
ESPERIENZE
DI INTEGRAZIONE
SOCIOSANITARIA
E ASSISTENZA
DOMICILIARE

Regione Toscana

LE SOCIETÀ DELLA SALUTE

a cura di Cosetta Simonti

Direzione Generale “Diritto alla Salute” della Regione Toscana
Responsabile della Posizione Organizzativa “Convenzioni Mediche”

64

i Supplementi di **monitor**

Le Società della Salute sono la più importante sfida della sanità toscana per innovare il modello organizzativo del territorio e realizzare l'integrazione socio-sanitaria. Una sfida introdotta dal Piano Sanitario Regionale 2002-2004 come “sperimentazione gestionale”, delineata operativamente dalle linee guida regionali del 2003 e ora confermata dal Piano Sanitario 2005-2007, approvato dal Consiglio Regionale nel mese di febbraio 2005.

Un elemento di novità che si inquadra in un ampio investimento della Regione sul riassetto organizzativo istituzionale del territorio, che si muove preservando e confermando i valori di fondo del sistema regionale e prima di tutto la ricerca dell'equità dei cittadini nell'accesso ai servizi, la forte integrazione tra sanitario e sociale, lo stretto rapporto tra Comuni e Regione e l'alto impegno in materia di prevenzione e di servizi territoriali.

In sintesi, le Società della Salute possono definirsi organismi misti che assumono la veste giuridica di “consorzi pubblici”, che vedono coinvolti principalmente Azienda USL ed Enti locali nel complesso compito di programmare e – a regime – anche gestire l'insieme dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali nell'ambito territoriale di riferimento. A loro spetta anche il controllo della domanda di salute che nasce a livello territoriale. Azienda USL e Comuni esercitano anche il ruolo di committenti, negoziando e finanziando volumi e mix di attività. Prima di analizzare nel dettaglio come è composta la Società della Salute e quali sono le sue funzioni, occorre fare un passo indietro, per capire meglio dove si

inserisce questo processo innovativo.

Il punto di avvio è nella scelta, effettuata dal PSR 2002-2004, di semplificare l'architettura organizzativa territoriale dell'azienda USL, che prevedeva due differenti livelli di programmazione e gestione: la zona e il distretto. La Legge di riordino del Servizio Sanitario Regionale (LR 72/1998, poi ripresa dalla LR n. 22/2000) articolava le 12 aziende USL toscane in 34 zone, in pratica coincidenti con gli ambiti territoriali delle 40 USL precedenti, con l'accorpamento delle 5 USL di Firenze, a loro volta articolate in 56 distretti. La suddivisione fra zona e distretto, che aveva un senso nella prima fase di sviluppo del sistema di aziendalizzazione, è divenuta nel tempo una frequente causa di sovrapposizioni e confusione di ruoli. Il Piano del 2002 supera questa impostazione, delineando un unico livello locale di governo: la zona-distretto, che concentra tutte le diverse funzioni territoriali. Un passaggio che trova conferma e nuovo sviluppo nel PSR 2005/2007 e nella Legge n. 40/2005 “Disciplina del servizio sanitario regionale”, che all'art. 64 suddivide il territorio aziendale in 34 zone-distretto.

La definizione di una unitaria “zona-distretto” mira a coinvolgere gli enti locali nella programmazione e nella cogestione dei servizi socio-sanitari territoriali, per raggiungere l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze sociali in termini di salute e per intervenire in modo integrato sull'ambiente e sulla condizione sociale al fine di realizzare gli obiettivi di salute prefissati. Infatti, nell'ambito della zona-distretto viene definito il “Piano Integrato di Salute” (PIS), che costituisce lo strumento di programmazione integrata delle po-

litiche sociali e sanitarie atto a conseguire gli obiettivi di salute. Il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 disegna il PIS partendo dalla convinzione che per migliorare la salute occorre coinvolgere tutti gli attori che possono influire sul sistema: sanità, enti locali, componenti della società civile, gli stessi cittadini. Con il Piano Integrato di Salute le comunità locali governano la salute collettiva e interagiscono col sistema dei servizi, avendo cura che il complesso dei servizi sanitari e socio-sanitari interagisca con quello dei servizi socio-assistenziali. Le comunità locali puntano anche a ricomporre le separatezze fra i vari soggetti istituzionali per realizzare azioni di tutela della salute, come risultato delle politiche complessive di un territorio: dalla salvaguardia della qualità ambientale, agli interventi rivolti alle categorie sociali più deboli o a rischio, alla promozione di stili di vita salubri, alla sicurezza nei luoghi di lavoro, alla sistemazione alloggiativa, alla formazione professionale.

A regime il PIS sostituirà, da un lato, il “piano operativo di zona” e il “piano sociale di zona”, dall’altro la parte socio-sanitaria del Piano Attuativo Locale del distretto. Una modalità di integrazione e di semplificazione programmatica, che opera in coerenza con gli indirizzi del PSR e delle Amministrazioni comunali. Tutte queste sono le premesse che hanno condotto, all’interno del medesimo PSR, a prevedere l’affidamento, in forma sperimentale, delle funzioni della zona distretto al nuovo modello di governo territoriale dei servizi sanitari e sociali: le “Società della Salute”. Diversi sono gli aspetti qualificanti di questo nuovo modello organizzativo che hanno ispirato il livello politico promotore di questa sperimentazione: il coinvolgimento delle comunità locali nei compiti di indirizzo, programmazione e governo dei servizi territoriali; l’integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale; il contenimento della spesa attraverso il governo della domanda e la promozione dell’appropriatezza dei consumi; la valorizzazione delle competenze professionali e delle attività socio-sanitarie anche pro-

dotte dal settore no profit, attraverso una modalità di interazione istituzionale più efficace, più idonea a facilitare la programmazione partecipata tra Comuni e Aziende sanitarie, capace di garantire la verifica dei risultati di efficienza e di efficacia da parte di tutti gli attori interessati.

In tale quadro le Aziende sanitarie sono chiamate a svolgere non più la funzione di soggetto unico di erogazione di prestazioni, ma a diventare il punto di snodo delle relazioni tra soggetti diversi, garantendone l’unitarietà di comportamenti in relazione alle esigenze di integrazione funzionale e agli indirizzi programmatici della Regione e degli enti locali.

Il percorso della sperimentazione si articolerà, grosso modo, in tre fasi:

- Fase 1: funzioni di governo e di orientamento della domanda;
- Fase 2: funzioni di gestione;
- Fase 3: eventuale nuovo assetto organizzativo di tutto il territorio regionale.

Comunque, ciò che si intende sperimentare non è solo un modo diverso di governare una parte importante dei servizi socio-sanitari territoriali attraverso nuove forme istituzionali, ma è in realtà la volontà di pervenire in tempi differenziati ad un nuovo assetto dell’intero sistema regionale dei servizi socio-sanitari.

IL CONTESTO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO

Dal punto di vista dell’assetto organizzativo si assisterà alla presenza di due diversi soggetti titolari dell’erogazione socio-sanitaria territoriale: le zone-distretto e le Società della Salute. La zona-distretto, quale articolazione territoriale dell’Azienda sanitaria, continua ad essere l’assetto organizzativo e gestionale dei servizi territoriali che mantiene le proprie funzioni istituzionali di programmazione dell’offerta sociale e sanitaria integrata (Conferenza dei Sindaci, Piano Integrato di Salute), gestione delle cure primarie, controllo dell’uso delle risorse, governo dei presidi territoriali, coordinamento tra le attività territoriali e

ospedaliera, governo della domanda socio-sanitaria, verifica del grado di soddisfacimento.

La Società della Salute si affiancherà alla zona-distretto, come sperimentazione del nuovo assetto organizzativo dell'assistenza socio-sanitaria territoriale e come premessa per un nuovo probabile assetto dell'intero sistema regionale. Essa assumerà le funzioni della zona-distretto con le specificità proprie della disciplina vigente.

IL CONTESTO DISPOSITIVO DI RIFERIMENTO

- Piano Sanitario Regionale 2002-2004, che definisce le linee generali per la nascita delle Società della Salute.
- Delibera Consiglio Regionale n. 155 del 24.9.2003, che rappresenta l'atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione.
- Delibera GR n. 1205 del 17.11.2003 che costituisce il gruppo tecnico di valutazione e monitoraggio.
- Delibera GR n. 269 del 22.3.2004 che approva l'avvio della sperimentazione in 18 zone socio-sanitarie.
- Delibera GR n. 1339 del 20.12.2004 che approva l'avvio della sperimentazione in un'altra zona socio-sanitaria.
- Delibera GR n. 682 del 12.7.2004 che contiene le linee guida per la definizione dei piani integrati di salute.
- Legge Regionale n. 40 del 24.2.2005 di modifica e integrazione della LR 22/2000 sul "Riordino delle norme per l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale".
- Piano Sanitario Regionale 2005-2007, approvato con Delibera del Consiglio regionale n. 22 del 16.2.2005.

LE PREVISIONI DEL PIANO SANITARIO REGIONALE 2002-2004

Il precedente Piano Sanitario Regionale 2002-2004 individua, come linea strategica, la sperimentazione di forme innovative di governo dei servizi sociali e sanitari extraospedalieri, a livello

di zona-distretto, da affidare alle Società della Salute. La sperimentazione deve avvenire sulla base di un'aggregazione delle volontà politiche istituzionali e la conseguente adesione volontaria da parte delle Aziende USL e dei Comuni della zona interessati, che trovi espressione in un progetto da elaborare e da sottoporre all'autorizzazione della Giunta Regionale. Tale progetto deve essere predisposto sulla base di modalità stabilite in apposito atto di indirizzo; così formulato esso costituirà la vera e propria candidatura alla sperimentazione.

La sperimentazione delle Società della Salute è volta a perseguire i seguenti obiettivi:

- coinvolgere le comunità locali nei compiti di indirizzo, programmazione e governo dei servizi territoriali e di attivazione di progetti su obiettivi di salute;
- garantire l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie rispettivamente di competenza dei Comuni e delle Aziende, individuando gli strumenti e gli atti necessari per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali socio-sanitari;
- garantire il controllo dell'impiego delle risorse attraverso il governo della domanda e la promozione dell'appropriatezza dei consumi;
- assicurare universalismo ed equità;
- valorizzare l'imprenditorialità no profit.

GLI INDIRIZZI PER L'AVVIO DELLA SPERIMENTAZIONE

L'atto di indirizzo approvato con delibera del Consiglio Regionale del settembre 2003 detta, poi, le condizioni specifiche necessarie all'avvio della sperimentazione e al monitoraggio della stessa e in particolare:

1. definisce la natura giuridica di soggetto pubblico della Società della Salute e cioè consorzio pubblico, ai sensi del Decreto legislativo n. 267/2000;
2. stabilisce che la proposta di sperimentazione è presentata in forma congiunta dalla Conferenza dei sindaci o sua articolazione zonale, o da un gruppo di comuni associati, e dal direttore

- generale dell'Azienda sanitaria di riferimento. I comuni coinvolti devono esprimere tale volontà in un numero tale da rappresentare almeno una maggioranza qualificata (80%) dell'intera popolazione di riferimento;
3. individua gli organi della Società della Salute (Sds) in rappresentanza degli enti che la costituiscono e le relative competenze: l'organo di governo, detto Giunta della Sds, (composto dal direttore generale dell'Azienda USL e dai sindaci o assessori delegati competenti nelle materie trasferite alla Sds); il Presidente (nominato dalla Giunta della Sds, tra i rappresentanti dei Comuni); il Direttore, che svolge le funzioni di direzione generale (nominato dalla Giunta della Sds e coadiuvato nei suoi compiti da uno staff di direzione); il Collegio dei revisori dei conti;
 4. stabilisce che i rapporti tra la Società della Salute e i singoli soci sono disciplinati da apposite convenzioni;
 5. individua nel Piano integrato di salute, che sostituisce sia il Programma operativo di zona che il Piano sociale di zona, la modalità di programmazione dell'organo di governo;
 6. disciplina le modalità di partecipazione alla progettazione e programmazione dei servizi dei soggetti no profit operanti nel sistema (la *consulta del terzo settore* che partecipa alla definizione del Piano integrato di salute attraverso la formulazione di pareri prima dell'approvazione del PIS) dei medici convenzionati e dei soggetti rappresentativi dell'utenza (Comitato di partecipazione);
 7. definisce i vincoli finanziari della Società della Salute;
 8. stabilisce che il confine territoriale sia di norma quello della zona-distretto.

LE PREVISIONI DEL NUOVO PIANO SANITARIO 2005-07

Il vigente Piano Sanitario 2005-2007, approvato con deliberazione del Consiglio regionale il 16.2.2005, affronta ancora una volta il concetto

di distretto, inteso come il livello territoriale a cui spetta l'organizzazione di base del sistema sanitario, integrato con quello socio-assistenziale.

Puntualizza che la Toscana ha scelto di diventare il luogo di rilancio della cultura di integrazione a partire dai Comuni, dalla società civile, dalle associazioni, dall'esperienza dei suoi servizi territoriali. A questo fine conferma l'affidamento, in forma sperimentale, delle funzioni di governo assegnate alla zona-distretto, quale livello territoriale di organizzazione del sistema sanitario, alle Società della Salute, sulla base di una adesione volontaria dei soggetti coinvolti, Aziende sanitarie e Comuni.

Il Piano indica anche i principi a cui le sperimentazioni locali devono adattarsi e su cui sarà effettuata la valutazione dei risultati nel corso del triennio. Sono concetti di fondo, per la maggior parte già contenuti nel PSR 2002-2004, ma che tengono conto anche del lungo dibattito relativo all'avvio della sperimentazione e che in seguito hanno ispirato gli atti regolamentari adottati in materia dalla Regione. Innanzitutto viene ribadito il principio della garanzia dell'universalismo e dell'equità, senza alcuna selezione per livelli di rischio, per caratteristiche socio-economiche o demografiche, per capacità contributiva o per appartenenza etnica o ideologica. Si chiarisce, inoltre, che la Sds deve avere comunque carattere non lucrativo.

La comunità locale, rappresentata dal Comune e articolata in tutte le componenti della società civile, diventerà protagonista della tutela della salute e del benessere sociale. Nell'ambito della sperimentazione, il Comune non assume solo funzioni di programmazione e controllo, ma "compartecipa" ad un governo del territorio finalizzato ad obiettivi di salute e diviene a tutti gli effetti "cogestore" dei servizi socio-sanitari territoriali. Tutto per realizzare appieno l'integrazione sociale e sanitaria e promuovere l'integrazione fra tutela dell'ambiente e tutela della salute.

Inoltre le Società della Salute rappresentano uno strumento che consentirà di garantire maggiore

appropriatezza delle prestazioni, maggior controllo della spesa, effettivo coinvolgimento e maggior soddisfazione degli operatori, maggior consenso della popolazione. Le energie positive presenti nella società civile, e in particolare del volontariato e del terzo settore, essendo ricomprese nel processo gestionale pubblico, arricchiscono il sistema locale della salute in un quadro di qualità e permettono l'ampliamento delle potenzialità di offerta per settori assistenziali attualmente carenti o non previsti.

L'unitarietà del sistema sarà garantita dall'unicità del soggetto erogatore.

La Società della Salute ha come fine istituzionale la tutela della salute e del benessere sociale e ha prioritariamente, quale suo presupposto, quello di favorire la partecipazione alle scelte in merito ai servizi socio-sanitari dei cittadini che attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative ne fanno parte.

L'attività delle Società della Salute è impostata dal PIS, per garantire la programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie e la loro interconnessione con quelle dei settori ambientali e territoriali che hanno comunque influenza sullo stato di salute della popolazione.

Le Società della Salute definiscono i propri ruoli, compiti, finanziamenti tramite accordi fra le Aziende Unità Sanitarie Locali e i Comuni a livello di zona-distretto, con il coordinamento e il controllo direzionale della Regione.

Gli accordi sono bilaterali, pur rispettando regole comuni sulla base di quanto stabilito dalla Regione. Poiché nel corso del PSR 2005-2007 le Società della Salute sono attivate in fase sperimentale, non devono necessariamente coprire gli stessi settori assistenziali o fare riferimento ad una intera zona-distretto. In quest'ultimo caso la zona-distretto assicura la gestione dei settori assistenziali o degli ambiti territoriali non coperti dalla Società della Salute di quel territorio.

Di fatto la costituzione delle Società della Salute è avvenuta in tutte le zone-distretto con l'adesione della totalità dei Comuni.

Per quanto riguarda le prestazioni specialistiche erogate in ambito ospedaliero, la loro quantità e modalità di erogazione è obbligatoriamente concertata dalla Società della Salute con i soggetti erogatori, sulla base dei bisogni e dei volumi attesi. La Società della Salute attiva a tal fine accordi bilaterali con i principali ospedali erogatori, in primo luogo con l'ospedale di riferimento della zona-distretto. Per quanto riguarda le prestazioni ospedaliere, le Società della Salute garantiscono il rispetto dei volumi di prestazioni definiti dalla programmazione regionale e locale, nell'ambito delle proprie funzioni di controllo della domanda. L'Azienda Unità Sanitaria Locale assicura la coerenza della programmazione e la continuità assistenziale, nell'ambito dei percorsi assistenziali, fra ospedale e territorio. Le Società della Salute sono finanziate dalle Aziende Unità Sanitarie Locali con la parte della quota capitolaria corrispondente ai servizi definiti nel loro contratto di erogazione e dai Comuni con i fondi corrispondenti ai servizi sociali. La fase di avvio non può che avere come riferimento il livello di finanziamento della quota capitolaria consolidata su base storica; l'eventuale progressivo superamento di squilibri strutturali tra zone-distretto andrà governato in un quadro unitario delle risorse disponibili a livello aziendale che costituiscono in ogni caso vincolo di riferimento. Le Società della Salute sono tenute a garantire l'equilibrio economico tra costi e ricavi.

La sperimentazione dovrà completarsi nell'arco del triennio 2005-2007 e la Giunta Regionale è impegnata ad una verifica costante delle modalità di svolgimento della stessa, con l'ausilio del Gruppo tecnico di valutazione e della Consulta regionale previsti dal precedente PSR.

La Giunta riferirà periodicamente al Consiglio Regionale sull'andamento e sugli esiti della sperimentazione e si impegna a valutare, al termine della stessa e sulla base del suo esito, la necessità di una "revisione normativa dell'assetto organizzativo e di governo dei servizi socio-sanitari territoriali".

VALUTAZIONE DELLE PROPOSTE DI SPERIMENTAZIONE DELLE SOCIETÀ DELLA SALUTE

La Giunta Regionale, con propria deliberazione del novembre 2003, istituisce il “Gruppo tecnico di valutazione”, previsto dal PSR 2002-2004 e dall’atto di indirizzo, con il compito di valutare la congruenza dei progetti presentati rispetto agli indirizzi regionali e fornire quindi alla Giunta Regionale tutti gli elementi per approvare o meno i progetti. Il Gruppo ha avviato la propria attività alla fine di novembre 2003, quando sono scaduti i termini per la presentazione dei progetti, con un ampio lavoro di istruttoria e di verifica della correttezza nelle procedure di adozione dei progetti in sede locale e di trasmissione degli stessi. Sono pervenute ben 18 proposte, a cui successivamente si è aggiunta la zona della Val di Nievole, raggiungendo così il numero definitivo di 19 sperimentazioni. La lettura degli elaborati progettuali, pervenuti in prima istanza, ha mostrato, come era prevedibile, una non omogeneità nel grado di approfondimento e di maturazione in sede locale delle problematiche connesse all’avvio della sperimentazione. L’analisi dei progetti è stata condotta attraverso la valutazione della congruità con le indicazioni contenute negli atti vigenti di riferimento. Sono stati comunque valutati gli elementi e le criticità più significative e caratterizzanti, osservando, in particolare, le specificità relative: le funzioni di governo e gestione, la struttura organizzativa, lo staff di direzione, il finanziamento e le risorse per l’avvio della fase sperimentale e, infine, lo strumento necessario per lo svolgimento della propria attività: il Piano Integrato di Salute. Sulla base di tutte queste valutazioni, che sono esaminate anche nei paragrafi seguenti, il Gruppo ha formulato le prescrizioni necessarie all’adeguamento delle sperimentazioni alla normativa di riferimento.

LE FUNZIONI DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE. IL GOVERNO E/O LA GESTIONE

Su questo punto si è riscontrato il massimo del-

la variabilità tra le proposte di sperimentazione pervenute: da situazioni in cui la Società della Salute è pronta da subito a intraprendere attività gestionali, ad altre in cui la stessa rinuncia a svolgere anche alcune essenziali funzioni di governo. Tra questi due estremi si è rilevata una molteplicità di soluzioni che prevedono una gradualità variamente modulata dalla fase di programmazione e governo a quella di gestione.

È stato necessario soffermarsi sull’aspetto del passaggio dalla fase di programmazione e governo a quella di gestione. Non c’è dubbio che le due fasi sono qualitativamente e quantitativamente molto diverse, sia in termini di strumenti organizzativi che in termini di responsabilità e impegni economici e finanziari. Tant’è l’atto di indirizzo stesso prevede che l’accesso ad una seconda fase, quella di gestione, sia preceduta da un’autorizzazione regionale.

In diverse proposte questo passaggio non era stato ben regolamentato, in particolare mancavano norme transitorie che consentissero la necessaria flessibilità in funzione di diverse configurazioni della Società della Salute.

In risposta alle prescrizioni formulate gli statuti che sono risultati insufficientemente esaurienti su questo aspetto sono stati modificati. Di fatto sono stati predisposti statuti che contenessero l’esplicitazione puntuale delle due fasi previste: la programmazione e la gestione.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE

È inevitabile che il governo integrato dei servizi socio-sanitari possa nel tempo produrre la sperimentazione di nuove forme organizzative, magari estremamente disomogenee fra loro e, per questo motivo, difficilmente oggetto di efficace capacità di regolazione da parte della Regione di un sistema organizzativo poco leggibile. Sarà opportuno a questo proposito attivare un buon livello di monitoraggio di tutto il sistema per porre la necessaria attenzione al fine di un’eventuale revisione delle norme regionali in materia di organizzazione dei servizi.

Un altro aspetto organizzativo è lo spirito contenuto nell'atto di indirizzo secondo il quale si devono evitare duplicazioni di figure dirigenziali. Poiché solo in uno stadio di avanzamento è stata chiara la necessità di mantenere la responsabilità della gestione in capo al Responsabile di zona, è stato previsto il transito graduale delle funzioni dal Responsabile di zona al Direttore della Società della Salute.

