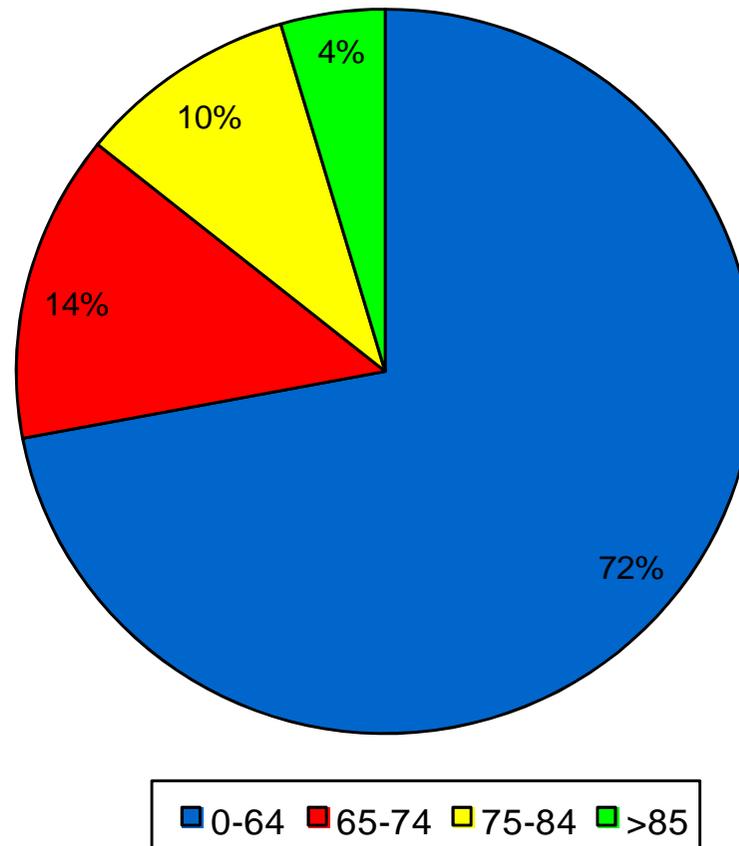


La dimensione aziendale della sorveglianza PASSI d'Argento

Daniela Germano
A.S.S.1 Triestina
Roma 26 settembre 2013

Contesto demografico

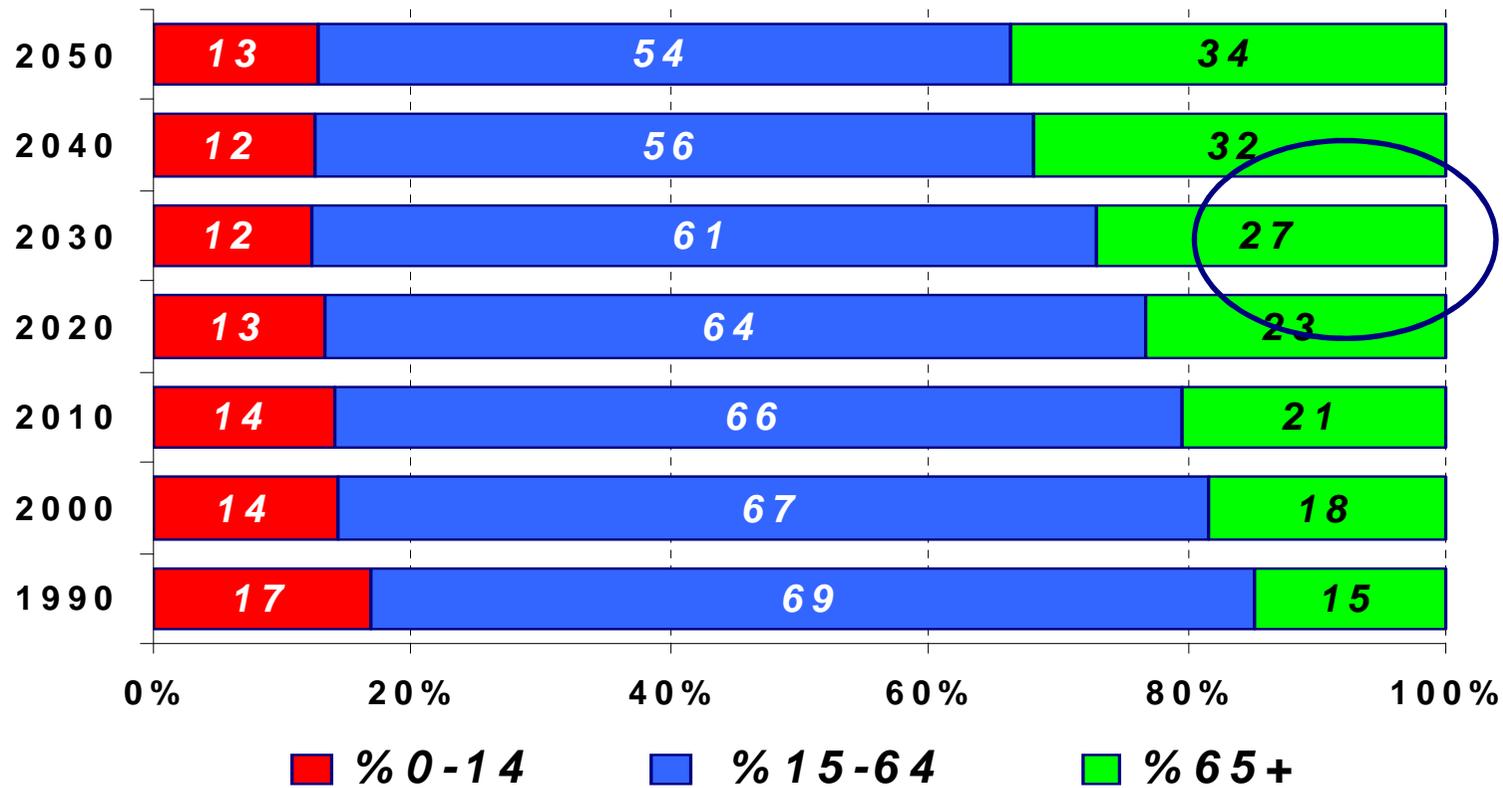
A.S.S.1 "Triestina"
Popolazione residente per classi di età
(235.053 residenti al 31/12/2012)



