	61,8
Caregiver familiare non convivente	126	16,8	106	19,0
Vive con badante	6	0,8	4	0,7
Vive in struttura residenziale	63	8,4	84	15,1
Non nota	27	3,6	10	1,8
Totale	<b>750</b>	<b>100,0</b>	<b>558</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione a cura degli autori

alto è risultata ospite di una struttura residenziale (es. RSA) (Tab. 3). Sulla base degli esiti della valutazione è emerso come a più dell'80% delle persone con profilo di rischio alto e molto alto siano stati confermati i trattamenti/servizi/percorsi di presa in carico presenti (Tab. 4). Si tratta di persone già valutate nelle precedenti edizioni di *RiskER*, e che, peraltro, hanno rapporti costanti con il medico di medicina generale, e con i medici specialisti. Ciononostante, l'ulteriore valutazione e gli approfondimenti conseguenti, hanno offerto l'opportunità per ragionare nuovamente sull'appropriatezza dei trattamenti/

interventi in corso, soprattutto al fine di ritardare ulteriormente il peggioramento della condizione di fragilità. In accordo col MMG, l'infermiere ha proposto interventi di diversa tipologia a 109 persone con profilo di rischio alto (14,5% del totale delle schede valutate) e a 63 persone con profilo di rischio molto alto (11,3% del totale delle schede valutate) (Tab. 4). Tali persone sono classificabili come i nuovi casi rispetto all'anno precedente. La proporzione delle persone contattate risultate aderenti è stata pari al 65,1% (71/109) nel profilo di rischio alto, e al 82,5% (52/63) nel profilo di rischio molto alto (Tab. 5). I principali

**Tab. 4** – *RiskER*: esito della valutazione dei profili di rischio alto e molto alto (anno 2019)

	Rischio ALTO	Rischio MOLTO ALTO
	N.	N.
Schede individuali analizzate	829	731
<b>Schede individuali valutate, di cui:</b>	750	558
– conferma del trattamento/percorso assistenziale in atto	641	495
– proposta intervento	109	63

Fonte: elaborazione a cura degli autori

**Tab. 5** – *RiskER*: tipologia di interventi realizzati (anno 2019)

	Rischio ALTO	Rischio MOLTO ALTO
	N.	N.
Persone a cui sono stati proposti interventi	109	63
Persone non aderenti	38	11
<b>Persone aderenti, di cui:</b>	71	52
– prese in carico dai servizi sociali comunali	22	23
– arruolate in percorsi assistenziali per la cronicità	24	11
– prese in carico in ADI o dal Servizio Infermieristico Domiciliare	17	10
– altra tipologia di interventi (es. (miglioramento compliance terapeutica, riconciliazione farmacologica)	8	8
– ricoverate nell'Ospedale di Comunità	0	0

Fonte: elaborazione a cura degli autori. ADI: assistenza domiciliare integrata

interventi di presa in carico realizzati hanno riguardato: l'attivazione dei servizi sociali comunali, l'arruolamento in percorsi assistenziali per la cronicità (diabete tipo II, scompenso cardiaco, BPCO) all'interno di cui gli infermieri dell'ambulatorio della cronicità collaborano alla presa in carico integrata con il Medico di Medicina Generale, il medico specialistica, e altre professioni sanitarie e sociali; l'attivazione dell'assistenza sanitaria domiciliare (ADI o Servizio Infermieristico Domiciliare) con elaborazione di PAI (Tab. 5).

Negli anni 2020/21, le attività connesse con *RiskER* sono state posticipate a fronte della priorità rappresentata dalla gestione dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2.

### 5. Discussione

Dal punto di vista professionale, il medico di medicina generale e l'infermiere dell'ambulatorio per la presa in carico della cronicità costituiscono due figure chiave nell'implementazione del modello *RiskER*, come metodo di lavoro. Al riguardo si evidenzia la presenza nella Casa della Salute di Forlimpopoli di un gruppo di medici di medicina generale che ha costantemente manifestato un atteggiamento collaborativo nei confronti delle iniziative proposte dall'AUSL, a cominciare dall'avvio della Casa della Salute. Gli infermieri dell'ambulatorio per la gestione integrata della cronicità, sono infermieri con competenze di *case management*, e di tipo comunicativo-relazionale. A questi infermieri compete operativamente la gestione dell'intero processo di utilizzo delle schede individuali di rischio alto e molto alto: dalla valutazione congiunta con il medico di medicina generale di riferimento dell'assistito sino al

monitoraggio degli interventi realizzati, sempre interfacciandosi con il MMG. Un'altra figura professionale determinante, coinvolta nella valutazione delle schede individuali e nella presa in carico, è rappresentata dall'assistente sociale del Comune. Nei sottogruppi di popolazione a rischio alto e molto alto le eventuali problematiche sociali impattano direttamente sulla appropriatezza del percorso individuato.

Dal punto di vista organizzativo, la presenza nella medesima struttura dei professionisti coinvolti nella realizzazione degli interventi di presa in carico delle persone a rischio alto e molto alto (es. infermieri dell'assistenza domiciliare integrata, l'assistente sociale del servizio anziani, il diabetologo/cardiologo/pneumologo nell'ambito dei percorsi di presa in carico della cronicità) ha rappresentato un aspetto rilevante rispetto alla efficacia nell'implementazione del Progetto. In particolare, sulla base del punto di vista dei professionisti coinvolti nel Progetto è emerso come lavorare nella medesima sede costituisca una rilevante opportunità per lo sviluppo di un clima relazionale, di occasioni informali di confronto e condivisione che migliorano l'efficienza organizzativa nella realizzazione degli interventi.