LO STAFF DI DIREZIONE E LE FUNZIONI DI GOVERNO DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE

Quasi ovunque nei progetti originali non sono state affidate allo staff di direzione le tipiche funzioni e le relative competenze di una struttura di staff: pianificazione strategica e programmazione, controllo di gestione, sistemi informativi e comunicazione. Questa interpretazione della struttura di staff è abbastanza significativa se si considera il ruolo della Società della Salute nel campo della programmazione, della valutazione dei bisogni, del governo della domanda, della negoziazione con gli ospedali. E va considerato che tutto questo rappresenta l'unica funzione sostanziale nella fase iniziale della sperimentazione.

Anche questo aspetto è stato ampiamente soddisfatto in occasione delle rielaborazioni scaturite dalle prescrizioni formulate.

IL FINANZIAMENTO E LE RISORSE PER L'AVVIO DELLA FASE SPERIMENTALE

Ancora una volta dalla gran parte delle proposte di sperimentazione è emersa, per quanto riguarda l'aspetto finanziario, l'ambiguità presente tra funzioni di governo e quelle di gestione; nelle bozze di statuto e convenzione spesso infatti convivono due diversi concetti: a) quello della "quota capitaria" e b) quello del "budget virtuale", basato sulla spesa storica. È evidente che il finanziamento sulla base della "quota capitaria" (variamente pesata e adattata alle dinamiche della spesa storica di una zona) rappresenta il criterio da adottare nella situazione a regime, mentre nella fase di sperimentazione non può che valere il criterio –

indicato dall'Atto d'Indirizzo – del "budget virtuale" definito sulla base dei costi storici.

Questo punto rischiava di diventare particolarmente critico a causa del fatto che solo eccezionalmente risultavano presenti nella documentazione i dati analitici della spesa storica sostenuta per la popolazione residente nelle singole zone. In seguito alle prescrizioni, le Società della Salute hanno adeguatamente ottemperato ai debiti informativi sottolineati.

LO STATO DELL'ARTE A GENNAIO 2005

L'avvio delle sperimentazioni (vincolato all'accettazione e alla conformazione delle prescrizioni formulate dal gruppo tecnico appositamente costituito) è storia recente, come si può desumere dalla tabella 1. Infatti, tutte le prescrizioni vincolanti, necessarie a rendere conformi i progetti sperimentali alla disciplina in materia consortile e in materia sanitaria, sono state assunte dalla Giunta Regionale negli atti di autorizzazione alla sperimentazione. Il quadro definitivo della sperimentazione che emerge è che poco meno del 60% dei Comuni del territorio regionale e quasi il 60% della popolazione della nostra Regione risulta interessata alla sperimentazione.

La costituzione dei Consorzi verificatasi con la decorrenza indicata nelle date riportate nella sottostante tabella, è avvenuta in alcuni casi presso lo studio del Notaio, in altri presso il Segretario Comunale. Gli atti posti in essere oggi da parte delle Giunte delle Società della Salute regolarmente costituite riguardano la nomina degli organi nonché l'individuazione dei settori prioritari d'intervento. Non sono stati ancora predisposti gli atti fondamentali previsti dall'atto d'indirizzo; in particolare il Piano Integrato di Salute, il contratto di servizio che regola i rapporti tra la Sds e gli enti che l'hanno costituita, il budget preventivo, i Regolamenti interni per la Consulta del terzo settore, il Comitato di partecipazione.

È necessario segnalare, al riguardo, che le linee guida per la realizzazione dei Piani Integrati di Salute sono stati recepiti da una delibera della Giunta

Regionale approvata nella scorsa estate. Relativamente all'ultima colonna della tabella si tratta della quantificazione del finanziamento regionale, quale contributo per le spese d'impianto della Società della Salute. L'entità del finanziamento è stata così definita: il 30% in parti uguali fra tutte le Sds, il 65% in proporzione al numero di abitanti, il 5% in proporzione al numero dei Comuni.

CONSIDERAZIONI FINALI

L'avvio della sperimentazione consentirà, nei due anni previsti, di mettere in evidenza quelli che oggi possono essere considerati punti di forza e che domani possono trasformarsi, in modo speculare, in punti di debolezza. Risulta di particolare rilievo, già da ora, il successo ottenuto dal raggiungimento dell'adesione totale dei Comuni di ciascuna zona-distretto candidata alla sperimentazione. Va considerato, tuttavia, che se da una parte questa adesione ha soddisfatto in pieno le aspettative politiche contenute nel Piano sanitario, dall'altra

può produrre una serie di ostacoli determinati dalle diverse strategie adottate, anche nella ricerca delle rispettive convenienze dei diversi soggetti istituzionali. Un altro elemento a rischio è senz'altro l'affidamento della programmazione socio-sanitaria alle singole Società della Salute. Questa pluralità di programmazioni, ottima perché evidenzia i differenti bisogni di ogni singola zona, potrà dar luogo a scelte programmatiche fortemente diversificate nei confronti dei cittadini. Si potrebbe verificare infatti che l'assistenza sanitaria e sociale è erogata con una pesatura diversa a seconda se si è residenti in una zona o in un'altra dello stesso territorio della Regione Toscana. Un altro elemento di debolezza riguarda l'adozione dei Piani Integrati di Salute che mirano al raggiungimento dell'allineamento delle politiche sanitarie con quelle di tutti gli altri settori coinvolti. L'attività intersettoriale è infatti un'operazione complessa e lunga, i cui risultati sono difficilmente misurabili in un arco temporale breve.

TABELLA I - Le Società della Salute - Stato dell'arte

Società della Salute	n. Comuni	n. abitanti	Data avvio Consorzio	Finanziamento
Lunigiana	13	51.337	28/12/2004	87.007,52
Pratese	7	228.563	23/12/2004	130.735,04
Alta Val di Cecina	4	22.022	22/12/2004	217.617,32
Valdera	15	105.239	11/12/2004	58.121,09
Pisana	9	188.575	costituito	129.518,99
Bassa Val di Cecina	10	76.471	19/12/2004	188.618,40
Val di Cornia	6	57.098	28/09/2004	103.964,27
Val di Chiana	10	61.148		86.293,92
Casentino	11	35.394	30/12/2004	92.293,65
Valdarno	10	87.399		73.407,15
Colline metallifere	6	43.703	20/12/2004	112.287,47
Amiata Grossetana	8	19.203	28/12/2004	76.091,75
Firenze	1	355.315	26/07/2004	56.113,05
Fiorentina Nord Ovest	8	200.691	costituito	309.784,10
Fiorentina Sud Est	13	158.529	22/12/2004	197.117,66
Mugello	11	60.619	08/10/2004	168.649,25
Empolese	11	158.111	30/12/2004	92.619,52
Valdarno Inferiore	4	59.921	no	150.031,31
Valdinievole	11	111.803		103.828,52

Emilia Romagna

I PIANI SOCIALI SPERIMENTALI DI ZONA (2002-2004) E L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

72

i Supplementi di **monitor**

a cura di **Anna Rosetti, Clara Curcetti**

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia Romagna

a cura di **Graziano Giorgi**

Responsabile del Servizio Pianificazione e Sviluppo dei servizi sociali e socio-sanitari

Con l'approvazione, nel novembre 2000, della legge 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", e dei primi atti attuativi (in particolare il primo Riparto del Fondo Sociale Nazionale tra le Regioni nel marzo 2001 e l'approvazione del "Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2001-2003") si è aperta una fase di profonda trasformazione nei welfare regionali e locali, che ha visto impegnati i diversi livelli di governo nell'introduzione di innovazioni significative sia all'interno del sistema di relazioni tra i diversi soggetti, istituzionali e sociali, sia all'interno della rete dei servizi. In Emilia Romagna tale trasformazione ha tratto maggior impulso e incisività, per una scelta precisa della Regione, dall'emanazione della Legge costituzionale 3/2001, nota come Riforma del Titolo V della Costituzione, che assegna alle Regioni competenze esclusive in materia di "servizi sociali", fatta salva la definizione da parte dello Stato dei livelli essenziali delle prestazioni che garantiscono i diritti sociali e civili di tutti i cittadini.

Contestualmente all'emanazione della riforma costituzionale, il Consiglio regionale dell'Emilia Romagna ha approvato il primo atto attuativo della L. 328: la Delibera 246/2001, contenente il Riparto delle risorse nazionali e regionali tra gli Enti locali e gli indirizzi per l'avvio dei primi Pia-

ni di zona, introdotti come specifico percorso sperimentale. Adottando una scelta in parte difforme dal percorso delineato dalla L. 328, la Regione ha individuato una modalità di costruzione "dal basso" del primo Piano sociale regionale prevedendo due fasi del processo: la prima, di predisposizione di Piani sociali di zona sperimentali, da parte dei Comuni associati in Zone sociali, con il sostegno delle Province e della Regione, la seconda di costruzione del Piano regionale a partire dall'esperienza e dall'elaborazione realizzata nelle Zone, con le loro peculiarità, dai soggetti istituzionali e sociali.

Un'altra scelta, in linea con l'indicazione della legge 328, è stata di far coincidere le Zone sociali con i Distretti, nella convinzione, condivisa con gli Enti locali, che salute e benessere devono "essere progettati" a livello locale, avendo lo stesso il bacino territoriale di riferimento, per rendere possibile l'attuazione di servizi e interventi sociali e sanitari integrati rivolti alla popolazione di uno specifico territorio. I Distretti sono 40 in Emilia Romagna, ricompresi in 11 Aziende Usl che coincidono quasi ovunque con il territorio provinciale; le Zone sociali (che comprendono i 341 Comuni della Regione) sono 39, in quanto il Comune di Bologna è un'unica Zona per la programmazione sociale, pur essendo divisa in due Distretti.

Con il riparto delle risorse tra gli Enti locali (Co-

muni, forme associative degli stessi e Province, per quanto attiene le loro funzioni specifiche) sono stati indicati gli obiettivi regionali di benessere sociale e risorse specifiche, finalizzate ai relativi programmi settoriali. Si è avviata così la riforma regionale del welfare, anche attraverso la ricomposizione all'interno dei piani zonali delle diverse programmazioni settoriali e dei finanziamenti ad esse dedicati.

La Giunta ha poi adottato (DGR 329/2002) specifiche *Linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di zona sperimentali*, per dare un supporto adeguato, sul piano metodologico, all'avvio e all'attuazione di tale processo nei territori e garantire omogeneità a livello regionale su alcuni elementi, ritenuti decisivi per il processo stesso: i percorsi per l'assunzione partecipata di decisioni, e quindi per il coinvolgimento dei soggetti sociali, in particolar modo del Terzo settore, la raccolta dei dati sul bisogno sociale, sul sistema dell'offerta e sulle potenziali risorse, la costruzione di scelte programmatorie nelle diverse aree d'intervento, la ricostruzione della spesa – dei Comuni e delle AUSL – per gli interventi sociali e socio-sanitari nel loro complesso. Contemporaneamente al primo avvio della riforma, la Giunta Regionale nel novembre 2001 ha approvato un progetto di legge di riforma organica dell'assistenza, che dopo un lungo percorso di confronto e discussione, nel marzo 2003 è diventata la Legge Regionale 2/2003 *Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Con questa norma vengono compiutamente definiti i principi e gli strumenti che disegnano un nuovo sistema di interventi e al tempo stesso di relazioni tra tutti i soggetti del sistema, istituzionali e sociali, avendo a riferimento una visione universalistica dei diritti sociali e fortemente radicata nelle comunità locali. Lo strumento dei Piani di zona viene inserito dalla Legge Regionale in un disegno in cui l'ambito territoriale della Zona – coincidente con il Distretto – è strettamente connesso a un nuovo livello di governo,

quello dei Comuni compresi nella zona, che gestiscono le funzioni fondamentali in forma associata: la programmazione, ma anche la gestione dei servizi, il monitoraggio e la valutazione, le sperimentazioni e, in prospettiva, la trasformazione delle Ipab in Aziende pubbliche, l'accredimento, la gestione delle risorse tramite un Fondo sociale locale.

La Legge Regionale consolida e potenzia la tendenza storica dei Comuni della nostra Regione ad elaborare e sviluppare le politiche sociali, anche attraverso la scelta – abbastanza diffusa negli ultimi anni – di ritirare le deleghe alle Aziende USL nella gestione degli interventi. A questa si accompagna, soprattutto recentemente, grazie anche a una specifica Legge Regionale sulle forme associative (LR 11/2001), un processo sempre più esteso di sviluppo della gestione di funzioni in forma associata, anche quelle riferite ai servizi alla persona: circa il 70% dei Comuni della nostra Regione fa parte di Unioni, o di Comunità montane o di Associazioni intercomunali, e la gran parte degli ambiti di governo così definiti coincidono con le Zone sociali. Allo stesso tempo si è sviluppata una ricerca, con caratteristiche di sperimentazione in alcuni territori, sulle forme di gestione dei servizi, anche per definire rapporti istituzionali e organizzativi differenti con le Aziende USL, fondate sull'integrazione territoriale.

LA SPERIMENTAZIONE DEI PIANI 2002-2004: OBIETTIVI E LINEE GUIDA

È questo un quadro che favorisce la sperimentazione dei Piani sociali di zona, strumento per il superamento – nel medio e lungo termine – delle singole politiche comunali, e per la collaborazione e integrazione operativa con i Distretti. Di fatto con i Piani si definiscono gli obiettivi e gli interventi in area sociale e socio-sanitaria rivolti all'insieme della popolazione di quel territorio, ricercando l'integrazione tra le diverse politiche dei singoli Comuni e tra le politiche di settore (per anziani, per disabili...), e tra le politiche comunali nel loro insieme e la programmazione di-

FIGURA 1 - Il Piano di Zona. Obiettivi

- IL PDZ DEFINISCE (ART. 29 LR 2/2003)
- Sistema locale dei servizi sociali a rete
 - Obiettivi e priorità di intervento, anche in ambito sociosanitario
 - Strumenti e risorse, anche con riferimento al Fondo Sanitario Regionale
 - Coordinamento con altre amministrazioni statali
 - Modalità organizzativa dell'accesso
 - Partecipazione del cittadino al controllo di qualità dei servizi
 - Fabbisogno di formazione per gli operatori

strettuale, soprattutto per l'area socio-sanitaria (Fig. 1).

In particolare il Piano individua il sistema locale dei servizi sociali a rete, cioè l'insieme di interventi e servizi da erogare nei vari settori della vita sociale, integrati e coordinati tra di loro, tesi a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LivEAs), accessibili ai cittadini, realizzati da soggetti pubblici e privati.

Il Piano di zona ha orizzonte triennale, mentre ogni anno di attuazione viene elaborato un Programma attuativo che contiene le scelte per ciascuna area di intervento e le risorse, finanziarie, umane, strumentali che ciascun ente impegna per la realizzazione di interventi e progetti.

Gli attori coinvolti nella costruzione dei Piani sperimentali sono soggetti istituzionali e sociali. Tra i primi (Fig. 2), la Regione ha la funzione di definire indirizzi generali, obiettivi di benessere sociale e di sviluppo del sistema, e strumenti dei

Piani zonali, nonché di monitorare il processo e valutare gli esiti; le Province hanno una funzione importante di cerniera tra la Regione e le Zone, di coordinamento, impulso e supporto in termini di informazione e formazione di tutti gli attori locali, in particolare rispetto alla promozione del concorso del Terzo settore e alla costruzione e sviluppo del sistema informativo sulle politiche sociali. Fulcro dell'intero processo sono i Comuni associati nella Zona, titolari di tutte le funzioni amministrative in area sociale, e tra questi il Comune capofila ha una particolare responsabilità nella promozione e regia del Piano. Le Aziende USL – sia nei territori in cui ancora operano su delega dei Comuni sia in quelli in cui queste sono state ritirate – sono pienamente coinvolte nel processo di programmazione congiunta, soprattutto il Distretto, che è la sede in cui viene definita la rete dei servizi socio-sanitari. Un fatto decisamente innovativo è la partecipazione dei diversi soggetti sociali alla programmazione (Fig. 3), in particolare di quelli del Terzo settore, che sono stati coinvolti nel percorso, come pure le organizzazioni sindacali, attraverso il metodo già collaudato della concertazione. I ruoli dei soggetti, individuati con le linee guida per la sperimentazione, sono stati poi consolidati e integrati in un disegno più ampio dalla già citata Legge Regionale 2/2003, dando un quadro più compiuto e organico ai processi di governo locale e in particolare ai Piani di zona.

Gli strumenti istituzionali e organizzativi per la

FIGURA 2 - PdZ. I soggetti istituzionali

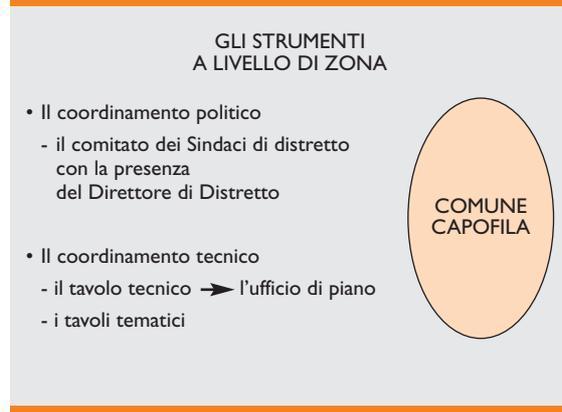


FIGURA 3 - PdZ. I soggetti sociali



programmazione di livello regionale, attivati con la sperimentazione, sono stati: un Tavolo politico di confronto con Province e Comuni capofila, un Tavolo tecnico Regione-Province che ha costruito, con il concorso anche dei Comuni, i primi strumenti metodologici e accompagnato e monitorato costantemente il processo, un Gruppo di lavoro interservizi interno alla Regione, con la partecipazione dei referenti di tutte le aree d'intervento sociali e socio-sanitarie. A livello provinciale sono stati realizzati coordinamenti sia tecnici sia, in alcune realtà, politici tra Provincia e Comuni capofila, mentre a livello locale tutte le zone hanno attivato gli strumenti politici e tecnici previsti (Fig. 4). Il tavolo di coordinamento politico, cioè il Comitato di Distretto formato dai Sindaci dei Comuni della zona, più spesso dagli Assessori alle politiche sociali delegati a tale scopo, quasi ovunque integrato dopo la fase di avvio con la partecipazione del Direttore di Distretto; a questo tavolo spettano compiti di indirizzo generale, di definizione delle priorità e del mandato ai tavoli tecnici e all'Ufficio di Piano, nonché di concertazione con gli attori sociali.

FIGURA 4 - Gli strumenti di coordinamento



Sul piano tecnico sono stati costituiti tavoli per ciascuna area di intervento composti dai relativi responsabili di settore, sia degli Enti Locali sia delle AUSL, spesso ampliati in tavoli tematici o focus group con la presenza degli operatori del Terzo settore, portatori di conoscenze su bisogni e risorse del territorio, e di interventi e progetti, anche innovativi.

A partire soprattutto dal secondo anno della sperimentazione, si è avviata la costituzione in quasi tutte le Zone, anche con il supporto di un finanziamento specifico regionale, dell'Ufficio di Piano, solitamente coordinato dal Comune capofila, che costituisce uno snodo decisivo tra gli indirizzi e le priorità espresse dal Comitato di Distretto e l'apporto tecnico dei tavoli. In particolare ha funzioni di gestione operativa delle fasi di costruzione e approvazione del Piano, la regia del coinvolgimento di tutti i soggetti, il coordinamento e supporto nella fase gestionale e attuativa, l'istruttoria e il raccordo nella fase di monitoraggio e valutativa.

L'architettura dei Piani sperimentali di zona 2002-2004 viene definita dalle Linee guida per la sperimentazione, che individuano i contenuti e il percorso in relazione a specifiche aree di intervento, in coerenza con il Piano sociale nazionale 2001-2003 (Fig. 5-6).

FIGURA 5 - Azioni per il triennio

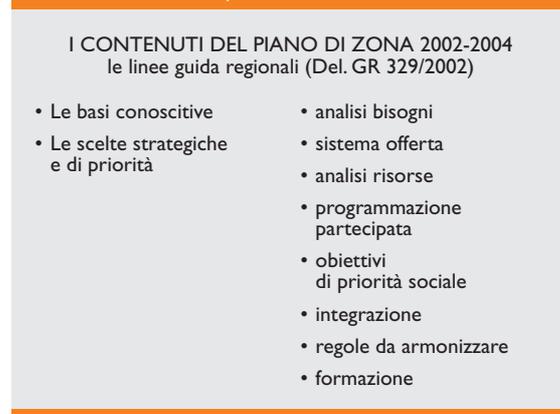
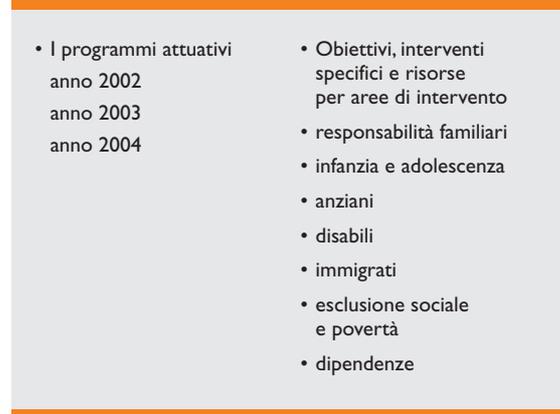


FIGURA 6 - I contenuti del Piano di Zona 2002-2004



La prima fase riguarda le modalità di costruzione della rete dei soggetti chiamati a partecipare all'elaborazione del Piano e la definizione del ruolo di ognuno; la seconda consiste nella raccolta dei dati sulla domanda e offerta dei servizi, per costruire la base conoscitiva su cui fondare le decisioni di sviluppo della politica sociale integrata; la terza nell'individuazione delle scelte strategiche, sia rispetto allo sviluppo dei servizi che alle modalità di gestione integrata. La quarta fase consiste nella specificazione dei contenuti del Piano di zona in termini di sviluppo o contenimento di servizi nelle diverse aree di intervento e di allocazione delle risorse a livello di Zona. È in questa fase che viene definito il Programma attuativo annuale, con impegni e quantificazioni assunti negli Accordi di programma, che approvano il Piano nelle sue scelte triennali e, annualmente, sono integrati in relazione alle scelte e agli specifici impegni dei singoli soggetti che li sottoscrivono. I soggetti sottoscrittori sono quelli istituzionali (Comuni, Province, AUSL, amministrazioni statali), che assumono responsabilità specifiche e ruolo di garanti nei confronti dei cittadini, mentre sono soggetti aderenti all'Accordo tramite Protocolli di adesione, i soggetti del Terzo settore, le Ipab, le fondazioni, altri soggetti sociali. Con le Organizzazioni Sindacali vengono utilizzati strumenti e modalità concertativi. La declinazione di queste quattro fasi per la costruzione dei Piani di Zona è importante per poter arrivare ad Accordi di Programma, in cui tutti i soggetti chiamati a concorrere ai Piani di zona si riconoscano nei contenuti assunti e si responsabilizzino nel sostenere un processo di innovazione e sviluppo del sistema di welfare locale. Le risorse finanziarie per l'attuazione dei Piani di zona (Fig. 7) derivano dal Fondo sociale nazionale, dal Fondo sociale regionale, da fondi regionali finalizzati, da risorse proprie degli Enti locali, da risorse delle Aziende USL destinate agli interventi e ai servizi per l'integrazione socio-sanitaria e a progetti specifici, di prevenzione e promozione, da altre

FIGURA 7 - Le risorse



risorse (Ipab, fondazioni, volontariato, ecc.) e infine dalle quote di compartecipazione degli utenti ai costi dei servizi.