➤ >64enni: 65.627 persone

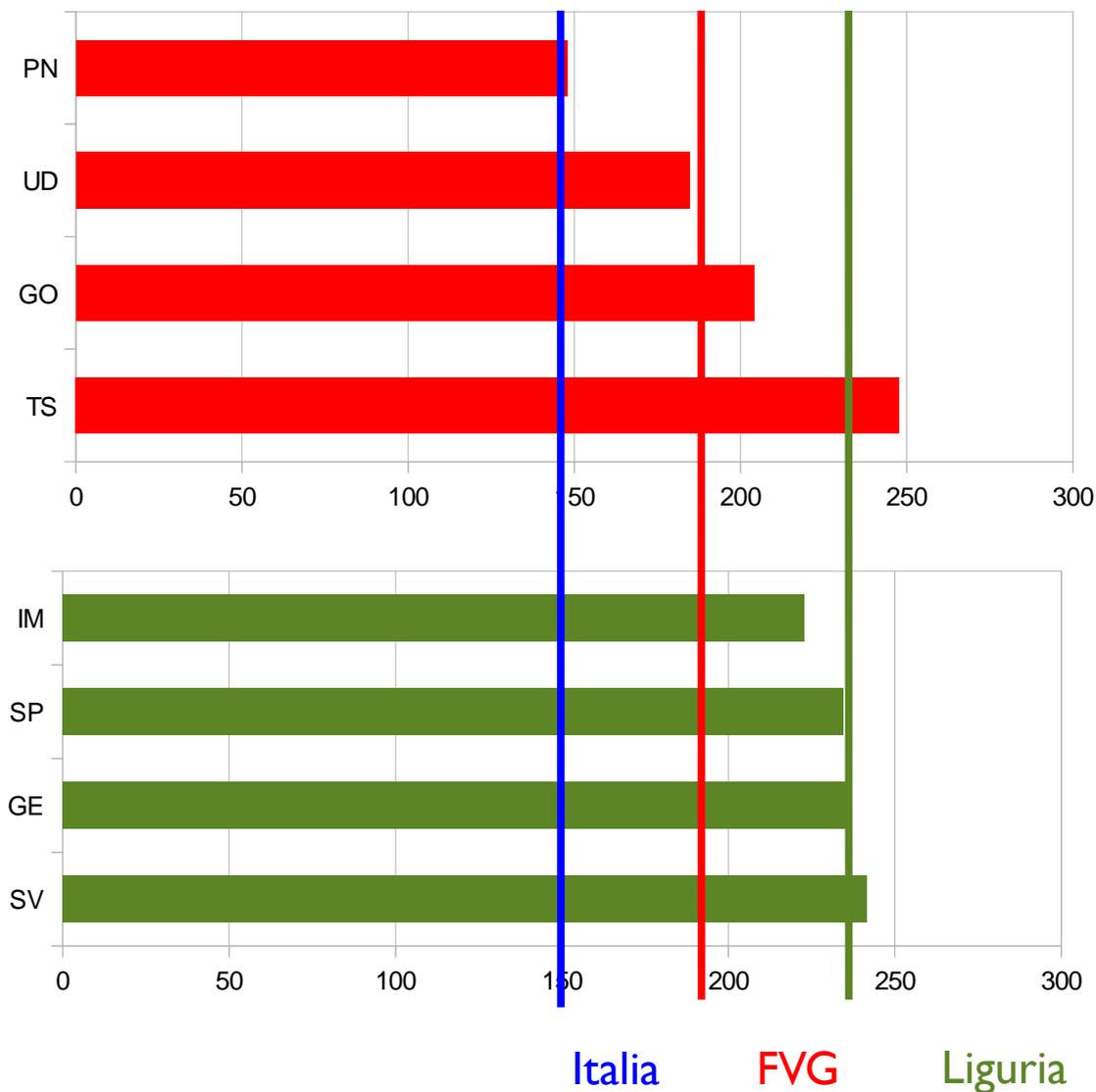
➤ Di cui circa 3.000 (5%) ospiti di strutture residenziali