In aggiunta, l'algoritmo statistico che supporta il metodo di lavoro rappresenta di per sé una opportunità, dalle molteplici applicazioni per l'Azienda USL. Per esempio, le schede individuali di profili di rischio alto e molto alto sono state recentemente utilizzate a supporto dell'individuazione delle persone fragili eleggibili per la teleassistenza nell'ambito del Progetto regionale di Telemedicina. Il Progetto è finalizzato al monitoraggio a distanza

di pazienti complessi affetti da patologie croniche (Diabete, Scompenso Cardiaco, BPCO), nell'ambito di una presa in carico da parte del Medico di Medicina Generale e dell'infermiere dell'ambulatorio della Cronicità. A ciascun paziente reclutato viene fornito un *kit* per la misurazione di peso, frequenza cardiaca, pressione, livello di saturazione dell'ossigeno e livello di attività motoria. I dati vengono inviati dal paziente a una centrale di monitoraggio; l'infermiere controlla i dati ricevuti e contatta il Medico di Medicina Generale e il paziente in caso siano necessari approfondimenti. Nel Distretto di Forlì è in corso l'implementazione in 3 Case della Salute, ubicate in zone collinari-montane, con difficoltà di accesso ai servizi sanitari specialistici.

Una prospettiva di lavoro del breve-medio periodo riguarda la valutazione delle schede individuali e l'erogazione delle risposte appropriate a favore dei sotto-gruppi di popolazione a rischio moderato e basso, tenendo conto delle indicazioni nazionali sullo sviluppo delle Case della Comunità e del ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità (DM 77/2022). Al riguardo si evidenzia come nell'anno 2022

presso diverse Case della Salute dell'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna siano stati avviati progetti sperimentali di implementazione della figura dell'infermiere di famiglia e comunità. In particolare l'infermiere di famiglia e di comunità opererà nelle Case della Comunità (*Hub e Spoke*), nel contesto familiare, e a livello comunitario, all'interno di *équipe* multidisciplinari, contribuendo alla pianificazione e programmazione di interventi secondo una modalità proattiva, sulla base dell'analisi e stratificazione dei bisogni della comunità, e garantendo un raccordo continuo e costante dei vari interventi e degli attori/professionisti interessati, incluso il supporto alla valutazione dei processi e degli esiti conseguiti.

## 6. Conclusioni

Sulla base dell'esperienza della Casa della Salute di Forlimpopoli del Distretto di Forlì, e del punto di vista dei professionisti coinvolti, *RiskER* rappresenta un utile strumento e metodo di lavoro a supporto di un approccio proattivo e multidisciplinare nell'identificazione ed eventuale presa in carico delle persone fragili nell'ambito dell'assistenza primaria.

## BIBLIOGRAFIA

Berloto S., Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A. (2019). La rete dei servizi di LTC e le connessioni con l'ospedale: quali soluzioni per la presa in carico degli anziani non autosufficienti?. In: CERGAS-Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2019*. Milano: Egea.

Brambilla A., Maciocco G (a cura di) (2016). *Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche*. Roma: Carocci Editore.

Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. *Gazzetta Ufficiale* n. 144 del 22 giugno 2022.

Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna (D.G.R.) n. 2128 del 5 dicembre 2016. *Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa*.

Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna (D.G.R.) n. 1423 del 2 ottobre 2017. *Attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019. Approvazione delle schede attuative d'intervento*.

Determinazione dell'Emilia-Romagna n. 5394 del 17 aprile 2018. *Approvazione Piano Operativo del Progetto regionale di telemedicina di cui alle deliberazioni di giunta regionale n. 648/2016 e n. 2024/2016*.

Fattore G., Morando V., Tozzi V.D. (2018). Governo della domanda e Population Health Management: Regioni a confronto nell'utilizzo dei database amministrativi e nelle scelte di policy e management. In: CERGAS-Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2018*. Milano: Egea.

Francesconi I., Bellini I., Profili F., Galdani E. (a cura di) (2018). *La gestione del paziente complesso nel territorio*. Firenze: Collana dei Documenti ARS Toscana, n. 98.

Legge Regionale dell'Emilia-Romagna (L.R.) n. 13 del 30 luglio 2019, art. 6 ter. Promozione della medicina di iniziativa all'interno del Servizio sanitario regionale. *Bollettino Ufficiale* n. 248 del 30 luglio 2019.

Longo F., Ricci A. (2020) Le fratture generate dal Covid-19: quali priorità strategiche per la sanità italiana?. In: CERGAS-Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2020*. Milano: Egea.

Nobilio L., Sforza S., Berti E., Moro M.L. (2021). *Guida alla stratificazione del rischio della popolazione residente in Emilia-Romagna con dati amministrativi: l'algoritmo riskER*. Bologna: Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna. – Disponibile al sito: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/report-risker-2021>. Ultima consultazione: 21.04.2021.

SUNFRAIL (2018). *Reference Sites Network for Prevention and Care of Frailty and Chronic Conditions in community dwelling persons of EU Countries*. – Testo disponibile al sito: <http://www.sunfrail.eu/>. Ultima consultazione: 21.04.2021.

Tozzi V., Zazzera A., Ferrara L., Bordon P., Cacciapuoti I., Cipriani M., De Luca G., Di Somma M.R., Gabbianelli M., Gabrielli D., Ghiotto M.C., Locati F., Mastrobuono I., Merlino L., Roti L., Teclme P. (2019). *Position paper sulle politiche per la cronicità e sugli interventi per la gestione dello scompenso cardiaco*. *Mecosan*, 111: 83-111. DOI: 10.3280/MESA2019-111005.