LA SPERIMENTAZIONE 2002-2004: ALCUNI RISULTATI DI PROCESSO

La valutazione regionale sulla sperimentazione ha riguardato il primo anno del percorso sperimentale e si è incentrata sugli aspetti di processo, individuati come quelli che possono far emergere un maggior grado di innovatività.

Gli esiti più importanti rilevati possono essere sinteticamente riassunti come segue:

- Avvio del superamento della frammentazione delle politiche dei singoli Comuni e dei singoli settori, e costruzione della Zona sociale
- Ruolo significativo di coordinamento e supporto delle Province
- Attivazione di una vasta rete di soggetti sociali e del Terzo settore, costruzione di sedi di "riconoscimento" e valorizzazione di ciascun soggetto
- Partecipazione diffusa delle Aziende USL, come partner della programmazione congiunta, con il coinvolgimento dei professionisti, del Direttore del Distretto, del Direttore generale come firmatario degli Accordi di programma. Le Aziende sono sempre presenti al tavolo tecnico zonale (resp. aree d'intervento) e a quello politico (Direttori di Distretto) nella quasi totalità delle Zone garantiscono risorse economiche definite, mentre nella maggior parte delle Zone concorrono all'attuazione di progetti specifici: azio-

ni preventive, progetti contro abusi e maltrattamenti dei minori, ecc.

- Rilevazione di un sistema d'offerta consistente dal punto di vista quantitativo, ma soprattutto diffuso e diversificato nelle 39 Zone sociali: sono state individuate – creando un glossario comune – circa 120 tipologie di intervento, tra strutture, servizi e azioni progettuali presenti nelle aree d'intervento, che rendono conto dell'avanzato processo, nella Regione Emilia Romagna, di flessibilità e personalizzazione della rete dell'offerta dei servizi.

CONCLUSIONI

Il tema dell'integrazione socio-sanitaria assume rilevanza strategica e centralità nei processi programmatori e di governo del sistema, a livello aziendale, ma soprattutto distrettuale, con riferimento sia ai Piani sociali di Zona, il cui ambito di programmazione coincide per una precisa scelta regionale con il Distretto, sia ai Programmi delle attività territoriali.

La scelta di un forte investimento per realizzare l'integrazione socio-sanitaria verrà consolidata e sviluppata nel prossimo Piano regionale sociale e sanitario. Questo nuovo strumento sarà connotato da linee di indirizzo miranti a creare raccordi e coerenze tra programmazione sanitaria e programmazione sociale, definendo ambiti di specificità dei due settori e aree di interrelazione, in particolare per l'integrazione socio-sanitaria. Le innovazioni riguarderanno soprattutto gli stru-

menti di governo dell'integrazione (a livello sia politico sia tecnico), coerentemente con l'obiettivo di consolidare e qualificare il nuovo ruolo degli Enti Locali, in particolare dei Comuni associati nelle Zone sociali, che gestiranno sempre più in forma associata le diverse funzioni in area sociale e socio-sanitaria, anche in attuazione della LR 2/2003 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali).

In particolare gli aspetti maggiormente da sviluppare, in relazione all'area dell'integrazione socio-sanitaria, riguardano:

1. la definizione delle aree ad alta integrazione, costruendo, a partire da modelli e protocolli operativi in quelle già consolidate, interventi integrati in aree quali la salute mentale, i malati terminali, le dipendenze da sostanze e da alcool, ecc.
2. l'individuazione di nuovi strumenti istituzionali di governo dell'alta integrazione, sulla base del diffuso processo di ritiro delle deleghe;
3. la definizione di nuovi strumenti di integrazione organizzativa, quali ad esempio Uffici unici, costituiti nell'ambito degli Uffici di Piano, ai sensi dell'art. 30 del Testo unico sull'ordinamento delle Autonomie locali, di cui al decreto legislativo 267/2000;
4. l'individuazione di percorsi integrati per le professionalità sociali e sanitarie, a livello di formazione continua congiunta e di sviluppo di figure professionali integrate laddove la domanda di cura e assistenza lo richieda.

Regione Lombardia

IL WELFARE DI FINE TRIENNIO: BUONI E VOUCHER

a cura di *Carla Dotti*

Regione Lombardia, Direzione generale Famiglia e Solidarietà Sociale

78

i Supplementi di **monitor**

La storia delle cure domiciliari in Italia inizia con esperienze ancora antecedenti gli anni '80, nate nell'ambito dell'oncologia. Ma devono passare molti anni prima che l'assistenza domiciliare trovi spazio nella programmazione statale e regionale, perché questo diverso approccio al malato diventi una vera e propria strategia cioè si costituisca una rete di servizi. In questo tempo molto sono mutati i bisogni socio-sanitari e le aspettative della popolazione: il progressivo superamento della patologia acuta ha comportato non pochi effetti collaterali nell'organizzazione delle cure come, appunto, il progressivo sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per il contenimento dei ricoveri ospedalieri prolungati (più oculata allocazione delle risorse, più chiara percezione del rischio di sindrome da istituzionalizzazione e di infezioni ospedaliere, crescente incompatibilità fra abitudini di vita quotidiana del paziente o della sua famiglia e ambiente ospedaliero). Ma la dilatazione della quota più anziana della popolazione ha imposto e impone una revisione globale delle politiche sociali e sanitarie.

Possiamo dire che oggi la situazione italiana è "il banco di prova", poiché mai fino ad ora alcun sistema di sicurezza sociale ha affrontato la necessità di una coorte così grande e che continua a crescere. L'indice di vecchiaia della nostra Nazione è 125, il più elevato nell'Unione Europea, e quello della Lombardia è 136,8. Nella nostra Regione si può prevedere che la popolazione ultrasettantacinquenne aumenterà almeno fino al

2017. Avrà poi una breve fase di stabilizzazione, in corrispondenza con il calo della natalità della seconda guerra mondiale, per poi riprendere dal 2021. L'impegno che la Regione Lombardia si è dato è stato quello di studiare questa popolazione per comprendere non solo le sue modificazioni numeriche ma anche le sue nuove caratteristiche e l'evoluzione delle sue necessità, odierne e future.

IL PASSAGGIO DAL WELFARE STATE ALLA WELFARE COMMUNITY

Come è noto, la Regione Lombardia ha introdotto un modello organizzativo originale nel panorama italiano attraverso la Legge Regionale 11 luglio 1997, n. 31 *Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali*. La legge ha ridisegnato l'intero sistema regionale con la costituzione, rispetto alle 44 USSL e alle 16 aziende ospedaliere istituite nel 1995, di 15 Aziende Sanitarie Locali (di cui 2 mantenevano all'epoca l'Azienda ospedaliera), 27 aziende ospedaliere (in seguito divenute 29). L'attività delle ASL è organizzata in 104 distretti (103 più il distretto speciale di Campione d'Italia), di cui 43 al di sotto dei 65.000 abitanti per lo più in aree montane o disagiate. Del sistema fanno parte anche le strutture sanitarie autorizzate e accreditate dalla Giunta Regionale che abbiano sottoscritto un contratto con le ASL. Questo per rispondere ad una popolazione di oltre 9 milioni di abitanti.

Il sistema sanitario si fonda su due elementi es-

senziali: la centralità del cittadino e la sua libertà di scelta e di azione. A tal fine la Regione sceglie di semplificare il sistema organizzativo, separando i soggetti acquirenti, costituiti dalle Aziende Sanitarie Locali, dai soggetti fornitori: le aziende ospedaliere e le strutture sanitarie più sopra ricordate. Altro aspetto fondamentale del nuovo modello è appunto l'introduzione di un sistema di accreditamento "aperto", ossia la possibilità di ciascun soggetto erogatore, pubblico e privato, di svolgere prestazioni per conto del Servizio sanitario regionale, purché in possesso di determinati requisiti di qualità fissati dalla Regione (che ha, nel tempo, attivato anche un ampio sistema di vigilanza e controlli di qualità delegati ad ogni ASL competente per territorio).

Il sistema dell'accreditamento/contratto diviene in tal modo uno strumento per governare:

- l'ingresso dei partner nel servizio sanitario regionale e il volume di prestazioni;
- l'adeguatezza dei servizi.

La libera scelta del cittadino costituisce il punto focale del sistema e l'ago della bilancia per il mantenimento e lo sviluppo dei servizi, incentivando ogni erogatore ad accrescere la propria capacità di attrazione, attraverso una competizione sulla qualità delle prestazioni. Il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2002-2004, approvato con Delibera del Consiglio Regionale (DCR n. 462 del 13.3.2002), porta a completamento questo modello organizzativo, prevedendo una più ampia partecipazione dei cittadini, degli enti locali e dei diversi attori nel processo di decisione e di acquisto delle prestazioni, passando gradualmente, in forza del principio di sussidiarietà previsto dal testo riformato della Costituzione (Nuovo Titolo V, approvato dalla legge costituzionale n. 3 del 2001), da un sistema di *welfare state* ad un sistema di *welfare community*. Un passaggio che, in diverse modalità, è presente anche in altri Paesi ad elevato sviluppo e che si caratterizza per il riconoscimento che un servizio al cittadino, quale quello sanitario e sociale, può venire garantito solo tramite una ampia partecipazione di più soggetti ero-

gatori, pubblici e privati, profit e no profit, e richiede una consapevolezza nuova nella stessa collettività, a partire dal cittadino, dal Comune e dalla Comunità montana, di assunzione in proprio del bisogno.

Il Piano, inoltre, definisce più chiaramente le funzioni dei principali attori del sistema: la Regione e le Aziende Sanitarie Locali. Così la Regione è chiamata a ridurre il tradizionale ruolo di "holding" nei confronti dei soggetti erogatori pubblici, per sviluppare la fondamentale funzione di soggetto "regolatore" tra i diversi produttori e di verifica quali-quantitativa delle prestazioni e degli obiettivi di salute (un ruolo di "definizione delle regole di governo del sistema"). Le Aziende Sanitarie Locali, a loro volta, devono ampliare la loro funzione di soggetti "acquirenti", spostando all'esterno, gradualmente e per quanto possibile, i servizi socio-sanitari, aprendo alla Comunità (ai cittadini e alle loro libere aggregazioni) una nuova libertà di azione, un nuovo ruolo attivo che deve essere sostenuto accanto al ruolo storico di utilizzatore della rete dei servizi. Soprattutto si mira a sviluppare le capacità di programmazione, acquisto, controllo (cosiddetto "modello PAC") delle Aziende Sanitarie Locali, per renderle "acquirenti consapevoli" tra i diversi soggetti che offrono prestazioni al cittadino "utilizzatore". Il Piano si propone una programmazione integrata ed unitaria anche degli aspetti sociali più strettamente connessi con quelli sanitari (piano socio-sanitario) e mira a consolidare una serie di misure di sostegno alla famiglia per la cura delle sue componenti più fragili e ad introdurre per questo innovativi sistemi di tutela, come i voucher socio-sanitari e i buoni, di cui si tratterà in seguito.

LE MOTIVAZIONI DI UN SISTEMA BASATO SUI VOUCHER E SUI BUONI

Occorre preliminarmente osservare che la Regione, nell'anno 2001, ha una situazione peculiare sul territorio, caratterizzato da una elevata presenza di posti letto in RSA: 50.000, rispetto a

46.500 posti letto negli ospedali. Un dato che testimonia da solo il percorso effettuato per rispondere ad un bisogno di assistenza sempre crescente legato alla cronicità e anche all'appropriatezza nell'uso del ricovero ospedaliero.

La Regione ha condotto un primo studio nell'ultimo triennio (2002-2004) all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) che, con più di 50.000 posti letto, costituiscono la rete residenziale per anziani non autosufficienti più cospicua della Nazione. Esse costituiscono dunque anche il più vasto osservatorio epidemiologico in cui è possibile condurre un'indagine prospettica sostanzialmente agile, visto pure il soddisfacente livello di omogeneità di queste strutture che fanno capo ad un sistema di accreditamento unico per requisiti strutturali, procedurali e tecnologici. Lo strumento epidemiologico adottato, denominato SOSIA (Fig. 1), consente di classificare gli ospiti in 8 discrete classi di fragilità crescente (dalla ottava alla prima) in base al grado di compromissione della mobilità, della cognitivtà e dello stato clinico generale.

FIGURA 1 - Sosia

CLASSIFICAZIONE OSPITI	Valutazione degli ospiti sulla base di 3 parametri: Mobilità Cognitivtà Severità clinica (indice di comorbidità / CIRS)	Definizione di 8 classi di decrescente "gravità": 1) M1C1S1 2) M1C1S2 3) M1C2S1 4) M1C2S2
CLASSIFICAZIONE STRUTTURA	Costruzione per ogni parametro di 2 Livelli di "gravità": 1 grave compromissione 2 moderata compromissione Caratteristiche strutturali Adeguatezza e fruibilità struttura Adeguatezza organizzazione Organizzazione dei pasti Rispetto degli ospiti	5) M2C1S1 6) M2C1S2 7) M2C2S1 8) M2C2S2
INDICATORI DI OUTCOME	Organizzazione in nuclei N. ospiti con lesioni da decubito Prevalenza ospiti cateterizzati N. ospiti in contenzione fisica Prevalenza di ospiti caduti	

Dopo questi primi tre anni di osservazione possiamo dire che l'età media aumenta continuamente (oggi 90 anni), la degenza media si attesta intorno ai tre anni e 8 mesi e sembra potersi ipotizzare una buona "compressione" della fragilità più severa nella parte estrema del ricovero, che viene a coincidere con la parte estrema dell'esistenza. Infatti fino ad ora il ricovero nella RSA risulta sostanzialmente un ricovero definitivo, es-

sendo veramente rari i casi di rientro al domicilio (anche per le classi ottava e settima) ed essendo in costante diminuzione i decessi in ambiente ospedaliero.

Pur restando la RSA "il servizio che maggiormente rappresenta l'impegno della Comunità lombarda ad assicurare ai suoi elementi più fragili un luogo di vita, oltre che di cura, costantemente e progressivamente migliore" (DGR 7435/01), nel medesimo arco di tempo si è ritenuto opportuno condurre un'analisi della popolazione anziana non autosufficiente che vive a domicilio per comprendere se fosse possibile ri-orientare l'organizzazione dell'ADI e per affrontare, accanto alle dimissioni precoci, il tema della istituzionalizzazione definitiva. Il buono socio-sanitario definito nella LR 6 dicembre 1999, n.23, "Politiche regionali per la famiglia", intendeva appunto riconoscere, valorizzare e sostenere tutti coloro che si fossero impegnati per favorire la permanenza dell'anziano non autosufficiente nel suo ambiente di vita, evitando ricoveri ripetuti in ospedale e ritardando il più possibile l'abbandono definitivo della casa. I motivi che hanno indotto a testare sul campo la fattibilità e la penetrazione nella popolazione di una modalità alternativa di erogazione di prestazioni domiciliari sono molteplici e descritti compiutamente in altra sede (Carla Dotti, Giancarlo Iannello, *Il buono socio-sanitario in Lombardia: l'esperienza del 2001*; Carla Dotti, *L'esperienza del 2001: bilancio e prospettive*. In: *Il buono socio-sanitario anziani non autosufficienti: il monitoraggio del "buono" in Lombardia*, Ed. Guerini e associati, Milano, giugno 2003). Riprendiamo qui le linee essenziali dell'intervento con particolare riguardo al suo contributo, per meglio comprendere le caratteristiche e le esigenze della persone anziane e delle famiglie che si sentono in grado di prendersene cura. Nell'anno 2001 è stato introdotto, in via sperimentale, un contributo di 800.000 lire al mese che la famiglia poteva utilizzare al suo interno quale "indennizzo" per l'impegno di tempo di un suo componente. È stata selezionata una popolazione di

7000 persone ultrasettantacinquenni non autosufficienti, assistite in famiglia e appartenenti ad un nucleo familiare a basso reddito (DGR 22.12.2000, n. 2857 *Erogazione sperimentale per l'anno 2001 del buono socio-sanitario a favore degli anziani non autosufficienti assistiti in famiglia*). A fianco della verifica di fattibilità, il monitoraggio della sperimentazione (durata oltre un anno) doveva in primo luogo raccogliere elementi utili per valutare l'opportunità del suo consolidamento. Si intendeva costruire un bilancio fra costo e beneficio, vale a dire fra la differenza di risorse impegnate per la permanenza a casa e il ricovero in istituzione, rapportata alla differenza di qualità di vita dei non autosufficienti e delle loro famiglie nei due diversi ambienti di assistenza. Per questo si sono confrontati due campioni di popolazione, rappresentativi dei beneficiari del buono e degli ospiti delle RSA.

L'intervista all'anziano nella sua casa configurava anche una modalità di controllo a campione, se pur differente da quella utilizzata per i modelli assistenziali consolidati, ed è sembrato pertanto più che opportuno affidare il compito ai medici dei servizi di vigilanza delle ASL. Una preliminare analisi dei dati relativi alla prima intervista evidenziò uno scarso ricorso delle famiglie ai servizi domiciliari ed una età media dei beneficiari molto elevata (intorno ai 92 anni): l'eccesso di domande presentate rispetto alla disponibilità di buoni (18.000 su 7000) aveva reso necessario introdurre una graduatoria su base anagrafica. Appare poi chiaramente che, con quei requisiti, erano stati selezionati grandi anziani con esigenze che venivano gestite sostanzialmente all'interno della famiglia, con uno scarso ricorso alla rete dei servizi (in particolare all'ADI, il cui utilizzo rimaneva ovviamente gratuito). Era possibile che i requisiti richiesti per l'accesso alla sperimentazione avessero selezionato persone a prevalente bisogno "sociale", con necessità socio-sanitarie stabilizzate, costanti in un arco temporale medio, come spesso accade nei grandi vecchi.

Questo consentì di cogliere alcune opportunità

che nel frattempo si erano presentate:

- si era concretizzata la possibilità di un trasferimento di risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) ai Comuni, orientate nel triennio per il 70% all'erogazione di buoni e voucher sociali previsti dalla legge 328/2000;
- veniva presentato in sede consiliare il Piano socio-sanitario regionale che, accanto al principio della libertà di scelta dei cittadini (LR 31/97), sanciva il principio della loro libertà di azione come erogatori di servizi. Esso ribadiva, inoltre – come già evidenziato – la necessità del graduale passaggio della ASL dalla gestione servizi alla funzione di programmazione - acquisto - controllo (cosiddetto "modello PAC") della rete dei servizi.

L'analisi delle due popolazioni-campione che erano state intervistate e monitorate ha evidenziato un rischio di entrare in RSA fortemente connesso col fatto di vivere solo ma non con la situazione di fragilità in sé, che comunque è risultata omogenea sia dal punto di vista clinico, fisico e psichico, che della disabilità. Il grado di fragilità tendeva ad aggravarsi nel tempo in maniera sovrapponibile sia nel campione di ospiti di RSA che in quello di beneficiari del buono. Quest'ultimo rilievo è apparso invero sorprendente e confermato nelle successive osservazioni che però non hanno potuto protrarsi per più di un anno. Si è anche potuto verificare che, all'interno del campione di beneficiari indagato, era presente una contenuta sottopopolazione di anziani più fragili nella quale si era concentrato sia il ricorso a servizi socio-sanitari esterni, sia uno stato di fragilità più rilevante. L'impegno più significativo del caregiver, fosse esso un familiare a casa o un operatore socio-sanitario in RSA, risultava essere una vigilanza attenta allo svolgersi della vita quotidiana dell'anziano. Questa potrebbe essere una delle ragioni per cui il principale motivo di "stress del caregiver" familiare è risultato essere l'impossibilità di fare vacanze. Lo stress potrebbe derivare sia da una reale difficoltà di reperire un vicario sia dal timore di gravi o irreparabili eventi che

potrebbero verificarsi durante la propria assenza. Pertanto alla difficoltà reale di allontanamento si aggiungerebbe anche l'impossibilità di immaginarlo. Da notare, comunque, che il desiderio che ci si nega non è quello di allontanare l'anziano da casa ma quello di allontanarsi temporaneamente da lui. Questo rilievo ha indotto una riconsiderazione dei ricoveri "di sollievo".

Se le condizioni delle due popolazioni confrontate fossero risultate molto diverse, rivedere l'impegno della Regione sull'assistenza domiciliare non avrebbe avuto molte possibilità di incidere sulla decisione di istituzionalizzare l'anziano.