il futuro



previsioni demografiche ISTAT 2005 - 2050

Indice di vecchiaia per provincia: anno 2010



“CITTÀ LABORATORIO”

Composizione
demografica

Struttura sociale
“metropolitana”

Progetti di integrazione socio- sanitari
a partire dal 1999 (Habitat- Microaree)

11 “Microaree” sul territorio provinciale

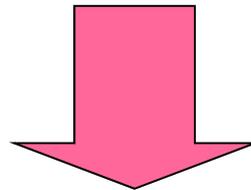
- Concentrazione di abitazioni di edilizia popolare
- Concentrazione problematiche sociali e sanitarie
- Elevata componente di anziani soli
- 13.723 residenti
- 31% >65 anni (4209 residenti)
- Presenza di operatore sanitario dedicato



Particolare composizione demografica dell'A.S.S.1 Conseguenze dell'invecchiamento

- Carichi assistenziali (bisogni sanitari, ospedalizzazione, assistenza infermieristica domiciliare)
- Costi sociali* : 21.270 ultra64enni (37%) vivono soli; 13.000 (22%) hanno più di 74 anni

Progetti di integrazione intrapresi



2012: Adesione dell'A.S.S.1 alla sorveglianza PASSI d'Argento

(nessuna partecipazione regionale)

Obiettivi della partecipazione al sistema di sorveglianza

- Raccogliere informazioni per realizzare interventi finalizzati a favorire la salute, l'autonomia e prevenire la disabilità delle persone anziane
- Consolidare interventi di integrazione socio-sanitaria
- Valutare l'efficacia degli interventi realizzati
- Rispondere al mandato della regione FVG di favorire la programmazione congiunta sociale e sanitaria (PDZ)



Azioni propedeutiche all'avvio della sorveglianza -1-

Comunicazione e formalizzazione di accordi

Destinatari

- Comuni



formalizzazione della collaborazione

- Stakeholder

(Ordini e Collegi professionali, Distretti Sanitari, Ospedali e case di cura, MMG, associazioni di volontariato, Ente gestore edilizia popolare, ecc.)



coinvolgimento e collaborazione (sostegno, diffusione e pubblicizzazione del progetto)

- Cittadinanza



informare e favorire l'adesione all'indagine (conferenza stampa, comunicati ed articoli sui quotidiani locali)

Azioni propedeutiche all'avvio della sorveglianza -2- Formazione

○ 2012

- 8 operatori telefonici (Televita srl)
 - (6 intervistatori di base e 2 “di riserva”)
- 12 operatori sanitari
- 9 assistenti sociali