L'ATTUALE SISTEMA DEI BUONI E DEI VOUCHER SOCIO-SANITARI

Sulla base della sperimentazione sono state date indicazioni ai Comuni circa l'attivazione dei cosiddetti "titoli sociali", buono e voucher sociale (Fig. 2), ed è stato inaugurato il voucher socio-sanitario per la quota di ADI in cui è ipotizzabile un impegno di lungo-assistenza per evitare, o comunque ritardare, il ricovero in RSA (Fig. 3). Nulla è stato mutato per quelle prestazioni domiciliari intese a contenere il ricorso alla ospedalizzazione

FIGURA 2 - Buono e voucher sociale dei Comuni

BUONO SOCIALE

Contributo economico in denaro destinato a compensare la famiglia che accudisce autonomamente a domicilio una persona "fragile" (caregiver non professionale)

VOUCHER SOCIALE

Contributo economico sotto forma di "assegno" per comprare prestazioni a carattere sociale (pasti a domicilio, servizi di lavanderia, ecc.) erogate a domicilio da operatori sociali (caregiver professionale)

FIGURA 3 - Il voucher socio-sanitario della Regione

Contributo economico sotto forma di "assegno" per comprare prestazioni a carattere sociale (pasti a domicilio, servizi di lavanderia, ecc.) erogate a domicilio da operatori sociali (caregiver professionale)

o alla specialistica ambulatoriale. Con il voucher socio-sanitario si è colta l'opportunità di far coincidere l'avvio del percorso verso il ruolo esclusivo di programmazione-acquisto-controllo delle ASL lombarde con una revisione anche organizzativa di una parte di ADI. Infatti l'assistenza domiciliare, specificatamente rivolta a contenere il ricovero in RSA, può essere offerta da diversi soggetti, pubblici o privati, profit o no profit, che stipulino un "patto di accreditamento" con la ASL sulla base di alcuni requisiti. Sarà poi il paziente o la sua famiglia a dover scegliere fra tutti gli "accreditati" il soggetto che preferisce. I meccanismi della scelta/revoca ricalcano sostanzialmente quelli previsti per il Medico di medicina generale, ivi comprese le motivazioni: il paziente può revocare in qualsiasi momento una scelta che, in genere, è guidata dalla prossimità e dalla "fama" della qualità professionale ed umana del medico.

Al supporto alla vita quotidiana sostenibile dalla famiglia anche con l'aiuto del buono sociale, si affiancano così due titoli d'acquisto di servizi "professionali":

- il voucher sociale del Comune (pasti, lavanderia, pulizie domestiche, ecc.);
- il voucher socio-sanitario della Regione (igiene e cura della persona, attività di prevenzione, attività riabilitativa di mantenimento, supervisione specialistica fisiologica, geriatrica/internistica, psichiatrica/psicologica).

Le tre misure economiche condividono l'obiettivo di evitare o ritardare la perdita del proprio ambiente di vita e di affetti, in sostanza il ricovero definitivo in RSA. Ed è proprio la RSA l'interlocutore privilegiato per portare a domicilio le prestazioni professionali, in quanto costituisce l'istituzione che "maggiormente rappresenta l'impegno della Comunità lombarda ad assicurare ai suoi elementi più fragili un luogo di vita" e che può instaurare un rapporto di cura e consuetudine, stabile e continuo sia fuori che dentro le sue mura, rendendo più lunga la strada fra la casa e la RSA e disegnando un nuovo percorso dalla RSA alla casa.

A differenza di quanto sperimentato con il buono socio-sanitario, il voucher socio-sanitario prevede una graduazione della risorsa economica in base al bisogno, mentre l'entità dei buoni e voucher sociali varia da Comune a Comune (Fig. 4).

FIGURA 4 - Tariffe per pz/mese del voucher socio-sanitario

TRE LIVELLI DEFINITI IN BASE ALLA "STORIA":

- risorse umane e tecniche
- natura del bisogno
- complessità ed intensità della cura

1° profilo ADI di base	euro 362,00
2° profilo per pz. complessi/critici	euro 464,00
3° profilo per pz. terminali	euro 619,00

Un grande sforzo è stato compiuto in sede di applicazione della legge 328/00 perché almeno a livello dei piani di zona si arrivasse ad una uniformità delle provvidenze comunali.

Sono anche state effettuate due sperimentazioni per la gestione congiunta delle tre misure: le centrali operative dei distretti di Varese e Desio consegnano oggi un più che soddisfacente primo risultato di collaborazione fra la ASL e i comuni associati. Nell'anno 2005 il sistema dei voucher socio-sanitari si intreccia con altre profonde modifiche, non ultima quella relativa ai servizi di ri-

abilitazione e con la necessità appunto di affrontare la revisione anche della parte più specificatamente sanitaria dell'ADI.

Attualmente sono due le ASL della Lombardia che non gestiscono direttamente l'ADI: Milano, che aveva operato questa scelta già prima e indipendentemente dell'introduzione del voucher socio-sanitario, e Cremona. Le altre 13 ASL continuano ad erogare direttamente quote di ADI diverse a seconda della loro diversa storia (che peraltro è veramente molto disomogenea per investimenti pregressi, quantità e tipologia delle prestazioni e della popolazione assistita, ruolo del medico di medicina generale, convenzioni con soggetti terzi ecc.). Comunque in tutte le 13 ASL si è distinta la struttura (e la responsabilità) che eroga le prestazioni da quella dedicata al cosiddetto PAC cui spetta la vigilanza e il controllo su tutti i soggetti accreditati, ivi compresa la "struttura erogatrice" della ASL.

Certo, questo non supera totalmente il problema di dare una reale equidistanza all'azione della ASL, che deve assumere nel tempo il complesso ruolo di stimolare e "regolare" localmente l'impegno di tutte quelle parti della società che possono contribuire a costruire e a sostenere la salute e il benessere di tutti.

Regione Friuli Venezia Giulia

IL PERCORSO DEL PAZIENTE NEI 18 DISTRETTI DEL FRIULI VENEZIA GIULIA

84

i Supplementi di **monitor**

a cura di Paolo Da Col

Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 “Triestina”

a cura di Gianfranco Napolitano

Azienda per i Servizi Sanitari n. 3 “Alto Friuli”

Gruppo Responsabili di Distretto Regione Friuli Venezia Giulia

Il Servizio Sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia (1,2 milioni di abitanti) è organizzato in 6 Aziende Sanitarie territoriali, 3 Aziende Ospedaliere, 1 Policlinico Universi-

tario, 2 Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico.

Come illustrato nella tabella 1, acquisita dal sito dell’Agenzia Regionale della Sanità (www.sani-

TABELLA 1 - Servizio Sanitario FVG

A.S.S.	Distretti	Popolazione	Anziani >64 anni	% <64 anni/pop. tot.	Morti	Tasso grezzo mortalità	Nati
1 (prov. TS)	1	63.121	15.706	24,88			
	2	56.791	15.100	26,59		*	
	3	63.364	16.018	25,28			
	4	59.042	15.931	26,98	3690	15,7	1.714
2 (prov. GO)	Alto Isont.	71.106	16.444	23,13	889	12,7	563
	Basso Is.	69.136	15.571	22,52	832	12,1	550
3 (prov. UD)	Gemona	40.134	7.473	18,62	420	11,8	267
	Tolmezzo	35.770	8.797	24,59	534	13,3	320
4 (prov. UD)	S. Daniele	47.710	10.178	21,33	616	13,6	381
	Tarcento	41.126	8.965	21,80	527	12,9	318
	Cividale	52.363	10.058	19,21	598	11,5	493
	Codroipo	50.275	10.170	20,23	567	11,3	432
5 (prov. UD)	Udine	150.531	32.525	21,61	1629	10,9	1.219
	Est	53.010	11.038	20,82	643	12,2	406
	Ovest	55.225	11.276	20,42	595	10,9	479
6 (prov. PN)	San Vito	37.790	7.328	19,39	436	11,6	313
	Nord	52.761	11.356	21,52	705	13,4	448
	Ovest	57.715	11.403	19,76	572	10	561
	Sud	54.357	9.080	16,70	477	8,8	542
	Urbano	91.086	17.506	19,22	881	9,7	845

ta.fvg.it), nelle 6 Aziende Sanitarie insistono 18 Distretti.

Su richiesta dei Responsabili di Distretto, l’Agenzia Regionale della Sanità ha organizzato un corso di formazione nel periodo ottobre 2002-ottobre 2003, finalizzato ad accrescerne capacità e conoscenze specifiche; al percorso formativo hanno

partecipato i Responsabili di Distretto e alcuni Dirigenti con funzioni strategiche nei singoli Distretti; i moduli riguardavano i seguenti temi:

- Le cure primarie, progettazione e programmazione degli interventi nel Distretto Sanitario.
- Il ruolo dei MMG/PLS nella programmazione e organizzazione delle cure primarie.

- La gestione dei processi tecnici e operativi.
- L'organizzazione del Distretto e la gestione e sviluppo delle risorse umane.
- Presentazione dei Piani di Distretto.

L'articolazione del corso ha compreso seminari, docenze frontali, lavori di gruppo, presentazioni di esperienze territoriali, elaborazione di “prodotti” (ad esempio, Schede di analisi organizzativa dei singoli Distretti, Progetti sperimentali di promozione della salute, Piani di intervento territoriale).

Quale valore aggiunto, l'occasione formativa ha favorito scambi di esperienze e approfondimenti sulle conoscenze dei contesti locali e dell'organizzazione dei Servizi distrettuali; da questa opportunità è derivata la ricerca collaborativa, condotta con l'obiettivo di esaminare le dimensioni dell'offerta agli assistiti, nell'ambito dei percorsi nelle cure intermedie nei 18 Distretti della Regione; la ricerca ha rappresentato anche una delle forme di “restituzione” dei risultati del Corso.

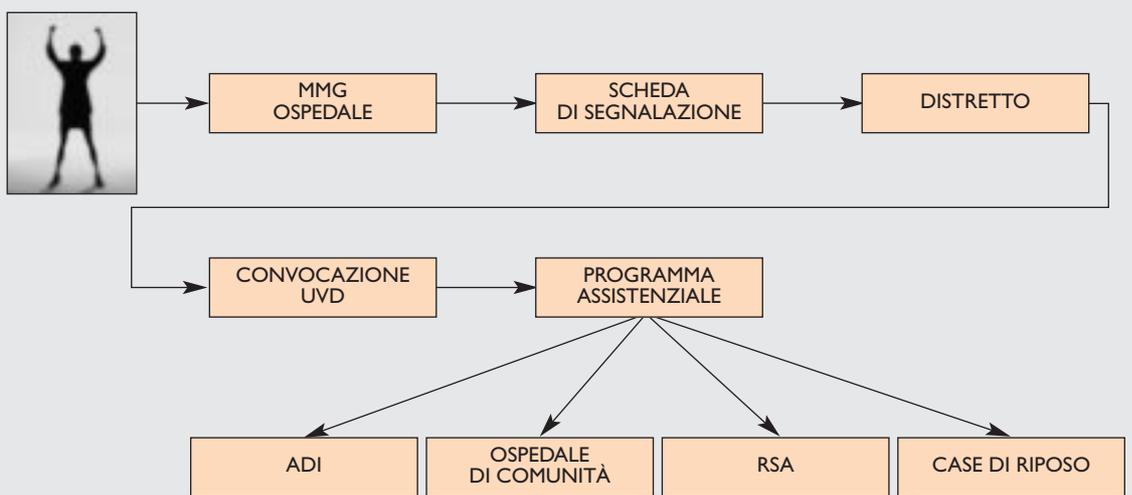
METODOLOGIA DELLA RICERCA

Gli aspetti metodologici più rilevanti della ricerca sono i seguenti:

- Estrazione dati: si sono utilizzati i “data base” del sistema informativo regionale (dataware house).
- Elaborazione dati: le decisioni sono maturate dal confronto tra i Responsabili di Distretto.
- Analisi: sono stati raccolti le valutazioni comuni, l'esame dei “punti di forza” e dei “punti di debolezza” e i “suggerimenti/opportunità” espressi dai singoli Distretti.
- Redazione del report finale: è stata curata da un “gruppo editoriale” composto da alcuni Responsabili.

Gli obiettivi del lavoro sono sia la presentazione sintetica dei dati di attività in alcune aree di servizi distrettuali legati alle cure intermedie, sia un approfondimento sul percorso del paziente, con un'analisi mirata sul contesto specifico del territorio distrettuale. Lo schema (Fig. 1) rappresenta la traccia seguita per la presentazione del lavoro, di cui il presente articolo costituisce una sintesi.

FIGURA 1 - Percorso del paziente nelle cure intermedie



Le parole chiave seguite nella descrizione del percorso sono “continuità assistenziale”, intesa come accompagnamento del paziente – da parte dei Servizi territoriali – tra Ospedale, cure domiciliari, cure in strutture residenziali di lungo perio-

do e cure in strutture intermedie, e “centralità” del Distretto nei processi di integrazione tra cure di primo e secondo livello, tra Ospedale e sistema della residenzialità, tra cure residenziali e cure domiciliari, tra servizi sanitari e servizi so-

ciali (e interconnessioni reciproche tra i vari setting assistenziali).

La scheda di segnalazione del caso-problema “complesso” perviene al Distretto, trasmessa dall’Ospedale o dal Medico di Medicina Generale. La prima tappa del percorso è la valutazione del caso all’interno dell’Unità di Valutazione Distrettuale (UVD). Schematicamente, le risposte disponibili in ogni Distretto, pur in misura quali/quantitativa diversa, comprendono le cure domiciliari, il ricovero in Ospedale di comunità, il ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale, l’accoglimento nelle residenze per anziani.

L’UNITÀ DI VALUTAZIONE DISTRETTUALE (UVD)

L’UVD è lo strumento cardine del lavoro multiprofessionale e multidisciplinare, che ha avuto un riconoscimento formale con la Legge Regionale 10/98 (*Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane*), la definisce (...*l’équipe multidisciplinare attraverso la quale si realizza la programmazione integrata degli interventi...*), ne prevede i componenti fissi (Medico del territorio, Assistente sociale, Infermiere, Medico di famiglia) e quelli ad invito (altre figure professionali coinvolte nella valutazione, familiari dell’assistito).

L’UVD viene convocata per la valutazione multi dimensionale professionale dei casi complessi e per l’elaborazione di un piano assistenziale integrato e personalizzato, in cui sono indicate le risposte più adeguate e concretamente attuabili ai bisogni della persona.

Il parere dell’UVD è obbligatorio, per Legge regionale, ai fini dell’ingresso nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti convenzionate con le Aziende Sanitarie (convenzioni stipulate al fine di erogare i contributi regionali per l’abbattimento della retta e i ristori delle spese per l’assistenza infermieristica e riabilitativa, qualora non fornita direttamente dalle Aziende).

La ricerca effettuata, pur rivelando disomogeneità tra i Distretti nella frequenza e nella partecipazione dei componenti fissi, ha evidenziato che nel corso del 2002 si sono svolte circa 14.500 UVD, con un tasso medio (nei 18 Distretti) di 5,60% (range 3,99-8,5) sul totale dei residenti ultra65enni (in Regione = circa 260 mila).

L’attuale funzionamento dell’UVD presenta punti di forza e di debolezza, di seguito elencati in forma sintetica e riassuntiva; questi elementi, per ciascuna tappa del percorso, sono stati evidenziati da ciascun Distretto, come pure i suggerimenti/opportunità da proporre alle Aziende Sanitarie e all’Amministrazione regionale.

Punti di debolezza

- È ritenuta insufficiente la partecipazione e informazione dei cittadini (ad es. l’UVD è confusa con la Commissione invalidi o con un soggetto che autorizza l’erogazione di benefici, e non come il primo “alleato” per la soluzione dei bisogni).
- Sono ritenuti insufficienti gli approfondimenti e le valutazioni tecniche preliminari (quali l’utilizzo sistematico di scale o strumenti di valutazione) e andrebbero utilizzati strumenti più sofisticati dell’attuale scheda BINA.
- Vi è complessità organizzativa (ad es. per convocare numerosi professionisti in unico luogo).
- Sussiste disomogeneità nel grado (e qualità) di partecipazione da parte dei singoli servizi e componenti (ad es. difforme grado di presenza dei Medici di Medicina Generale e degli Assistenti Sociali dei Servizi sociali comunali).

Punti di forza

- Per il cittadino vi è un unico Punto di segnalazione distrettuale per l’attivazione dell’UVD.
- Vi è approccio globale ed unitario alla persona (valutazione multidimensionale).
- È assicurata la multiprofessionalità (fattore di crescita culturale e di integrazione).
- È garantita la formalizzazione sia dei piani as-

sistenziali che delle modalità di integrazione tra i Servizi.

- È presente e viene valorizzata la condivisione con i familiari e la comunità.

Suggerimenti/opportunità

- Nel monitoraggio quali/quantitativo delle UVD, andrebbe introdotta una diversificazione dello “strumento UVD” (sia per livello di complessità che per tipologia di assistiti).
- È opportuna l’adozione di strumenti di valutazione validati omogenei (nдр: è oggi in via di approvazione definitiva l’introduzione in tutta la Regione della scheda Val. Graf.).
- Va rafforzato il metodo di lavoro interdisciplinare tra i Servizi che precede l’attivazione dell’UVD.
- Vanno sviluppati gli aspetti gestionali del “sistema” di valutazione/pianificazione multidisciplinare.

La prima opzione assistenziale del percorso esaminato riguarda le cure domiciliari.

ANALISI DEI SERVIZI TERRITORIALI: IL CASO DELL’ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Per ADI si intendono i programmi di assistenza domiciliare integrata cui partecipano il Servizio Infermieristico Domiciliare (con funzione di guida), i Medici di Medicina Generale, il Servizio Riabilitativo Domiciliare, il Servizio di Assistenza Domiciliare dei Comuni. Va precisato che per la fruizione dei Servizi domiciliari non è obbligatoria la preliminare valutazione in UVD. Nella ricerca ci si è soffermati in particolare sulle attività del Servizio Infermieristico e Riabilitativo Domiciliare (denominati SID e SRD, rispettivamente), che rappresentano – insieme alle RSA – i Servizi territoriali di maggior peso attivati dai Distretti del Friuli Venezia Giulia.

Nella tabella 2 sono illustrate (per il 2003) l’organizzazione dell’offerta dei Servizi Infermieristici Distrettuali e la copertura oraria nei giorni feriali, prefestivi o festivi.

TABELLA 2 - Offerta Servizi Infermieristici Distrettuali - FVG - 2003

ASS	LU-VE	SA o PREFEST	DOM o FEST
1	Dist. 1 TS ovest + altip	12	12
	Dist. 2 TS città “mare”	12	12
	Dist. 3 TS est – Muggia	12	12
	Dist. 4 TS città “monte”	12	12
2	Basso Isontino	12	8-14
	Distretto Alto Isontino	12	M+PROG
3	Distretto 3.1 Gemonese	12	12
	Distretto 3.2 Carnia	12	12
4	Dist. Udine	Medicasa H 24	
	Distretto Tarcento	9	REP
	Dist. Codroipo	8	REP PROG
	Dist. di S. Daniele	8	4
	Cividale del Friuli	12	6+PROG
5	Distretto sanitario Ovest	12	AL BIS
	Distretto sanitario Est	12	M+REP
6	ADO 1	12	4
	ADO 2	MATT	NO
	ADO 3	11	4

Va segnalato che il Distretto di Udine ha in corso una sperimentazione di assistenza domiciliare sulle 24 ore, realizzata in collaborazione con un soggetto privato convenzionato.

Nel 2003 in Friuli Venezia Giulia gli utenti del Servizio Infermieristico Domiciliare sono stati circa 31 mila; il Servizio Riabilitativo Domiciliare ne ha seguiti circa 6.700.

Gli approfondimenti effettuati sugli utenti del Servizio Infermieristico Domiciliare hanno rivelato che, sui 31.000 utenti, oltre 15 mila casi sono considerati “complessi” (tra questi, 13 mila riguardano utenti di età superiore ai 65 anni); la definizione di complessità deriva dalle caratteristiche della presa in carico, dalla necessità di frequenti e continuativi accessi domiciliari (in totale 362 mi-

la, con 24 accessi medi per utente) da parte di più figure professionali.

Tra i numerosi elementi oggetto dell'indagine, l'analisi della provenienza e destinazione dei casi ha mostrato che circa 1/3 dei casi complessivi proveniva dall'Ospedale (32% dimissioni protette) e che tra i casi complessivi presi in carico il 28% poi era nuovamente soggetto a ricovero ospedaliero, ma solamente il 3% aveva concluso il percorso con un definitivo ricovero in casa di riposo.

Di seguito vengono elencati gli elementi di debolezza o forza nel Servizio di assistenza domiciliare rilevati a livello di singolo Distretto, nonché i suggerimenti/opportunità proposti dai Responsabili.

Punti di debolezza

- È ritenuta ancora troppo limitata la disponibilità di risorse (con impatto sulla disponibilità oraria e sulla difficoltà nel gestire le urgenze).
- Il collegamento con le Unità Ospedaliere non è ottimale.
- Va migliorata l'integrazione con il Servizio Sociale dei Comuni (in particolare per la non congruenza nelle disponibilità orarie e di personale).
- Esiste disomogeneità nella partecipazione dei Medici di Medicina Generale.
- Non è sufficientemente chiarita la definizione del case manager.

Punti di forza

- Le cure domiciliari consentono di valorizzare e rendere visibili le cure primarie del Distretto, rappresentano per l'assistito un elemento di qualità e sicurezza nelle cure complesse anche a lungo termine.
- Viene apprezzato (nonostante l'esperienza ancora limitata nel tempo) l'attuale livello di integrazione tra i Servizi Territoriali nella gestione di pazienti multiproblematici.
- Nelle cure domiciliari risultano valorizzate la famiglia e le funzioni distrettuali di supporto ai caregivers.

- Il Servizio ha favorito la crescita e qualificazione professionale (raggiungimento di maggiori autonomia/competenze da parte degli operatori).

Suggerimenti/opportunità

- La continuità assistenziale va garantita con estensione delle coperture orarie esistenti (a tendere, servizio sanitario h 24 – medico+infermiere, sociale h 12 – 7 gg/7).
- Va rafforzata l'integrazione, con unificazione dell'accesso ai Servizi sanitari e sociali.
- Va migliorata la formazione specifica per il personale (specializzazione).
- Va acquisita maggiore disponibilità negli accessi domiciliari di Medici specialisti.

La seconda opzione assistenziale del percorso esaminato riguarda le RSA.

ANALISI DEI SERVIZI TERRITORIALI: IL CASO DELLA RSA

La RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) è una struttura sanitaria gratuita per i primi 30 giorni (poi si applica una tariffa di 25 euro/die), con fini prevalentemente riabilitativi, per degenze di breve-media durata; offre assistenza continuativa a prevalente carattere sanitario con supporto tutelare alberghiero a persone non autosufficienti con quadro clinico stabilizzato, di media gravità.

La RSA non è un reparto ospedaliero, ma un Servizio territoriale rivolto a persone che richiedono riabilitazione fisica o psico-fisica; tutela alberghiera e assistenziale per temporaneo sgravio della famiglia ("sollevio-respiro") o delle persone coinvolte nell'assistenza, anche con il fine di sostegno o riorganizzazione delle risorse domiciliari; continuità assistenziale con trattamento medico-sanitario di difficile gestione a domicilio (in particolare dopo un ricovero ospedaliero); un ambiente protetto nell'ultima fase della vita; tutela alberghiera e assistenziale, anche nell'ambito del trattamento di dipendenze da alcol o altre sostanze.

Nel 2003 l'offerta complessiva di posti letto nel-

le RSA della Regione, indirizzata prevalentemente alla popolazione anziana, era la seguente:

TABELLA 3 - RSA - Posti letto

ASS	N° RSA	Posti letto	% p.l. su popolazione over 65 anni
ASS N. 1 Triestina	4	225	0,35
ASS N. 2 Isontina	4	154	0,49
ASS N. 3 Alto Friuli	3	55	0,34
ASS N. 4 Medio Friuli	4	144	0,20
ASS N. 5 Bassa Friulana	4	61	0,28
ASS N. 6 Friuli Occidentale	5	93	0,17
Totale	24	732	0,28

I nuclei di RSA possono essere ubicati in Ospedale, Casa di Cura, Casa di Riposo, sede di Distretto, oppure in altra struttura, ed essere a gestione diretta o indiretta, formalizzata attraverso convenzioni con Enti pubblici o privati.

La normativa regionale prevede che all'interno di tali nuclei siano presenti le seguenti figure professionali con carattere di obbligatorietà: Medico (Medico di Medicina Generale, Medico ospeda-

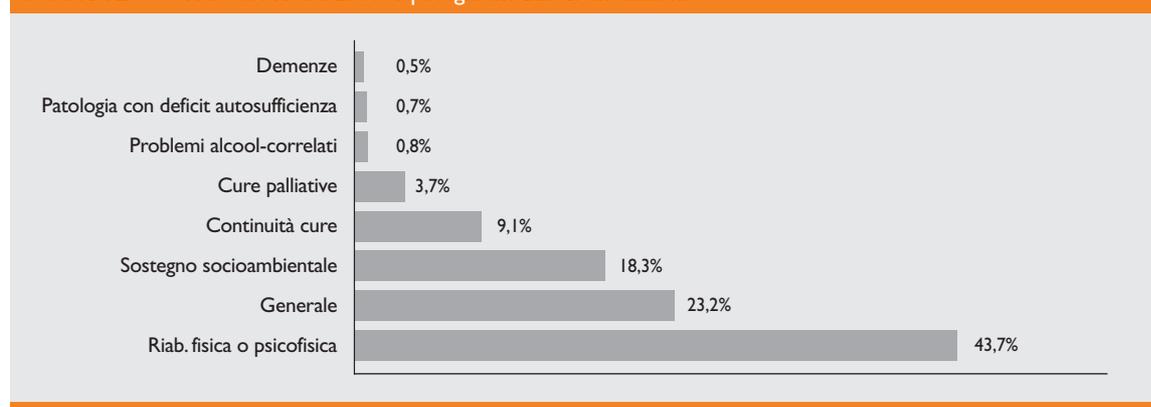
liero, Medico del Distretto, Medico dipendente della struttura, Medici specialisti su chiamata); Infermieri Professionali; Fisioterapisti; Operatori Socio-Sanitari; può essere inoltre prevista la presenza di Animatori/educatori, Assistenti sociali, Psicologi.

Nel 2003 ci sono stati circa 7.000 accoglimenti in RSA, nel 90% dei casi di persone di età superiore a 70 anni; circa 4.800 di questi provenivano da ricovero ospedaliero, i rimanenti direttamente dal territorio.

La casistica trattata è molto varia, come si può vedere dalla distribuzione tra "moduli di ammissione" (espressione utilizzata a livello regionale per classificare - ex post - il percorso assistenziale offerto).

Il grafico seguente (Fig. 2) illustra la casistica accolta (il dato riferito al modulo "generale" è purtroppo falsato dall'erroneo inserimento di tutta l'utenza in questa classe, avvenuto in un'Azienda).

FIGURA 2 - Ricoveri R.S.A. 2003. Tipologia moduli di ammissione



Di seguito vengono elencati gli elementi di debolezza o forza nel Servizio offerto dai nuclei di Residenza Sanitaria Assistenziale rilevati a livello di singolo Distretto, nonché i suggerimenti/opportunità proposti dai Responsabili.

Punti di debolezza

- La qualità del servizio viene pregiudicata dalla commistione nella gestione delle risorse umane, nel caso di RSA a gestione indiretta (con personale afferente a più datori di lavoro - ad es. ASS, cooperative, ecc.).

- È ritenuta eccessiva la pressione dell'ospedale per stabilire tempi e modalità di accoglimento in RSA degli assistiti in dimissione dai reparti.

- Sono ritenuti troppo lunghi i tempi di attivazione formale dei Servizi sociali di base (pre-dimissione).

- Sono giudicati a volte eccessivi i tempi di attesa per l'ingresso in RSA.

Punti di forza

- La multiprofessionalità e l'umanizzazione dell'assistenza.

- L'offerta differenziata, che consente di rispondere a bisogni articolati.
- La sistematicità dei percorsi di accesso e la valutazione preliminare.
- L'appropriatezza d'accesso e d'uso.
- La gratuità del Servizio (come citato in premessa, la normativa regionale prevede la gratuità fino a 30 giorni, abitualmente rispettati come durata massima dell'accoglimento).

Suggerimenti/opportunità

- È opportuno prevedere la diversificazione/specializzazione di alcuni nuclei RSA.
- Pare equo pensare ad una estensione temporale della gratuità in caso di bisogno.
- Va ripensato l'utilizzo dell'UVD non soltanto come strumento di ammissione ma anche e soprattutto per l'elaborazione del Piano di Assistenza Individualizzato post-dimissione.
- Va migliorata la valutazione degli esiti delle cure.
- Va valutato l'eventuale incremento dei posti letto in maniera più omogenea in Regione.

Considerando globalmente gli assistiti presi in carico a domicilio (sola assistenza continuativa = "casi complessi") e in RSA, il tasso di copertura nella popolazione ultra65enne è 85 per mille.

Per completezza, si annota che in Regione il numero di utenti dell'ADP o ADI dei Medici di Medicina Generale assomma in un anno, rispettivamente, a circa 11.000 e 3.000.

Viene qui fatto solamente un cenno all'esperienza dell'Ospedale di Comunità, in quanto limitata a soli 3 Distretti, e anche con premesse e funzioni diverse; in un caso è stato attivato nell'ambito di un processo di chiusura-riutilizzazione di un piccolo Ospedale periferico (Maniago, provincia di Pordenone – 5 p.l.); in un altro, all'opposto, è stato voluto dal Distretto e dalla comunità, utilizzando gli spazi disponibili da anni a seguito della chiusura di un altro piccolo Ospedale (Codroipo, provincia di Udine – 5 p.l.); nel terzo caso, come occasione offerta ai Medici di Medicina Generale per la continuità delle cure nella zona circostante Trieste (Aurisina – 3 p.l.), presso una Casa di Cura convenzionata. I dati di que-

st'ultima esperienza non sono numericamente significativi, mentre nelle altre due i dati indicano una buona accettazione da parte degli assistiti e dei Medici di Medicina Generale, con positivo impatto nel percorso di cura ed esitamento di ricoveri impropri.

La terza opzione assistenziale del percorso esaminato riguarda le case di riposo.

ANALISI DEI SERVIZI TERRITORIALI: IL CASO DELLE CASE DI RIPOSO

Il quadro dell'offerta esaminata nella ricerca è completato dalle strutture residenziali per anziani, che negli ultimi 15 anni in Regione hanno raddoppiato la ricettività (da circa 5.000 p.l. a circa 10.000 attuali – con un percorso opposto a quello degli Ospedali – da 10.000 a 5.000 p.l.); l'offerta è proposta dal settore pubblico (Comuni) o privato sociale per le persone anziane con grave non autosufficienza, mentre – soprattutto a Trieste – si è fortemente ampliata quella privata profit, indirizzata ad ospiti parzialmente autosufficienti (sfiora il 20% della ricettività totale).

L'analisi della residenzialità pone in evidenza la questione dell'istituzionalizzazione dell'anziano, richiamata con forza da alcuni Distretti, anche per interpretare correttamente il ruolo di soggetto che tutela i diritti delle persone; questo ruolo di *advocacy* potrebbe essere uno degli aspetti da sviluppare per realizzare un nuovo Distretto "forte" e visibile. L'argomento ha inoltre acquisito ancora maggiore rilevanza, al di là delle premesse valoriali e ideali che attengono alla libertà della persona, a seguito dell'indagine svolta da specializzandi in Geriatria, su iniziativa della Regione, su 8.300 dei 9.700 ospiti delle Case di riposo, mediante lo strumento di valutazione multidimensionale Val. Graf. Si è riscontrato che per il 26% degli ospiti delle residenze polifunzionali e per il 16% degli ospiti delle residenze protette il tempo di "assistenza e stimolo", stimato utile rispetto ai bisogni individuati dal test multidimensionale, oscilla tra 15 e 120 minuti/die/persona.

È doveroso domandarsi se non sia preferibile cercare di assicurare tale livello assistenziale al domicilio della persona. Dal punto di vista dell'allocazione delle risorse si è evidenziata la discrepanza tra le spese regionali a favore del settore residenziale e quelle a favore dell'assistenza domiciliare (decisamente inferiori). Il quesito che va

posto con forza è come mai non si riesca ad invertire la tendenza all'aumento dell'offerta residenziale con una radicale revisione degli investimenti e maggiore impegno nel settore delle cure domiciliari; al riguardo, può essere di aiuto una tabella comparativa di quanto avviene nella Regione Friuli Venezia Giulia (Tab. 4).

TABELLA 4 - Friuli Venezia Giulia. Residenzialità vs domiciliarietà

Strutture residenziali	Servizi domiciliari
1,5 milioni gg degenza	600.000 accessi (IP,TDR, MMG)
Copertura (A+NA)	Copertura (A+NA)
40 pl per mille > 65 aa	12 % > 65 a
80 pl per mille > 75 anni	SID
100% assistenza 24 h/die	Solo a Udine 24 h/die
Costi (milioni di euro)	In 8/18 distretti risorse insufficienti nelle 12 h/die, in 4/18 distretti mai nei festivi
SSR = 30	SSB mai oltre 6/7 gg (spesso solo mattina)
Utenti = 150	Costi (milioni di euro)
SSB = stima 30	SSR = 18
	Utenti = zero
	SSB = non rilevati

Legenda : A= autosufficienti; NA = nonautosufficienti; SSR = servizio sanitario regionale; SSB = servizi sociali di base dei Comuni; IP = infermieri professionali; TDR = terapisti della riabilitazione

Come avvenuto per gli altri setting assistenziali descritti in precedenza, il gruppo di lavoro ha proposto alcuni punti di forza o debolezza e suggerimenti/opportunità.

Punti di debolezza

- Si registra un eccessivo turn over del personale di assistenza e la dipendenza del personale da Enti diversi è di ostacolo all'efficace gestione delle strutture per non autosufficienti.
- Non è ancora completa l'integrazione tra Distretto e residenze per anziani.
- Esiste difformità nelle regole di accesso.
- La responsabilità clinica è troppo frammentata.
- Vi è un elevato rischio di esclusione sociale dell'assistito.

Punti di forza

- L'inserimento in residenza per non autosufficienti avviene obbligatoriamente tramite UVD, anche mirate alla definizione del Piano di Assistenza Individualizzato
- Le strutture sono presenti in modo diffuso sul territorio, garantendo vicinanza alla famiglia e all'ambiente dell'ospite (anche se l'offerta è eccessiva in alcune tipologie – ad es. residenze po-

lifunzionali per soggetti parzialmente autosufficienti per i quali il domicilio sarebbe ancora possibile).

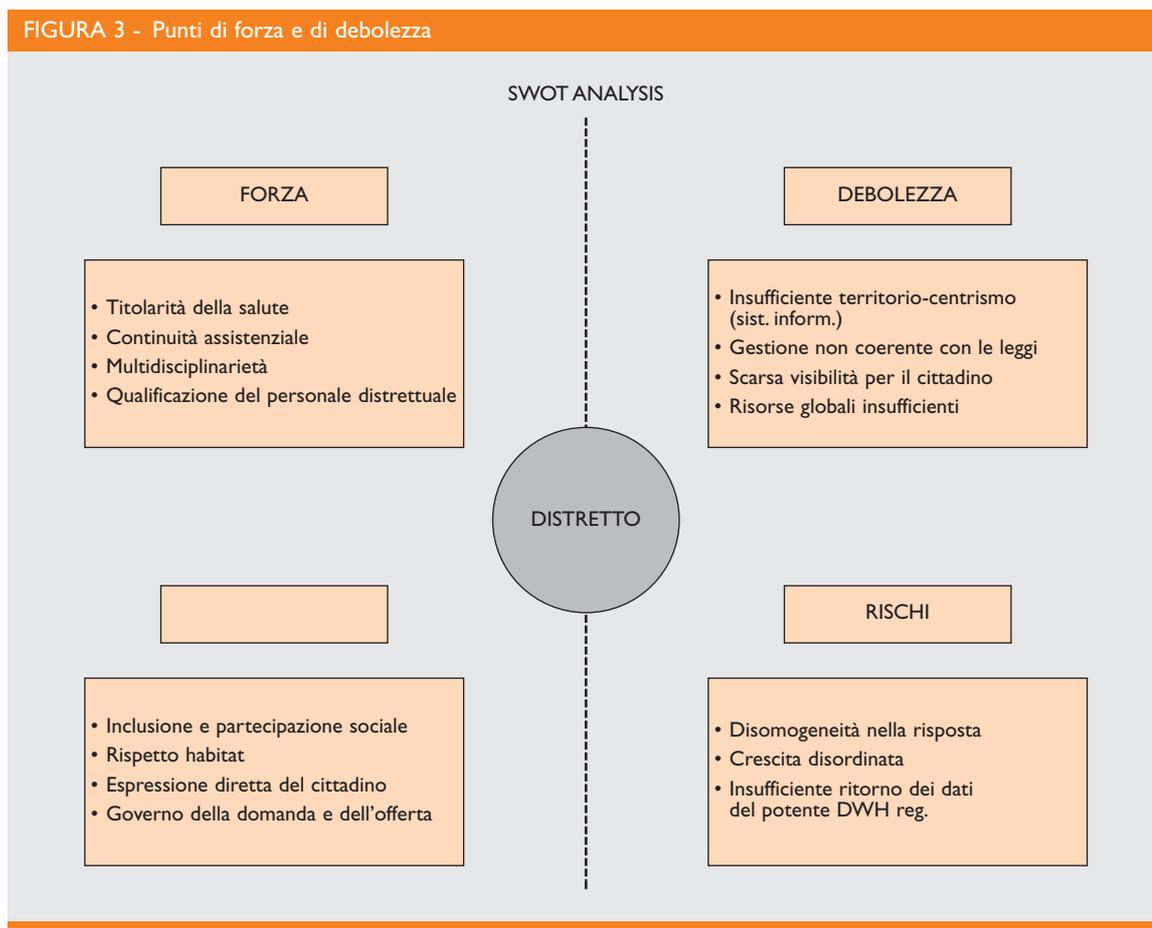
- È assicurata la presenza di professionalità sanitarie del Distretto (a seguito di Convenzioni).

Suggerimenti/opportunità

- L'istituzionalizzazione potrebbe essere evitata se venisse usata con più attenzione l'UVD, che diventa unica porta di accesso, anche a garanzia dell'utente.
- È opportuno comporre un'unica lista unica di accesso che consenta razionalizzazione, programmazione e gestione dell'attesa.
- È essenziale prevedere moduli per accoglimenti temporanei.
- Va integrato maggiormente il personale di assistenza sanitaria del Distretto (infermieri, fisioterapisti) con gli operatori sociali.

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati e delle riflessioni collegiali si è conclusa con il tentativo di sintetizzare i vari aspetti che vedono il Distretto quale protagonista della nuova organizzazione socio-sanitaria territoriale secondo l'usuale schema della SWOT analy-



sis (*Strengths Weaknesses Opportunities Threats*), riportato nella figura 3.

La ricerca evidenzia che le cure intermedie rappresentano per i Distretti della Regione la migliore occasione di presentarsi alla cittadinanza e ai singoli utenti come nuova organizzazione in grado di rispondere a nuovi bisogni; ogni sforzo deve essere teso a garantire la concatenazione “intelligente” dei Servizi collocati nel territorio, da considerare in parte alterna-

tivi e in parte complementari a quelli della tradizionale degenza ospedaliera.

Oltre ad aumentare l'offerta di alcuni segmenti di Servizi, in primis quelli domiciliari, è parimenti necessario progettare e realizzare le condizioni per assicurare prossimità e continuità delle cure.

È essenziale che il Distretto eserciti con puntualità e forza un ruolo di advocacy a garanzia del rispetto dei diritti e della dignità delle persone assistite.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutti gli operatori dei 18 Distretti del Friuli Venezia Giulia, la dott.ssa Giuliana Pessina dell'Agenzia Regionale della Sanità, il dott. Piero Romor di Insiel S.p.A., il dott. Paolo Turri e gli altri operatori del Servizio Programmazione e Controllo della ASS n.6.

Regione Siciliana

LA NUOVA PROGRAMMAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE IN SICILIA

a cura di Saverio Ciriminna

Assessorato alla Sanità della Regione Siciliana

Nella Regione Siciliana la politica sanitaria sta profondamente modificandosi. L'obiettivo è quello di superare l'attuale sistema erogativo olistico, caratterizzato – come in altre realtà – dall'autoreferenzialità, dall'irrigidimento, dalla burocratizzazione dei servizi, che genera una vera e propria indifferenza e, talora, la selezione a favore degli utenti meno problematici rispetto a quelli che hanno più bisogno o che hanno maggiori problemi. La multireferenzialità, la multiprofessionalità, la multidisciplinarietà, l'intersettorialità devono creare la cultura del lavorare “insieme”, per raggiungere gli obiettivi condivisi di una migliore tutela della salute.

Operando come filtro comune alla sovralimentazione della domanda, l'individuazione di regole precise, come base per costruire un progetto comune di salute, può diventare un freno a quello che Laura Pennacchi ha giustamente definito come “clientelismo assistenzialistico”. Così le risorse per la sanità, ancorché limitate, se correttamente gestite con pertinenza, appropriatezza e sinergismo, eliminando gli inutili sprechi, possono garantire un'assistenza di qualità, più efficace ed universalistica. Solo così si può evitare la trappola del “welfare residuale”. Ci si sta muovendo in modo da passare da un modello di universalismo di tipo generale, ad uno di tipo selettivo in relazione ai valori dell'appropriatezza e dell'equità; ossia non più una generica concezione del sistema sa-

nitario come “tutto a tutti”, ma una più precisa individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza da garantire ai cittadini, sulla base dei reali bisogni della persona e dell'appropriatezza degli interventi. Su questi valori il Governo regionale si è impegnato nel rilanciare gli interventi socio-sanitari, fondati sulla valorizzazione e sostegno della famiglia e su nuove tipologie di intervento (quali i buoni socio-sanitari), tesi ad evitare i benefici a pioggia di cui spesso usufruiscono i più furbi e non i più bisognosi. Il programma di Governo dedica, infatti, ampio spazio alle politiche familiari e indica testualmente “... Non è possibile parlare di società se non si parte dalla famiglia. La società è una società di famiglie, o di persone in famiglia. La socialità umana non si esaurisce nello Stato, ma emanando dalla natura comunitaria della persona, si esprime prima di tutto nella famiglia, la quale, quindi, deve vedere riconosciuta la sua autonomia. La famiglia svolge innanzi tutto un compito di educazione, di socializzazione e di formazione... ed assiste i nostri giovani nella ricerca del lavoro... La famiglia è, inoltre, la prima protagonista di quell'economia informale su cui si regge gran parte del nostro sistema economico. Essa orienta ai consumi e ai risparmi... Ancora, è sempre la famiglia in prima linea nei settori dell'assistenza agli anziani, ai disabili e alle persone svantaggiate, ai minori in difficoltà...”.

Il Governo ha, pertanto, posto come elemento centrale del sistema l'uomo e la famiglia. Al contempo, ritiene fondamentale che la persona ac-

quisisca la consapevolezza che i “servizi” sono un patrimonio proprio di cui essi sono attori ed utenti e non un ingranaggio estraneo, disumano, da cui possono ottenere solo risposte inaccessibili, inadeguate, parziali e inappropriate.

È necessario un diverso modello di assistenza sanitaria e socio-sanitaria fondato sull’appropriatezza organizzativa e su quella clinica, superando i limiti che il Dipartimento di Cure Primarie (DCP) ha posto al sistema.

Il DCP, previsto dal PSR 2002-04, è stato interpretato nelle realtà locali come un Dipartimento settoriale, anziché di integrazione socio-sanitaria, con conseguenti difficoltà nel collegamento con l’insieme delle attività distrettuali e nell’organizzazione dei servizi.

I NUOVI INTERVENTI SOCIO-SANITARI IN SICILIA

Con questa nuova prospettiva, la Regione ha istituito in via sperimentale in tutte le ASL il Dipartimento funzionale per l’integrazione socio-sanitaria.

Il Dipartimento nasce per garantire che l’insieme delle attività sanitarie di base e specialistiche territoriali siano armonizzate con l’attività dell’Ospedale di Comunità, ove esistente. L’obiettivo è assicurare la continuità assistenziale e l’integrazione dei servizi sanitari e sociali, che deve essere gestito in tutti i vari aspetti in armonia con gli Enti locali (390 Comuni, oltre alle Province) e con il cosiddetto “Terzo Settore”, ossia il volontariato e i diversi organismi no profit.

Il Dipartimento deve sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell’area dell’integrazione socio-sanitaria per perseguire gli obiettivi indicati dalla programmazione regionale e aziendale, attraverso il coordinamento di tutte le unità operative del pubblico e del privato sociale accreditato.

L’idea di fondo è trovare una sede di programmazione e gestione degli interventi socio-sanitari, considerando che, a fronte dei bisogni “complessi” dei soggetti fragili, l’aspetto sanitario e quel-

lo sociale sono elementi inscindibili dell’assistenza. Sono a tutti noti gli effetti devastanti della carenza di una delle componenti che, turbando l’omeostasi complessiva, causano una cascata di eventi avversi fino a diventare la causa di uno scompenso irreversibile.