○ 2013

- 8 operatori sanitari delle microaree



Coordinamento e organizzazione

- 1 medico del Dipartimento di Prevenzione (già coordinatore di PASSI)
- 1 collaboratore amministrativo (supporto al coordinatore)
 - Comunicazione (sindaci, ordini professionali, associazioni, mmg ecc.)
 - Formazione agli intervistatori
 - Campionamento
 - Lettere informativa ai medici (con elenco degli assistiti campionati) e alle persone campionate
 - Analisi dei dati e predisposizione della comunicazione dei risultati



Interviste telefoniche

Società privata (Televita srl)

partner di Azienda Sanitaria e Comune per servizi di contrasto dell'esclusione sociale, telefonia sociale e punto di ascolto permanente sul rischio suicidiario

Interviste vis a vis

4 Distretti sanitari

Operatori sanitari Servizi Assistenza Domiciliare
Unità Anziani

Servizi Sociali dei 6 Comuni della Provincia
Assistenti sociali



IL CAMPIONE

- RAPPRESENTATIVO della popolazione di riferimento:

- 6 strati di popolazione:

- 65 -74 anni, M e F
- 75 - 84 anni, M e F
- 85 anni ed oltre, M e F



Risultati

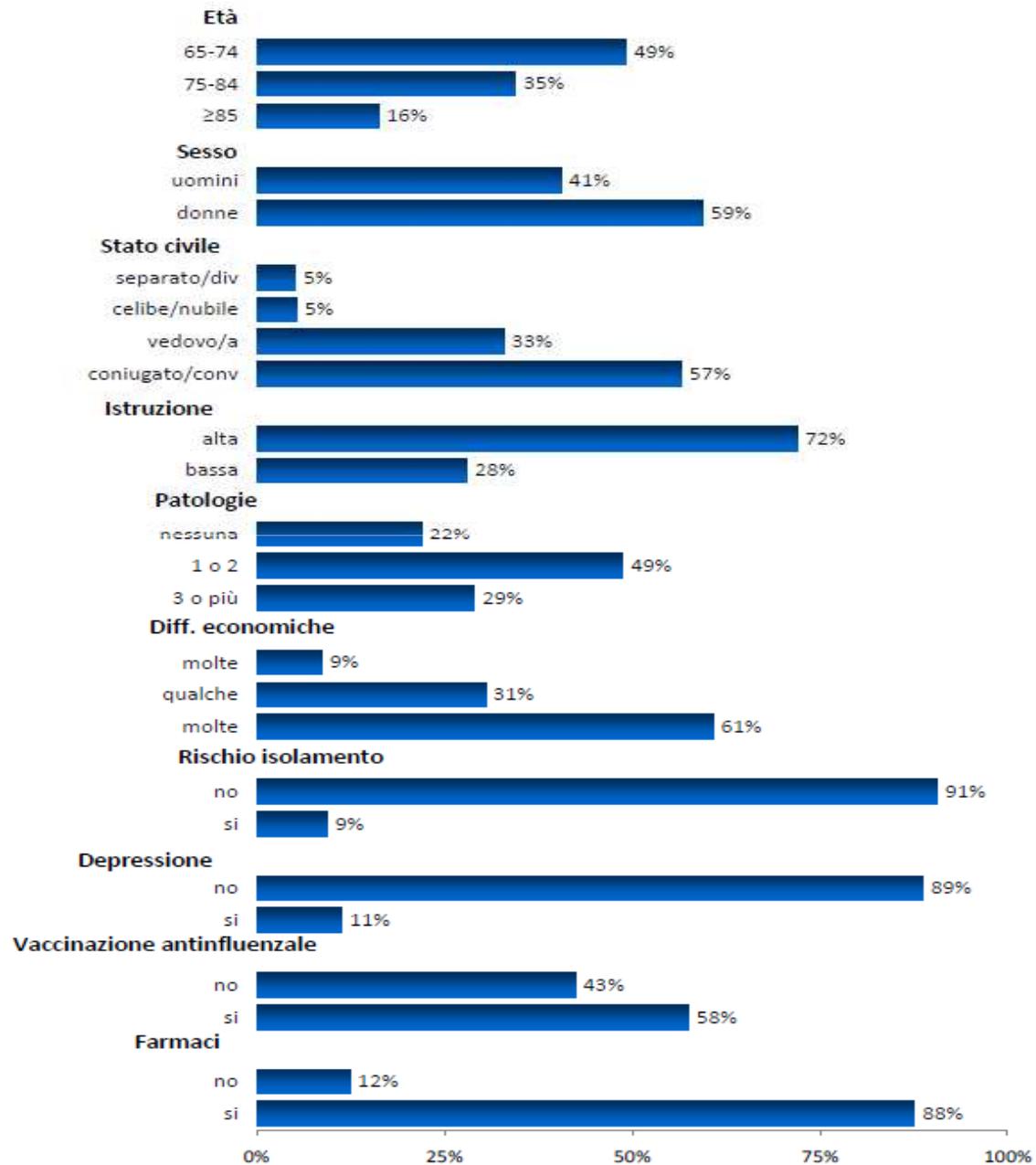
2 indagini

	2012 Provincia TS	2013 Microaree TS	Pool 2012
Popolazione in studio	65.727	4.209	13.132.216
Interviste	502	467	23.976
telefonica	95%	85%	91%