Queste premesse hanno determinato la scelta di costituire il citato Dipartimento e anche di rimodulare l’attività del “Distretto Sanitario”, come previsto dal PSR 2000-2002, in quanto in quel modello venivano privilegiati i modelli erogativi prestazionali senza tener conto del contesto generale del sistema, dei rapporti con gli Enti locali, con il privato sociale e con il terzo settore.

In conseguenza di ciò, si è introdotto il “Distretto socio-sanitario”, a cui sono state attribuite le attività di seguito elencate, da effettuarsi nel rispetto delle indicazioni programmatiche aziendali (e in particolare del Piano Attuativo Locale) e regionali (PSR e altri atti):

- coordinare e integrare le attività di registrazione e archiviazione centralizzata dei dati (input);
- promuovere l’allineamento delle attività distrettuali con le scelte strategiche aziendali e regionali;
- concorrere al controllo e alla verifica della qualità dell’assistenza;
- studiare e proporre soluzioni per garantire la continuità assistenziale;
- incentivare l’umanizzazione dei rapporti tra le diverse strutture sanitarie e sociali, tra gli erogatori e le persone e le loro famiglie;
- promuovere le attività di aggiornamento e formazione;
- garantire che sul territorio vi sia un leale e reale raccordo nell’attuazione della programmazione nel settore tra Aziende USL e privato sociale, scuola, enti locali, comunità terapeutiche, volontariato, ecc., sulla scorta degli indirizzi contenuti nel Piano di zona.

Nella scelta degli interventi socio-sanitari, un altro fattore ricopre un ruolo determinante: l’elemento demografico. La Regione Siciliana, con

quasi 5 milioni di abitanti (4.972.124 abitanti al 31.12.2001, secondo i dati ISTAT, cui deve aggiungersi un elevato numero di popolazione immigrata), assiste ad un cambiamento della propria popolazione, cui i servizi devono essere capaci di far fronte.

Infatti, gli indicatori demografici quali tasso di natalità, di mortalità e di fecondità, sotto indicati (tabella 1) dimostrano che si è registrato, nel tempo, una riduzione del tasso di natalità e fecondità ed un aumento del tasso di mortalità nella Regione; e se la Sicilia, insieme alla Puglia e alla Campania, continua ad avere un tasso positivo delle nascite, un ruolo non indifferente è svolto dall'immigrazione regolare e clandestina (un dato che, come è facilmente comprensibile, comporta altri problemi).

TABELLA 1 - Indicatori demografici nella Regione Siciliana

Indicatori demografici	1991 - %	2000 - %
Tasso di natalità	13	9,4
Tasso di mortalità	9,1	9,7
Tasso di fecondità	51,8	42,2

Un altro elemento, ben noto, riguarda la riduzione progressiva, nel tempo, del tasso di mortalità infantile e perinatale. Un dato sicuramente positivo, anche se la sopravvivenza di bambini con patologie gravi di tipo cronico richiede la necessità di ridisegnare i servizi e rendere effettivo il sostegno alla famiglia (occupandosi anche di cosa succede quando la famiglia viene meno).

Lo stesso dicasi per i gravi incidenti. Oggi, grazie alle nuove tecniche, molti degli incidentati riescono a sopravvivere all'evento ma spesso sopravvivono in condizioni di grave o totale insufficienza. È necessario, pertanto, che ci si ponga il problema della qualità della vita, della dignità, della sofferenza e degli interventi che la società nel suo complesso deve garantire, non essendo possibile in queste situazioni porre un confine distinto tra sociale e sanitario.

A proposito dell'allungamento della vita, basti pensare che nell'ultimo decennio la speranza di vita si è allungata di ben 2,5 anni nell'uomo e 3

anni nella donna. I servizi sanitari dovranno, conseguentemente, svolgere una forte azione sulla promozione della salute e sugli stili di vita (per raggiungere il risultato di una maggiore aspettativa di vita "sana", come indicato nel PSN 2003-05), nonché sulle attività di riabilitazione e di recupero funzionale per mitigare il contestuale aumento delle condizioni invalidanti e/o degenerative. Né può sottacersi come le condizioni economiche svolgano un ruolo determinante nella qualità della vita e nella possibilità di curarsi. Al riguardo, non può non evidenziarsi come un terzo delle famiglie siciliane siano ricomprese tra le famiglie povere, secondo i dati ISTAT (tabella 2).

TABELLA 2 - Dati ISTAT sulla famiglia, anno 2002

La famiglia	
Italia	Sicilia
21.770.664	1.839.736
Composizione individui	
2,6	2,8
Capacità di spesa	
Euro 2.088,00	Euro 1.582,17
Per attività sociale	
Euro 88,85	Euro 63,26
Per il tempo libero	
Euro 105,83	Euro 68,10
Sicilia povera	
Relativamente	Assolutamente
435.000	175.000

Quindi 1/3 delle famiglie siciliane è al di sotto della soglia di povertà, e quindi ben al di sopra dell'11% della media nazionale. L'analisi delle difficoltà delle famiglie dimostra che questi fattori incidono notevolmente sulle spese di affitto, cibo, cure mediche, assistenza.

Ben si comprende come gli effetti della spesa *out of pocket* in queste condizioni limite giochino un ruolo spesso devastante. A tal riguardo risultano significativi i dati riportati nel recente rapporto Ceis Sanità 2004 (tabella 3).

L'esame di questi dati ci costringe a riflettere su come gli indici di equità secondo WHO/OMS pongano la Sicilia al di sotto del valore medio italiano (tabella 4).

TABELLA 3 - Effetti della spesa sanitaria sulla situazione delle famiglie

	Parametri WHO	Parametri Ceis	% max	% min
Famiglie impoverite	17.452	342.100	4,10 % Sicilia	0,74% Friuli V.G.
Famiglie che sostengono "spese catastrofiche"	186,466	511.814	4,79% Sicilia	1,04% Toscana

TABELLA 4 - WHO/OMS, l'indice di equità tra le Regioni italiane

Regione	Indice of fairness
Emilia Romagna	0,8639
Lombardia	0,8706
Basilicata	0,8719
Liguria	0,8721
Puglia	0,8743
Campania	0,8749
Calabria	0,8762
Trentino A.A.	0,8793
Italia	0,8797
Sicilia	0,8805
Molise	0,8809
Friuli V.G.	0,8811
Veneto	0,8822
Piemonte /V.d'Aosta	0,8848
Marche	0,8883
Sardegna	0,8907
Abruzzo	0,8928
Umbria	0,9043
Lazio	0,9066
Toscana	0,9068

- Art. 1 – “La Regione riconosce e valorizza ... il ruolo della famiglia ... quale soggetto sociale di primario riferimento...”.
- Art. 2 – “...per agevolare e sostenere le scelte rivolte alla formazione di nuove famiglie, la Regione promuove l’adozione di politiche organiche e intersettoriali”.
- Art. 10 (Buono socio-sanitario) – “L’Assessorato alla famiglia ... eroga buoni socio-sanitari ... in alternativa alle prestazioni di natura residenziale eventualmente dovute ai sensi della vigente normativa, a nuclei familiari i quali comprendano nel loro ambito anziani non sufficienti o disabili gravi.”

Come già evidenziato, sono queste le scelte di fondo della Regione: porre l’uomo e la famiglia al centro dell’universo assistenziale. Viene pertanto ridisegnato, come segue, il nuovo modello socio- assistenziale (figura 1).

In questo sistema quattro sono gli elementi determinanti del cambiamento:

1. lo “Sportello Unico per l’integrazione socio-sanitaria”, che si sta attivando presso tutti i 62 Distretti della Regione. Lo Sportello Unico

LA NUOVA ARCHITETTURA DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO SICILIANO

Per ovviare a tale situazione la Regione è intervenuta con la LR 31 luglio 2003 n. 10 *Norme per la tutela e la valorizzazione della famiglia*, che stabilisce alcuni importanti principi e interventi:

FIGURA 1 - La nuova architettura del Sistema socio-sanitario siciliano

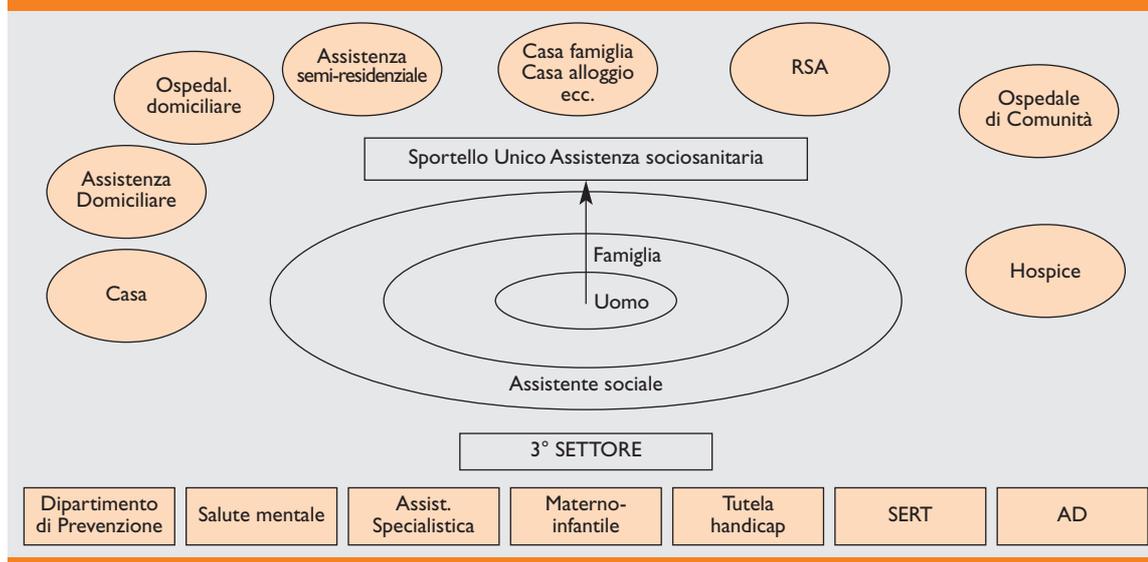


TABELLA 6 - Casi trattati in Assistenza domiciliare in Sicilia

	Casi trattati		Terapisti Riabilitazione	Ore di assistenza erogata		Totale
	Totale	di cui anziani (%)		Infermieri Professionali	Altri Operatori	
Italia	324.806	80,8	4	18	4	26
Sicilia	5.582	85,3	13	21	0	34

	Il territorio secondo i LEA			
	Assistenza Territoriale Ambulatoriale e domiciliare totale	ADI e ADP	A favore di anziani non autosufficienti	A favore di altri utenti
Italia (valore medio)	58,20	16,52	13,68	3,83
Sicilia	39,40	15,17	9,51	5,66

Fonte: Il Sole 24 Ore sanità, 24 novembre 2004

sarà gestito dai singoli Distretti, con funzionamento di 12 ore giornaliere per 6 giorni la settimana. Si intende in tal modo garantire la corretta informazione sulle strutture esistenti nel territorio dell'ASL, in grado di guidare la persona verso risposte adeguate al bisogno segnalato, semplificando e facilitando i percorsi di accesso alle prestazioni. È un processo graduale che, a regime, garantirà che la rete dei servizi sia pronta alle necessità del caso, in relazione alla gravità dello stesso e alle risorse economiche del soggetto (stati di fragilità sociale);

2. lo sviluppo dell'“Assistenza domiciliare”, che deve superare i limiti prestazionali ed erogativi che ne hanno caratterizzato l'avvio;
3. l'istituzione e l'attivazione dell'Ufficio distrettuale dell'assistenza distrettuale, affidato alla responsabilità del Referente dell'Assistenza domiciliare. Una modalità mirata a chiarire le responsabilità e a creare un nodo organizzativo specifico per dare impulso alle attività domiciliari, anche quelle più complesse, integrate con i servizi sociali;
4. la costituzione e l'attivazione dell'Equipe multidisciplinare nel distretto, che permetta di superare la dispersione di risorse umane e professionali che si è venuta a creare nel tempo con la costituzione di varie equipe specialistiche. Le equipe si attiveranno per la valutazione multidimensionale del caso, per la predisposizione dei piani di assistenza e per l'attivazione degli interventi, con l'importante coinvolgimento del Medico di Medicina Generale.

LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE IN UN MODELLO “A RETE”

La necessità di un intervento specifico nell'assistenza domiciliare nella Regione Siciliana è ben evidenziata dall'esiguo numero dei casi attualmente trattati (tabella 6) e anche dalla tipologia degli stessi, quasi esclusivamente rivolta a favore delle persone anziane.

L'Assistenza Domiciliare, come già accennato, sarà sviluppata secondo un modello organizzativo unitario che fa capo all'apposito Referente nel Distretto e si dovrà articolare in ragione alle esigenze del caso concreto; pertanto dovrà essere “specificata” e “flessibile”, in grado di cambiare rapidamente in ragione del mutare della situazione concreta.

La letteratura e l'esperienza hanno ormai evidenziato che le tipologie di assistenza domiciliare sono più facilmente distinguibili in ordine al bisogno assistenziale e all'impegno per rispondervi (ossia se occorre un infermiere, un terapeuta della riabilitazione, il medico ... e con quale periodicità), rispetto ad una rigida distinzione di “forme” di assistenza.

In ogni caso, la Regione ha fornito indicazioni alle aziende USL per sviluppare le seguenti tipologie di assistenza, ormai “classiche” nella letteratura, ma ancora poco diffuse sul territorio, riportate in relazione all'intensità assistenziale (bassa, media, alta e di tipo palliativo).

Assistenza domiciliare a bassa intensità

(pazienti non autosufficienti affetti da patologie a decorso cronico):

- Assistenza Domiciliare Programmata dei Medici di Medicina Generale nei confronti dei pazienti

non deambulanti (ADP), con le forme previste dagli accordi collettivi nazionali e regionale;

- Assistenza domiciliare infermieristica e/o riabilitativa, che rappresenta una forma relativamente semplice di attività sanitaria;
- Assistenza estemporanea;
- Servizio Assistenza Domiciliare socio-assistenziale (SAD);
- Assistenza Domiciliare nei confronti dei pazienti ospiti in Residenze protette e collettività (ADR), come previsto dall'Accordo regionale per la medicina generale.

Assistenza domiciliare a media intensità:

(pazienti multiproblematici affetti da patologie riacutizzate o croniche severe)

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) – profilo di base, caratterizzata dalla presenza di più professionalità sanitarie e anche sociali, sulla base di piano personalizzato di assistenza e con l'individuazione di un "Responsabile del caso".

Assistenza domiciliare ad alta intensità:

Ospedalizzazione domiciliare

(pazienti comatosi, ventilati, tracheostomizzati, nutriti artificialmente, dializzati, con gravi deterioramenti cognitivi, con lesioni da decubito plurime e avanzate, esiti complicati di ictus, vasculopatie periferiche con lesioni trofiche recidivanti)

- ADI cure palliative;
- ADI pazienti critici.

Si tratta di una concezione "nuova" di ospedalizzazione domiciliare, che tiene conto degli elevati costi e della difficoltà di utilizzare tecnologie e personale ospedaliero. Pertanto è un modello che si basa su una équipe multidisciplinare integrata tra ospedale e territorio e una responsabilità condivisa (superando la tradizionale idea di una responsabilità del caso unicamente ospedaliera).

La Regione indica, inoltre, alcuni obiettivi generali correlati allo sviluppo dell'assistenza domiciliare, attraverso forme di responsabilizzazione del medico di assistenza primaria e delle figure professionali proprie delle strutture interessate:

- a) fornire una risposta assistenziale migliore e più appropriata rispetto al ricovero in ospedale ai problemi di salute di pazienti affetti da patologie croniche e da malattie temporaneamente invalidanti;
- b) ridurre il numero di ricoveri per patologie acute che possono essere trattate a domicilio e ottenere una conseguente diminuzione dei costi assistenziali;
- c) promuovere il recupero e il reinserimento dei soggetti non autosufficienti, favorendo quelle strategie di comportamento tendenti ad evitare un contesto ambientale di tipo cronicizzante e ospedalizzante.

Organizzare in modo specifico l'assistenza domiciliare diviene un compito fondamentale del distretto, con un Referente specifico, un punto di accesso ben definito, ed équipe multidisciplinari capaci di decidere e graduare gli interventi necessari, coordinandosi realmente con il Medico di medicina generale.

Si intende in tal modo creare un modello "a rete", un sistema coordinato di cure nel quale "si configura un sostegno all'uomo in difficoltà sotto l'aspetto socio-sanitario e nel quale il fine assistenziale deve essere quello di fornire il servizio appropriato rispetto a quello di erogare comunque delle prestazioni" (Bargallo M. 2004).

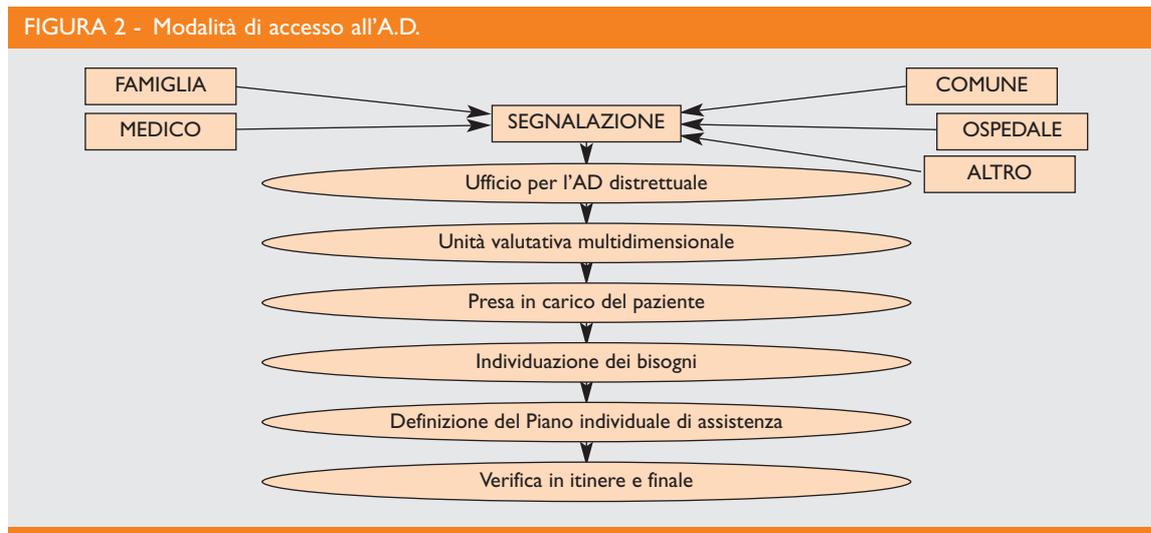
L'obiettivo è operare la scelta assistenziale appropriata e pertinente basata sulla gerarchia per i bisogni prioritari delle persone più fragili e più a rischio, garantendo una personalizzazione delle cure, la continuità assistenziale, una riduzione dei ricoveri impropri o ad alto rischio di non appropriatezza negli ospedali, che devono essere riservati per le prestazioni di elevata assistenza e/o ad elevata complessità. Si otterrà così un notevole risparmio i cui ricavi saranno reinvestiti nel sistema.

Si sono in tal modo definite le modalità di accesso che sono schematicamente rappresentate nel seguente diagramma di flusso (Fig. 2).

Pertanto, l'assistenza domiciliare è l'attività che:

- si fa carico del bisogno socio-sanitario del cittadino e della sua famiglia, attraverso un piano di cura realizzato a casa;

FIGURA 2 - Modalità di accesso all'A.D.



- supporta le attività del Medico di Medicina Generale e garantisce la continuità assistenziale;
- si prende cura del paziente fragile, nel quale malattia e scompenso funzionale interagiscono reciprocamente.

Appare opportuno soffermarsi sul concetto di fragilità, che può riguardare:

- suscettibilità verso malattie acute – croniche;
- difficoltà di recupero dopo eventi acuti;
- deterioramento cognitivo;
- inguaribilità con breve aspettativa di vita.

Per quanto riguarda la tipologia di pazienti assistibili a domicilio, sono stati indicati:

- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture negli anziani;

- forme psicotiche acute gravi;
 - riabilitazione cardiovascolare;
 - riabilitazione neurolesi;
 - malattie temporaneamente invalidanti nell'anziano;
 - dimissioni protette da strutture ospedaliere;
 - condizioni riconducibili a situazioni di fragilità che richiedono integrazioni interprofessionali.
- Contestualmente, si è provveduto a ridefinire la modalità di accesso in Residenza Sanitaria Assistenziale (Fig. 3).

In tale percorso diventa obbligatorio stabilire una serie di indicatori quali-quantitativi, anche utilizzando le esperienze di altri contesti che già hanno intrapreso simili percorsi.

Gli indicatori quali/quantitativi previsti sono:

- Numero totale di pazienti presi in cura/per anno

FIGURA 3 - Modalità di accesso in residenza sanitaria assistenziale

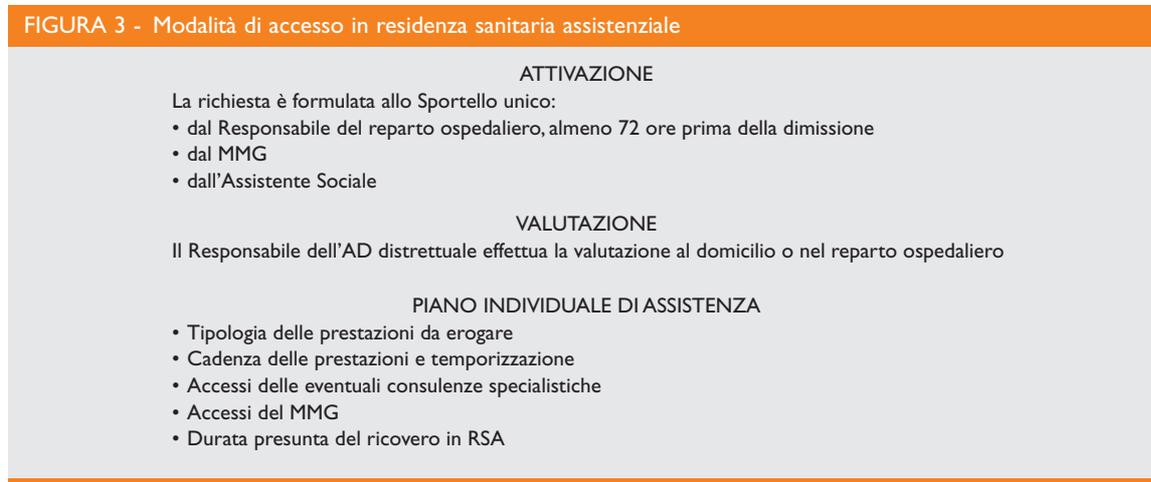


TABELLA 7 - Effetti della spesa sanitaria sulla situazione delle famiglie

Indicatore di intensità assistenziale	I.A.= GEA/GTC n. giornate effettive di assistenza/ n. giornate di cura
ADI bassa intensità	Inferiore a 2 giorni/settimana = 0,25
ADI media intensità	2,5 giorni/settimana = 0,35
ADI palliativa	4 giorni/settimana = 0,57
ADI alta intensità	5,5 giorni/settimana = 0,78

- Media dei giorni totali di cura/per paziente
- Intensità assistenziale media: rapporto tra il numero di giornate effettive di assistenza e il numero delle giornate di terapia e cura (I.A.=GEA/GTC)

L'intensità assistenziale è calcolata come illustrato nella tabella 7.

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Attualmente l'assistenza domiciliare in Sicilia è "a macchia di leopardo", con Aziende USL che hanno già operato molto per lo sviluppo della stessa ed altre più in difficoltà.

Il percorso avviato nella Regione Siciliana tende a omogeneizzare la situazione, per lo meno sul piano organizzativo e anche della tipologia di assistenza, a creare forme di controllo sulla qualità e sulla quantità dell'assistenza erogata.

Si è consapevoli di essere all'inizio di un percorso complesso, in quanto il raccordo tra una pluralità di figure professionali richiede un cambiamento culturale e formativo, oltre che organizzativo, ma anche perché mancano ancora modalità uniformi per la valutazione multidimensionale del bisogno sanitario e socio-sanitario.

Accanto a questo, la Regione mira a diffondere anche forme di *cash and care*, come il buono socio-sanitario, privilegiando forme che evitino l'istituzionalizzazione della persona fragile.

C'è la necessità di condividere un progetto comune sull'equipe multidimensionale, che superi le difficoltà di raccordo tra il Medico di Medicina Generale, elemento e riferimento centrale per il cittadino, e le altre figure che devono concorrere alla decisione del percorso in assistenza domiciliare.

Regione Veneto

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLA PERSONA IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ: IL MODELLO VENETO

a cura di Pier Paolo Benetollo

Direzione sanitaria dell'ULSS n. 4 – Alto Vicentino

a cura di Patrizia Mella

Assessorato Politiche sanitarie Regione Veneto

a cura di Mauro Saugo

Servizio Epidemiologico dell'ULSS n. 4 – Alto Vicentino

Per illustrare il modello della Regione Veneto per l'assistenza all'anziano in condizioni di fragilità, si ritiene utile proporre un breve excursus normativo che riassume le principali tappe seguite dal legislatore Veneto per l'introduzione della Valutazione Multidimensionale su tutto il territorio regionale: si tratta infatti di un'esperienza interessante, in qualche modo paradigmatica nel contesto di un nuovo Servizio Sanitario (o meglio, in Veneto: Socio-Sanitario) sempre più regionalizzato. Quando le acquisizioni scientifiche riguardano processi assistenziali applicabili su ampia scala a porzioni rilevanti di popolazione, con il coinvolgimento di migliaia di operatori, vi è la necessità di trasferire queste conoscenze sul piano organizzativo e si assiste ad una produzione normativa che, su un piano completamente diverso, pure si affianca e in qualche modo si confronta con la produzione scientifica.

A metà anni '90 la Giunta Regionale del Veneto (DGR 2034/94), nel prendere atto della necessità di superare le tradizionali modalità di organizzare ed erogare i servizi alle persone anziane, ha iniziato un nuovo percorso di ricerca di un metodo di lavoro che, partendo dall'esistente, lo migliorasse e lo qualificasse. Premessa indispensabile

è stata l'individuazione dell'Unità Valutativa Multidisciplinare Distrettuale (UVMD) come porta unica di accesso alla rete integrata dei servizi, cui demandare la definizione del programma assistenziale e riabilitativo del singolo.

Il passaggio successivo, fondamentale, è stato introdotto nel 1996 rendendo obbligatoria la costituzione delle UVMD su tutto il territorio della Regione Veneto. Con atti successivi (DGR 2092/96, DGR 3517/96) sono state fornite a tutti gli Enti interessati le principali linee guida attuative (definizione, obiettivi, composizione delle UVMD) ed è stata individuata la data del 1/10/96 quale termine ultimo entro cui attivarle in tutto il territorio regionale. Nel 1998, con la Delibera di Giunta n. 561, è stato approvato un dettagliato schema tipo di regolamento sull'attività di valutazione multidimensionale e presa in carico della UVMD, individuata come gruppo multidisciplinare che riceve ed analizza la domanda, valuta il soggetto in modo multidimensionale, redige il progetto assistenziale avvalendosi dei servizi di rete presenti nel territorio e infine ne verifica l'esecuzione.

Nei mesi successivi (DGR n. 1721/98) è stata approvata in via preliminare la Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'adulto e dell'An-

ziano (SVaMA) quale strumento di lavoro per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati utilizzabile dalle Unità Operative Distrettuali quale unico e completo strumento per la valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'Anziano.

Tale scheda è stata sottoposta ad una sperimentazione (DGR n. 2799/98), che ha coinvolto oltre 2000 soggetti, di cui 1600 in una ventina di strutture per anziani e oltre 400 in 6 diverse ULSS del Veneto; al termine, essendo stati completamente raggiunti gli obiettivi generali e specifici previsti, è stata approvata la scheda SVaMA di valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano (DGR 3979/99).

Dall'1/1/2000 possono accedere alla rete dei servizi solo coloro che siano stati valutati dalla UVMD mediante l'applicazione della SVaMA; la norma è vincolante, in particolare, per l'accesso ai seguenti servizi:

- Assistenza Domiciliare Integrata di elevato livello di complessità organizzativa (ADIMED; ADI "cure palliative");
- erogazione di un contributo economico alle famiglie che assistono a domicilio un paziente affetto da demenza con gravi disturbi comportamentali;
- accoglienza in Centro Diurno con contributo a carico dell'Ente Pubblico;
- ingresso temporaneo o definitivo in qualsiasi residenza per anziani con contributo a carico dell'Ente Pubblico;
- ingresso in hospice per cure palliative.

Ad oggi, l'applicazione di questo modello è capillarmente diffusa su tutto il territorio regionale, e coinvolge migliaia di Medici di Medicina Generale, centinaia di medici e infermieri di distretto, geriatri ospedalieri e/o territoriali, tutti i servizi sociali dei grandi e piccoli Comuni. Si può stimare che ogni anno vengano effettuate circa 30.000 valutazioni multidimensionali per persone non autosufficienti. Certamente non è definitivamente risolto in tutte le realtà locali il problema della qualità di queste valutazioni, ma è al-

trettanto certo che questo sforzo organizzativo imposto dal legislatore regionale ha contribuito in maniera determinante a mutare il volto del livello di assistenza distrettuale in Veneto, ponendo al centro del sistema la complessità dell'anziano non autosufficiente.

In ambito locale, in diverse ULSS è già stato esteso questo vincolo per l'accesso ad altri servizi domiciliari, mentre negli ultimi anni, a livello distrettuale, il metodo della valutazione multidimensionale si sta spontaneamente estendendo anche ad altre aree ad elevata integrazione come la psichiatria, le dipendenze, giovani e adulti portatori di handicap grave, minori in famiglie multi-problematiche.

UNA RETE INTEGRATA DI SERVIZI

Come detto sopra, fin dal 1994 la normativa della Regione Veneto ha previsto una "porta" unica di accesso ad una rete integrata di servizi. Ma come è fatta questa rete di servizi? E cosa deve significare in concreto "integrata"?

Va innanzi tutto ricordata la specificità del modello Veneto, costituita da una scelta forte di integrazione fra servizi sociali e servizi sanitari. Fin dagli anni '80 questa scelta è stata dichiarata già nel nome assegnato alle strutture organizzative: in Veneto le ASL sono "ULSS", ossia "Unità Locali Socio-Sanitarie", e i Distretti sono "DSS", ossia "Distretti Socio-Sanitari".

È infatti prevista dai primi anni '80 dalla Legge Regionale (LR 55 dell'82) una delega obbligatoria alle ULSS da parte dei Comuni delle funzioni sociali in alcuni ambiti:

- prevenzione, assistenza, riabilitazione, inserimento, informazione, sostegno e ricovero delle persone handicappate;
- prevenzione, assistenza, recupero, informazione, sostegno e reinserimento sociale di tossicodipendenti;
- attività consultoriali familiari.

A fronte di ciò, è stata prevista la costituzione della Conferenza dei Sindaci e la predisposizione, da parte della Conferenza e con il supporto delle

ULSS, di “Piani di Zona dei Servizi Socio-Sanitari” (di norma triennali), ormai giunti in tutto il territorio alla terza edizione, sono poi in via di evoluzione verso più ampi “Piani di servizi alla persona e alla comunità”, dopo il consolidamento strutturale e organizzativo della rete dei servizi che si è realizzato nella maggior parte del territorio con la prima e soprattutto con la seconda tornata della programmazione.

Si è così strutturato nel tempo un forte processo di integrazione fra servizi sociali e servizi sanitari, che hanno visto il livello regionale promuovere nel tempo il rafforzamento dell’integrazione istituzionale a livello periferico, utilizzando progressivamente anche lo strumento finanziario: a più riprese, infatti, l’erogazione di fondi agli Enti Locali per i servizi sociali ha considerato un prerequisito, o ha valorizzato in maniera esplicita, le esperienze di integrazione con l’ULSS.

In conseguenza di tutto ciò, nella Regione Veneto, rispetto ad altri contesti regionali, è ridotta, sia fra i cittadini che fra gli operatori, la percezione di distanza fra servizi sanitari e sociali.

La rete dei servizi per le persone anziane fragili comprende un insieme coordinato e “continuo” di servizi rivolti a diversi target:

- servizi residenziali: le residenze per anziani non autosufficienti comprendono circa 20.000 posti letto per i quali è previsto un contributo a carico del fondo sanitario regionale, da quelli a minore intensità assistenziale, a quelli a maggiore intensità, ai nuclei ad alta protezione Alzheimer, ai posti di hospice per malati terminali, ai nuclei per i pazienti in stato vegetativo persistente. Per ogni tipologia di struttura, la Regione ha emanato norme per definire caratteristiche, requisiti e destinatari. Il termine RSA viene utilizzato in genere per indicare strutture, o nuclei di strutture (sovente da riconversione ospedaliera), che hanno come “mission” principale quella del ricovero temporaneo a seguito della dimissione al domicilio del paziente, mentre anche le precedenti accolgono pazienti di elevato impegno assistenziale e sanitario.

- Servizi semiresidenziali: i centri diurni per anziani fragili sono presenti in strutture autonome o, più spesso, associati a strutture residenziali. Vi sono alcuni centri diurni orientati in maniera prevalente o esclusiva all’accoglienza di pazienti affetti da demenza.

- Servizi domiciliari: la recente riorganizzazione del flusso informativo relativo all’assistenza domiciliare ha fornito la seguente classificazione dei principali servizi a sostegno della domiciliarità:

- assistenza medica primaria
- assistenza infermieristica
- assistenza terapisti della riabilitazione
- assistenza specialistica
- assistente sociale
- assistenza di operatori del territorio (OTAA/OSA/OSS/OAA)
- assistenza servizio civile
- volontariato coordinato
- assistenza rete informale
- telesoccorso – teleassistenza
- pasti a domicilio
- contributo economico straordinario sociale
- contributo economico continuativo sociale
- contributo per l’assistenza domiciliare delle persone non autosufficienti
- contributo per l’assistenza domiciliare di persone affette da Alzheimer (e altri contributi definiti dalla Regione)
- assistenza protesica
- fornitura attrezzature
- assistenza farmaceutica ad erogazione diretta
- forniture particolari
- fornitura materiali di consumo

Quel che si vuole qui sottolineare è il fatto che, dal punto di vista degli operatori “di contatto” con gli utenti, fra questi servizi c’è continuità e una classificazione che distingue fra servizi “sociali” e servizi “sanitari” ha meno significato di quella fra i soggetti erogatori (ULSS, Comuni, IPAB, Fondazioni, soggetti privati no profit o for profit) che possono variare per tipologia a seconda del contesto e della storia locali.

Forte elemento di continuità fra tutti questi ser-

vizi è il Medico di Medicina Generale, cui sono affidate le cure sanitarie dei pazienti nella quasi totalità dei servizi sopra elencati.

IL RUOLO DEL DISTRETTO

Il Distretto ha potuto quindi divenire il luogo privilegiato per realizzare il livello organizzativo dell'integrazione. Possiamo distinguere ad uno sguardo generale 4 fasi:

- negli anni '80 si è assistito alla prima costituzione dei Distretti, per lo più caratterizzati da un bacino d'utenza inferiore ai 20.000 abitanti;
- nei primi anni '90 il Distretto è stato caratterizzato principalmente da funzioni di sanità pubblica e, nonostante un modello teorico che assegnava al Distretto un ruolo strategico nell'organizzazione del SSN, le sue capacità di programmazione e governo sono state fortemente limitate, ridotte per lo più a strumento per avvicinare il punto di erogazione di alcuni servizi all'utenza;
- a metà anni '90 sono state apportate importanti innovazioni: un aumento del bacino di utenza, in media a 50.000-60.000 utenti, con una conseguente concentrazione di risorse disponibili per la programmazione in ambito distrettuale; la riconduzione delle attività di sanità pubblica alla responsabilità del Dipartimento di Prevenzione; il riorientamento della *mission* del Distretto verso le cure primarie. Momento fondamentale di questa transizione è stato proprio l'introduzione della "Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale", che ha riportato al centro dell'attenzione del "sistema distretti" il confronto diretto con il paziente, e in particolare il paziente cronico. Prima ancora che il potenziamento delle risorse assegnate all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), è stato il fatto di aver richiesto ai dirigenti medici di Distretto di occuparsi direttamente (o attraverso risorse direttamente dipendenti da essi) della valutazione della persona non autosufficiente e del suo orientamento nella rete dei servizi a consentire un importante salto di qualità. Il ruolo

di governo delle cure primarie, in precedenza solo teorizzato, ha potuto iniziare ad essere sostenuto da un più stretto contatto fra i "dipendenti" del Distretto e i "convenzionati" (i Medici di Medicina Generale, i Pediatri, i medici di Continuità Assistenziale) in un rapporto caratterizzato non più da funzioni di controllo, ma dalla possibilità di mettere a disposizione del Medico di Medicina Generale risorse percepite come utili (personale per l'assistenza, conoscenze sulla reale e particolare disponibilità di risorse nella rete dei servizi, competenze specialistiche nella valutazione multidimensionale);

- su questa base, nel presente decennio, anche il ruolo di programmazione della rete dei servizi per gli anziani fragili esercitato dal Comitato dei Sindaci di Distretto ha potuto trovare nel Distretto un supporto più competente e più autorevole, ed esplicitarsi non solo in un potenziamento (aumento delle risorse destinate alla domiciliarità, sia sanitarie che sociali; completamento dei servizi residenziali per non autosufficienti; promozione dei servizi semiresidenziali), ma anche in una riqualificazione di alcuni servizi e nell'individuazione di soluzioni "locali", in grado di sfruttare al meglio le risorse presenti in ciascun contesto.

In molte realtà a partire dagli ultimi anni '90 si è realizzata, inoltre, una importante sinergia con il mondo della Geriatria, che per prima aveva riconosciuto e dimostrato scientificamente nel decennio precedente la possibilità di migliorare *outcome* importanti (fra i quali la sopravvivenza), applicando il metodo della valutazione multidimensionale alla gestione del percorso assistenziale del paziente anziano fragile. Diversi geriatri impegnati nel territorio e diverse Unità Operative Ospedaliere di Geriatria hanno contribuito sia alla fase di messa a punto della normativa di riferimento, sia alla fase di sperimentazione dello strumento adottato per la valutazione multidimensionale, sia all'attuale fase di applicazione, lavorando come Responsabili di UVMD o

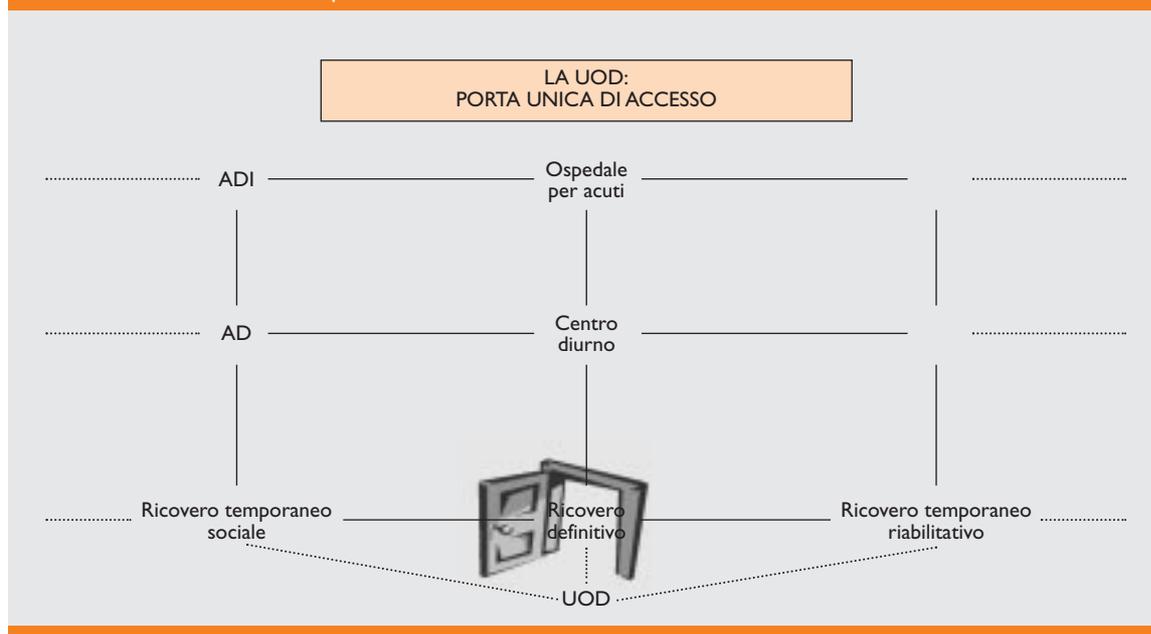
impegnati nella valutazione diretta a domicilio o in Ospedale della persona anziana. Ovviamente questa descrizione deve considerarsi come del tutto generale, media di situazioni più avanzate e di altre frenate da vincoli non ancora superati. Per fare un esempio, un recente monitoraggio dei “patti aziendali” stipulati nelle ULSS del Veneto con la Medicina Generale consente di affermare che nella maggioranza dei casi, a fronte delle risorse investite, il livello locale della contrattazione si è focalizzato su obiettivi coerenti con il potenziamento della domiciliarità e il pieno coinvolgimento del MMG nella valutazione multidimensionale della persona anziana fragile. Esistono però ULSS in cui la negoziazione del patto è stata condotta direttamente dal Direttore di Distretto, e si è quindi potuto contrattare obiettivi mirati per le singole realtà e quindi per singola associazione, mentre in altre ULSS la ne-

goziazione è stata condotta a livello aziendale dall'apparato amministrativo con scarso coinvolgimento del livello Distrettuale e obiettivi piuttosto generici.

LA UVMD COME PORTA UNICA DI ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI

Si è visto come, in base alla DGR Veneto 2034/94, la UVMD è l'unica porta di accesso alla rete dei servizi (Fig. 1). In altre parole, qualsiasi sia il servizio chiesto dall'utente o dalla sua famiglia (residenza, centro diurno, contributo economico per assistenza domiciliare ai dementi, assistenza domiciliare integrata), a tale richiesta segue un'unica valutazione effettuata dal Distretto Socio-Sanitario di residenza, con l'apporto almeno del Medico di Medicina Generale, dell'assistente sociale comunale e di un operatore esperto del Distretto (di solito un infermiere o un geriatra).

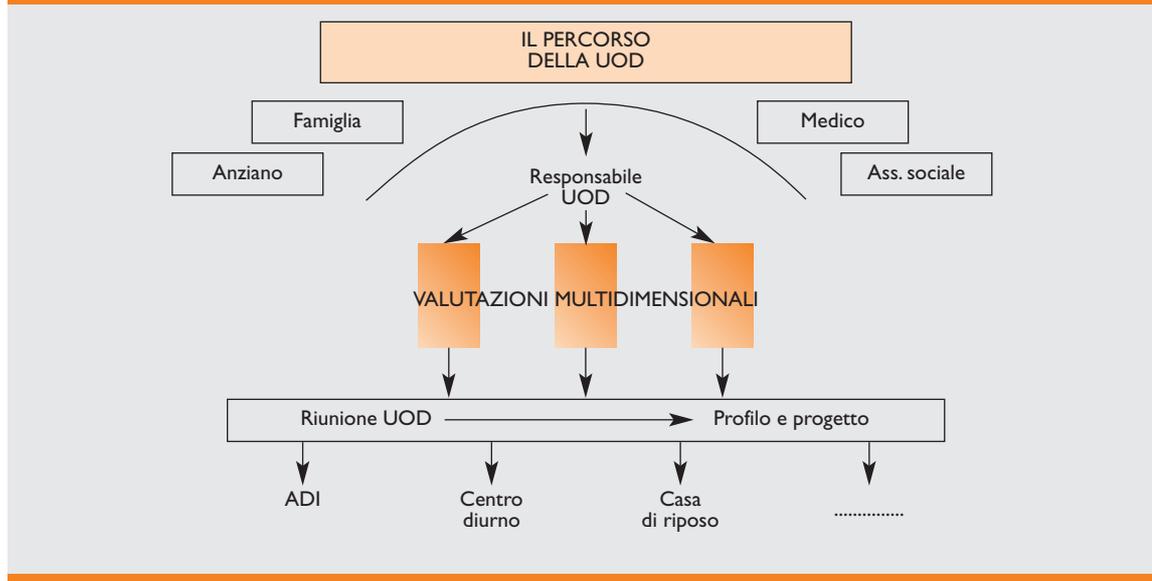
FIGURA 1 - Il modello Veneto per l'accesso alla rete dei Servizi



La domanda di attivazione del servizio deve pertanto essere rivolta al responsabile della UVMD dal medico curante, dal servizio sociale, dai familiari del paziente o dal responsabile del reparto ospedaliero all'atto della dimissione. La domanda di intervento viene esaminata dal responsabile, il quale individua i professionisti che dovranno nel caso

specifico raccogliere i dati necessari alla valutazione multidimensionale, utilizzando lo strumento adottato dalla Regione e gli eventuali altri strumenti integrativi (non sostitutivi) previsti in ambito locale o per la specificità della situazione. Successivamente viene convocata la riunione della UVMD per la presa in carico del caso (Fig. 2).