de visu	5%	15%	9%
intervista al proxy	8%	4%	23%

	2012 Provincia TS	2013 Microaree TS	Pool 2012
Tasso di risposta	87,2%	86,0%	89,0%
Tasso di sostituzione	13,0%	14,0%	12,0%
Tasso di rifiuto	12,0%	11,2%	10,0%
Tasso di non reperibilità	1,5%	2,8%	2,0%
Tasso di elegibilità	98,3%	97,4%	93,5%



Profilo generale della popolazione anziana
Descrizione del campione aziendale
ASS1 "Triestina" PDA 2012 (n=502)



Punti di forza del Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento (1)

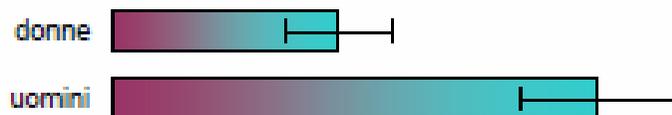
- Dettaglio aziendale
- Rappresentatività del campione consente di inferire le stime alla popolazione target
- Informazioni non desumibili da altri sistemi
 - Diffusione fattori di rischio
 - Adesione ai programmi di prevenzione e motivi di mancata adesione
 - Consente di individuare carenze organizzative o situazioni suscettibili di miglioramento (ambito sanitario e sociale)
- Valutazione dell'efficacia degli interventi



Consumatori di più di un'unità alcolica
ASS1 PDA 2012 (n=502)

Totale: 29,1% (I.C.95%: 25,2-33,3)

Sesso



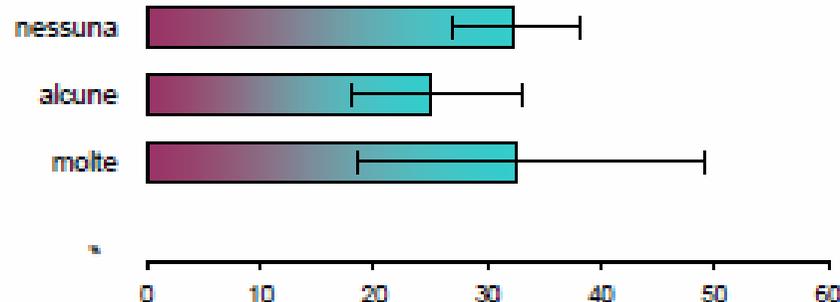
Età



Istruzione



Diff economiche



Quante persone hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

ASS1 "Triestina" : 3% di tutti i bevitori
4% dei bevitori "a rischio"

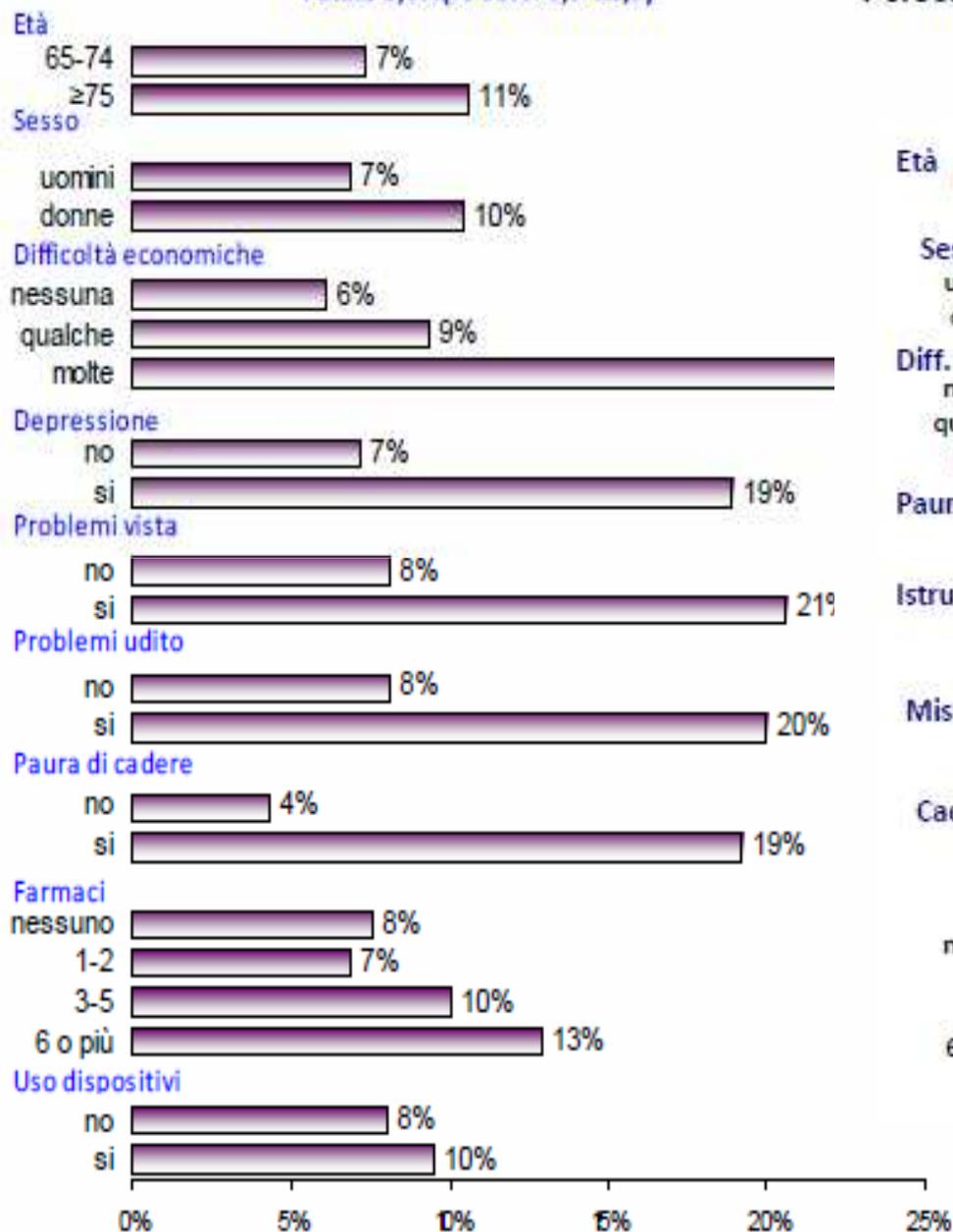
Pool nazionale: 8% di tutti i bevitori
11% dei bevitori "a rischio"



Persone con più di 64 anni che sono cadute negli ultimi 30 giorni

PDA 2012 (n=23.623)

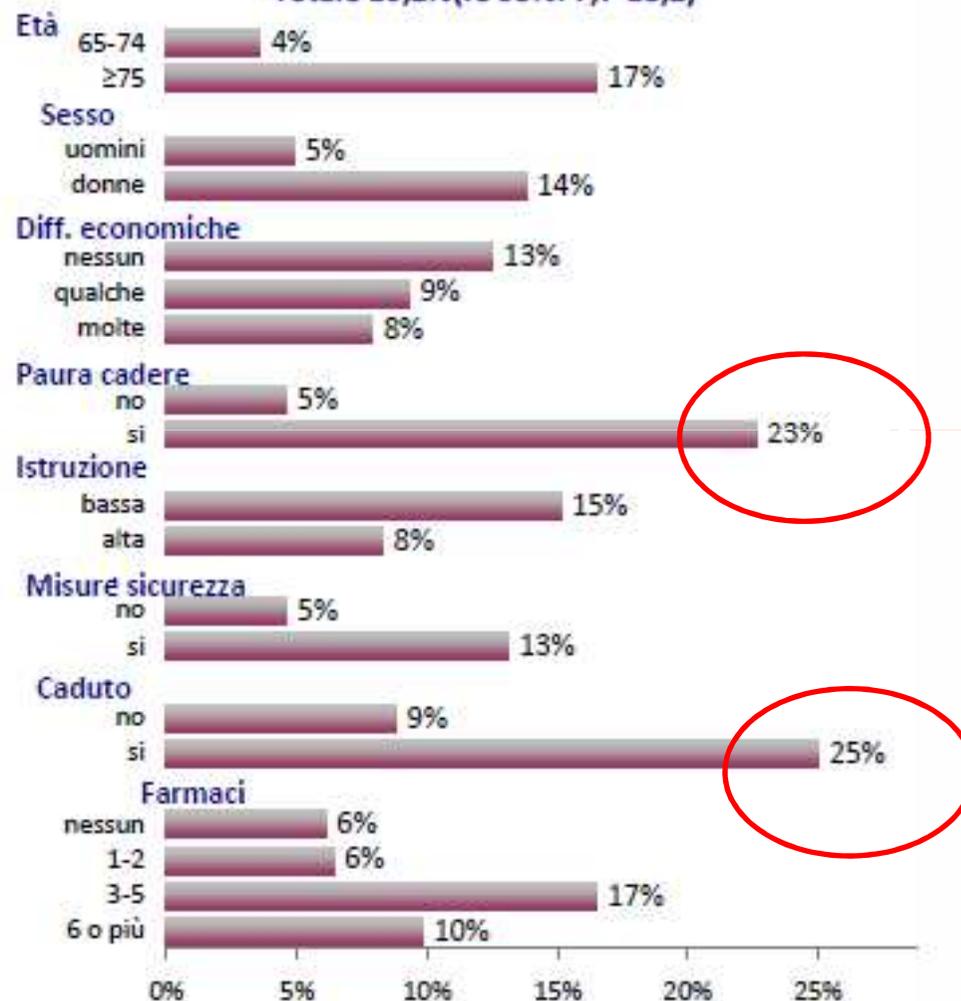
Totale 9,0%(IC 95%: 6,7-11,9)



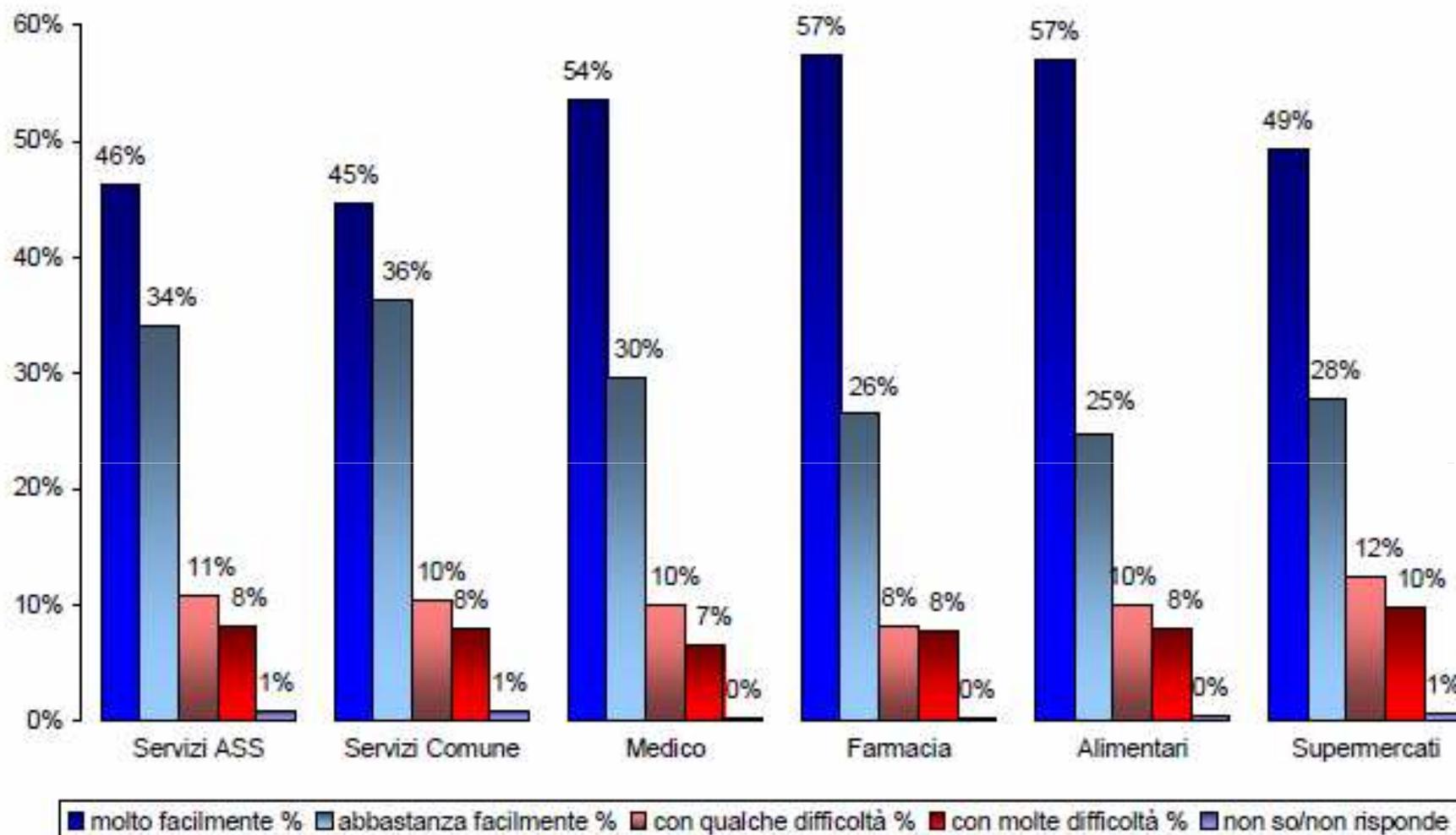
Persone che hanno ricevuto negli ultimi 12 mesi consigli da un sanitario su come evitare di cadere (%)

PDA 2012 (n=23.366)

Totale 10,2%(IC 95%: 7,7-13,2)



Livello di difficoltà dichiarato per raggiungere i servizi indicati
ASS 1 Triestina – PDA 2012 (n=502)



Punti di forza del Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento (2)

- Tempestività (a patto che sia tale)
- Flessibilità del sistema
- Consente di individuare sottogruppi di popolazione suscettibili di intervento
- Monitoraggio e confronto
- Leva di integrazione fra servizi sociali, sanitari e del privato sociale



Criticità del Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento

- Diversa organizzazione dei servizi sociali e di quelli sanitari
- Ricerca dei numeri di telefono
- Costi



Conclusioni (1)

- PDA
 - Fornisce informazioni fruibili, originali, utili per azione e valutazione
 - Facilita l'integrazione concreta dei settori sociale e sanitario durante tutte le fasi (raccolta, interpretazione, utilizzo dei dati)
 - Sostenibile (effetto economie di scala di progetti esistenti)
 - Strumento indispensabile di programmazione e governo locale (prospettive a breve e medio termine) per una realtà con caratteristiche demografiche, sanitarie e sociali come quelle descritte per A.S.S.1



Conclusioni (2)

- I dati preliminari della sorveglianza hanno fatto emergere alcune problematiche peculiari degli anziani del territorio dell'A.S.S.1
 - disuguaglianze legate a
 - Età
 - livello di istruzione
 - maggiori difficoltà economiche dichiarate
- Per contrastare questi problemi occorrono azioni integrate
- I PDZ rappresentano uno strumento di programmazione dei servizi alla persona finalizzato a favorire la programmazione congiunta sanitaria e sociale
- **PDA è stato inserito nei PDZ 2013-2015 di Trieste**
- **Le informazioni fornite da PDA verranno utilizzate per implementare la programmazione congiunta sanitaria e sociale a favore dell-invecchiamento attivo e a valutarne l'attuazione (Prospettive a medio e lungo termine)**



- Fra gli obiettivi del Piano di Zona 2013-2015 per la provincia di Trieste è indicata la “Costruzione di un sistema stabile e dinamico di analisi dell’impatto dell’attività dei servizi sanitari, sociali e socio sanitari sullo stato di benessere e salute della popolazione, a partire da banche dati disponibili” (Obiettivo Locale N. 4.8).



Grazie per l'attenzione