FIGURA 2 - Il percorso della UVMD



106

i Supplementi di **monitor**

È inoltre cura di ogni componente della UVMD raccogliere e fornire tutte le informazioni aggiuntive utili ad effettuare la valutazione del caso, sia rispetto all'analisi della situazione, che rispetto alla disponibilità di risorse attivabili per l'attuazione del progetto. Il progetto coniuga i bisogni della persona e della sua famiglia con la rete distrettuale dei servizi. La risposta deve essere professionalmente ineccepibile, nel rispetto della libertà di scelta della persona e degli obiettivi del Piano di Zona, e la più efficiente nel rapporto costo/efficacia, tenendo conto non solo degli oneri finanziari, ma anche dei vantaggi a lungo termine, riferibili a risorse sia familiari che sociali. Contestualmente alla definizione del profilo di autonomia e all'individuazione del programma assistenziale, la UVMD valuta, utilizzando le apposite griglie specifiche per ciascun servizio proposto, la priorità di accesso al servizio stesso. La UVMD deve avere conoscenza dell'attuale disponibilità di risorse, in relazione a quanto assegnato e a quanto già impegnato, in modo che il programma assistenziale sia congruente. In una fase immediatamente successiva, il responsabile UVMD dispone il corretto utilizzo delle risorse per l'esecuzione del programma. Tutti i programmi socio-assistenziali devono prevedere una scadenza ed essere sottoposti a verifica. L'analisi complessiva del lavoro svolto dalle singo-

le UVMD permette inoltre di ottenere dati sulla tipologia dei bisogni espressi dall'anziano, per poter meglio adattare l'offerta di servizi alle caratteristiche della domanda. In particolare, l'individuazione dei "profili di autonomia" consente di programmare in maniera corretta l'offerta di servizi della rete territoriale a disposizione della UVMD.

UNA VALUTAZIONE NON SOLO MULTIDIMENSIONALE

Sembra utile sottolineare un'altra specificità del modello Veneto rispetto a quanto realizzato in altre parti d'Italia: non solo infatti viene realizzata una valutazione multidimensionale, ma anche interdisciplinare.

Si è cioè preferito coinvolgere diversi professionisti (medico, assistente sociale, infermiere, geriatra, e anche – quando necessario – terapeuta della riabilitazione, operatore socio-sanitario, altri specialisti). Nella generalità dei casi, anzi, ad effettuare la valutazione sono il medico curante dell'anziano, l'assistente sociale competente per territorio a seguire quella situazione ove necessario, l'infermiere o altro operatore che sarà chiamato ad intervenire in caso di assistenza domiciliare.

Questa scelta comporta che siano coinvolti nelle UVMD diverse migliaia di professionisti di varia estrazione, con ovvie difficoltà ad ottenere una

formazione omogenea all'utilizzo della metodologia e dello strumento.

Si è cercato di ovviare in parte a questa difficoltà con la messa a punto di uno strumento a supporto della valutazione multidimensionale costruito "su misura" (sia pure a partire da scale validate e di ampio utilizzo in ambito internazionale), scelto in modo da ottenere il migliore equilibrio fra completezza della valutazione e praticità di utilizzo.

D'altra parte la scelta operata consente anche importanti vantaggi:

1. non si separa il momento della valutazione da quello della presa in carico; questa opzione è particolarmente funzionale all'obiettivo di privilegiare l'assistenza domiciliare rispetto a quella residenziale. Ogni qualvolta infatti, anche in caso di valutazione originata da una richiesta di assistenza residenziale, in UVMD si verifica la possibilità di offrire un supporto assistenziale domiciliare alternativo alla residenzialità, o anche solo in grado di procrastinare questa scelta, si ha da parte dei professionisti la possibilità di intervenire direttamente (in casi di accettazione della proposta da parte della famiglia, ovviamente);

2. si rafforza l'integrazione fra le diverse figure che operano nel Distretto, e in particolare si rafforza il senso di appartenenza del MMG al Distretto (e viceversa); in definitiva, si ritiene che questa scelta sia stata determinante nel processo che sta portando il Distretto Socio-Sanitario del Veneto vicino a quanto previsto dal Dlgs. 229/99.

LO STRUMENTO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE: LA SCHEDA SVAMA

La scheda SVaMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane) è lo strumento utilizzato nella Regione Veneto a supporto del processo di valutazione multidimensionale. Ne è obbligatorio l'utilizzo per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati; al di fuori di questo obbligo, il suo utilizzo si sta estendendo ad un ventaglio sempre più ampio di situazioni socio-sanitarie complesse. Va precisato che SVAMA non è un "sistema esperto", in

grado di orientare di per sé la scelta del percorso assistenziale più idoneo, ma piuttosto semplicemente uno strumento atto a facilitare il lavoro multidisciplinare e la valutazione multidimensionale, mentre la responsabilità della costruzione del percorso assistenziale personalizzato resta pienamente in carico ai professionisti che seguono il caso e si riuniscono nel momento della riunione UVMD.

Questa scheda è centrata sul concetto di "profilo di autonomia", che sviluppa e supera la precedente distinzione fra auto e non autosufficienti. Con la sperimentazione, effettuata su più di 2.000 casi rappresentativi di tutto il Veneto, è stato possibile individuare 16 profili di autonomia.

Abbiamo già visto che la valutazione multidimensionale e multiprofessionale rappresenta una tappa fondamentale nel processo di presa in carico della persona in stato di bisogno socio-sanitario, necessaria sia per l'elaborazione e la verifica del progetto assistenziale individualizzato, che per la programmazione e gestione della rete dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati.

Le finalità della scheda SVaMA quindi includono:

- fornire uno strumento per la valutazione multidimensionale e multiprofessionale dell'autonomia funzionale dell'anziano che consenta all'UVMD di elaborare il migliore progetto assistenziale individualizzato per il singolo, in relazione alle offerte disponibili nella rete locale dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati;
- facilitare la comunicazione tra le UVMD, i servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati della rete locale e fra i singoli operatori socio-sanitari, fornendo uno strumento di base unico per tutta la Regione Veneto, integrabile comunque con altri strumenti di valutazione funzionale a seconda delle esigenze dei singoli casi e degli stili di lavoro dei diversi professionisti coinvolti;
- contribuire alla programmazione della rete dei servizi sia a livello regionale che locale, di ULSS o di Distretto, anche attraverso una definizione del carico assistenziale associato ai diversi profili di autonomia funzionale degli anziani e delle attività sanitarie e di rilievo sanitario oggetto di

contributo regionale;

- migliorare l'organizzazione e la gestione dei singoli servizi della rete locale, anche attraverso un'organizzazione delle strutture residenziali e semiresidenziali divise per nuclei che ospitano anziani con problematiche analoghe, o comunque compatibili, contribuendo così all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili.

Per soddisfare queste finalità lo strumento di valutazione deve essere: validato e sensibile; sufficientemente semplice e rapido; utilizzabile dai professionisti che operano nell'UVMD e per l'UVMD; multidimensionale; informatizzabile e fruibile da tutti i Servizi.

La sperimentazione

La sperimentazione di SVaMA condotta nel 1998-1999 da parte della Regione Veneto ha prodotto importanti risultati. Ha permesso di validare lo strumento, verificandone la praticabilità in ambiti organizzativi e tipologie di servizio differenti, l'adattabilità alle differenti condizioni socio-sanitarie dei potenziali soggetti valutabili e la possibilità di utilizzo dello strumento da parte di operatori e professionalità differenti. È giunta a definire una serie di profili di autonomia, verificando il sistema di at-

tribuzione di punteggi dello strumento e attribuendo i cut-off fra i differenti livelli di valutazione. Ha verificato l'aggregabilità dei profili di autonomia, individuati sulla base dei risultati forniti dallo strumento, in un numero limitato di "tipologie" omogenee per carico assistenziale e conseguentemente per costo dell'assistenza. Ha permesso di verificare la capacità dello strumento di operare un miglioramento nell'operatività delle UVMD.

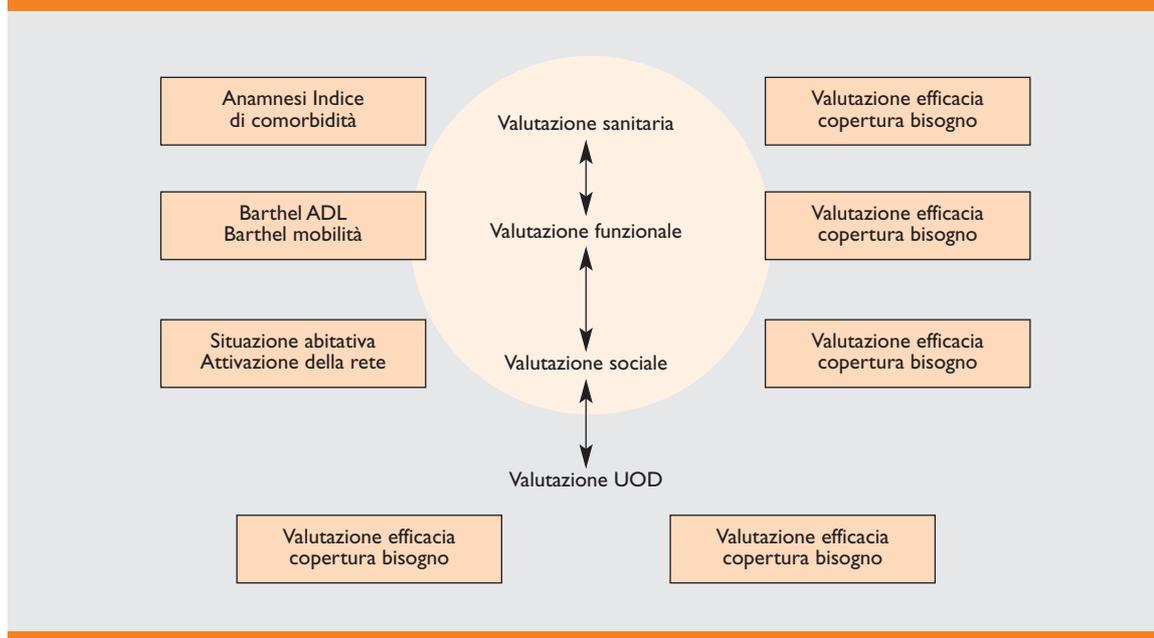
In alcune ULSS del Veneto, SVaMA è stata successivamente integrata con la definizione di quadri sinottici mediante i quali ad ogni paziente, definito da SVaMA con un profilo di autonomia, viene attribuito un punteggio di priorità da utilizzare quando la domanda di un servizio supera l'offerta di quello stesso servizio.

Descrizione

La SvaMA comprende cinque dimensioni (o assi), ritenute indispensabili in ciascuna valutazione:

1. situazione clinica
2. situazione cognitiva
3. situazione funzionale (con l'esclusione della mobilità)
4. mobilità
5. situazione sociale

FIGURA 3 - Struttura di SVAMA



Come evidenziato, SVaMA prevede un approccio multiprofessionale nella valutazione dell'anziano, dove la sezione sanitaria è compilata dal Medico di Medicina Generale o comunque dal medico curante, la parte sociale è compilata dall'assistente sociale, mentre le altre sezioni sono compilate da operatori sanitari del Distretto. Le singole sezioni sono completate separatamente dai diversi professionisti coinvolti, mentre la definizione del profilo di autonomia dell'anziano e l'elaborazione del progetto assistenziale individualizzato sono realizzate congiuntamente dai diversi professionisti in sede di UVMD.

SVaMA è costruita con l'aggregazione di più scale di valutazione idonee ad analizzare il bisogno; ove possibile sono state utilizzate scale di valutazione già validate e ampiamente utilizzate in ambito internazionale:

- per la valutazione della mobilità e le attività di base della vita quotidiana viene utilizzata la scala di Barthel;
- per quanto riguarda l'analisi delle funzioni cognitive si utilizza lo Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) che è una versione abbreviata del Mini Mental State Examination (MMSE);
- per valutare i bisogni sociali e i bisogni sanitari si sono creati invece degli strumenti ad hoc.

Lo strumento valutativo SVaMA è materialmente costituito da una copertina-cartella che, oltre ai dati anagrafici, è strutturata per contenere la sintesi valutativa prodotta dai singoli operatori, la definizione del "profilo di autonomia" e il progetto assistenziale (Fig. 3).

La copertina contiene tre schede per la valutazione monoprofessionale così distinte:

- la scheda per la valutazione sanitaria, dove vengono raccolte informazioni relative all'anamnesi, al fabbisogno di assistenza medico-infermieristica, al sensorio e alla capacità di comunicazione, nonché una codifica delle principali patologie causa di disabilità;
- la scheda per la valutazione funzionale con le scale per la rilevazione delle attività della vita

quotidiana (ADL – Activities of Daily Living), la mobilità e lo stato mentale, il rischio di piaghe da decubito;

- la scheda sociale per la raccolta dei dati relativi alla rete sociale.

Operativamente, dopo che la domanda è stata presentata al Responsabile della UVMD, questi individua i singoli professionisti competenti per il caso e comunque il medico curante e l'assistente sociale, per effettuare le singole valutazioni monodimensionali. Successivamente, nel momento della riunione della UVMD, sulla scorta delle informazioni acquisite con la valutazione multidimensionale e dell'esperienza (conoscenza diretta del caso) degli operatori necessariamente presenti (valutazione multiprofessionale), si definisce un progetto operativo specifico e contestualizzato per la reale presa in carico della persona anziana in rapporto alle risorse presenti in quello specifico territorio. La descrizione del bisogno dell'anziano e il progetto vengono riassunti e verbalizzati nella "copertina" di SVaMA.

IL PROFILO DI AUTONOMIA

La valutazione multidimensionale prodotta con SVaMA permette la definizione di un "profilo di autonomia". In generale il concetto di "profilo" è facilmente intuibile; applicato all'attuale esperienza, ha un significato del tutto specifico che può essere più facilmente compreso utilizzando un esempio.

Si consideri il "profilo fisico". Questo potrebbe essere definito prendendo in considerazione alcuni parametri, o assi, quali il sesso, l'altezza, il colore dei capelli, il peso-tipo di costituzione. Se ciascun asse offre più di una scelta (es. capelli biondi, rossi, neri; altezza elevata, standard, bassa; ecc.), le combinazioni possibili, anche utilizzando solo 4 assi, sono numerose. Scegliendo tra le opzioni proposte si potrebbe quindi costruire un profilo utilizzando, ad esempio, le caratteristiche: capelli biondi, alta, sesso femminile, magra. Il risultato ottenuto descriverebbe un "profilo" facilmente riconoscibile. Con opzioni diverse, all'interno de-

gli stessi assi o parametri, si può ottenere un profilo totalmente diverso: capelli neri, basso, sesso maschile, obeso.

Con la stessa impostazione logica dell'esempio appena considerato, ma modificando gli assi o parametri di riferimento, è possibile costruire il "profilo di autonomia". Questo sintetizza i determinanti della disabilità e definisce il bisogno assistenziale; profili diversi possono essere associati, secondo una logica economica, in gruppi di costo omogeneo. I 4 assi ritenuti necessari per la costruzione del "profilo di autonomia" sono costituiti da: lo stato cognitivo, le ADL, cioè le attività di base della vita quotidiana, la mobilità e infine la necessità di cure sanitarie (infermieristiche o riabilitative).

Un quinto elemento essenziale per arrivare ad una completa definizione dell'anziano è il contesto sociale ove questi è inserito; è evidente infatti che, a parità di "profilo di autonomia", un contesto più o meno favorevole può rendere incapace di vita autonoma alcuni soggetti e non altri.

I profili derivanti dalla combinazione di questi assi possono essere molteplici. Per esempio la persona che ha una mobilità normale, un medio grado di dipendenza nelle attività di base della vita

quotidiana, un grave deterioramento cognitivo e non ha particolari bisogni di assistenza infermieristica o riabilitativa, si può definire un soggetto "demente deambulante". Altro esempio potrebbe essere quello di un soggetto affetto da un grave deficit di mobilità, una grave dipendenza nelle attività di base e nella vita quotidiana, con una normale situazione cognitiva e un medio-alto bisogno di assistenza infermieristica (si pensi per esempio ad un anziano allettato con piaghe da decubito), che può essere sinteticamente descritto come "allettato, lucido".

Altri profili possono essere costruiti da diverse combinazioni dei singoli assi. Nel corso della sperimentazione condotta per validare la scheda, sono stati valutati dalla UVMD con questo strumento 446 anziani consecutivamente presentati per la valutazione in 6 diverse ULSS, di cui il 24% maschi (età media di 75 anni) e il 76% femmine (età media 77 anni). Gli anziani sono stati suddivisi in 17 profili (profili della non autosufficienza) sulla base dei 4 parametri di valutazione multidimensionale sopra descritti (aggregati mediante cluster analysis gerarchica – metodo dei centroidi).

La suddivisione dei pazienti, con le frequenze relative osservate, viene riportata nella tabella 1.

TABELLA 1 - I profili di autonomia identificati con la scheda SVaMA e distribuzione percentuale dei casi osservati in corso di sperimentazione

Profilo	Casi osservati in UVMD
1. Lucido, autonomo	12,6
2. Lucido, in parte dipendente	4,0
3. Lucido deambulante assistito	
4. Lucido, non deambulante ma autonomo	5,6
5. Lucido, gravemente dipendente	9,0
6. Confuso, deambulante, autonomo	7,2
7. Confuso, deambulante	6,5
8. Confuso, deambulante assistito	15,9
9. Confuso allettato	6,5
10. Combinazioni solo teoriche	
11. Confuso o stuporoso, totalmente dipendente	19,5
12. Lucido, con elevata necessità di cure sanitarie	
13. Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie	2,5
14. Lucido allettato, con elevata necessità di cure sanitarie	2,0
15. Confuso o dipendente con elevata necessità di cure sanitarie	4,7
16. Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	2,5
17. Problemi comportamentali, dipendente	1,6
TOTALE	100,0

In conclusione, l'impianto del modello Veneto per l'assistenza all'anziano in condizione di fragilità appare fondato su un impianto normativo complessivamente coerente, rispetto al quale la stessa ampiezza delle azioni impostate richiede di perseguire una costante attenzione alla qualità del momento valutativo, vero snodo centrale del sistema.

Le prospettive a breve termine, oltre che allo sviluppo di metodiche proprie del miglioramento continuo della qualità, appaiono volte prioritariamente a:

- implementare sistemi informativi sull'assistenza

domiciliare, semiresidenziale e residenziale fedeli ai principi del nuovo sistema informativo sanitario, caratterizzato in primis dall'aggregazione delle informazioni intorno al singolo utente;

- intervenire sulle modalità di finanziamento delle cure domiciliari di tipo sociale, rafforzando il coordinamento fra tutti gli interventi a sostegno delle famiglie (è recentissima l'istituzione di un fondo unico per la domiciliarità);
- rafforzare il ruolo del medico di cure primarie, anche mediante lo sviluppo di forme associative, comprese le più innovative ("equipe territoriali").

Regione Piemonte

IL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO PER LE CURE DOMICILIARI

112

i Supplementi di **monitor**

a cura di Franca Lovaldi

Direzione Programmazione Sanitaria – Regione Piemonte

a cura di Maurizio Salvini

Direzione Programmazione Sanitaria – Regione Piemonte

a cura di Cinzia Mengani

Cure Domiciliari – ASL 2 Torino

Negli ultimi anni diversi fattori, demografici, nosologici, etici e non ultimo economici, hanno condotto allo sviluppo delle cure domiciliari. Nello specifico della realtà piemontese le cure domiciliari appaiono frammentate in molteplici servizi, sanitari e sociali, territoriali e ospedalieri, spesso non collegati tra loro e presenti in maniera non omogenea nel territorio.

La LR 61/97 (di approvazione del Piano Sanitario regionale vigente) stabiliva, come obiettivo della programmazione sanitaria regionale, il superamento della frammentazione degli interventi domiciliari (SAD – ADI – SID) attraverso la creazione di un unico Servizio di Cure Domiciliari che, indipendentemente dalle condizioni di bisogno sanitario o socio-assistenziale, nell'ambito di un definito progetto individualizzato e assistenziale, conferiva centralità alla persona malata e alla sua famiglia. A questo scopo veniva attivata una Commissione Regionale Cure Domiciliari, con il mandato di formulare un modello organizzativo per l'erogazione delle Cure Domiciliari, integrato tra servizi sociali e servizi sanitari territoriali e ospedalieri.

LE LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE

La Commissione Regionale provvedeva ad elab-

borare un documento di proposta di linee guida regionali per un nuovo modello integrato del servizio di cure domiciliari, che veniva approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 41-5952 del 7 maggio 2002 “*Linee guida per l’attivazione del Servizio di Cure Domiciliari nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte*”.

Tale modello pone al centro del processo assistenziale la persona malata e la sua famiglia. Chiave di volta del processo assistenziale nel nuovo modello è l’integrazione socio-sanitaria, attraverso la quale gli operatori sanitari e sociali, attraverso l’utilizzo di strumenti specifici di valutazione, concordano e mettono in atto un piano di assistenza individualizzato. Attraverso questo strumento si realizza l’appropriatezza degli interventi, la continuità nelle cure, il supporto alla famiglia, l’ampliamento e il rafforzamento della rete integrata dei servizi, familiare e del volontariato, la formazione e la valorizzazione delle figure professionali coinvolte.

Questo modo di “pensare” l’assistenza introduce nelle Cure Domiciliari il concetto di “contratto terapeutico assistenziale”, quale sorta di “alleanza terapeutica” tra gli operatori, la persona malata e la famiglia, che consente, tra l’altro, attraverso la

trasmissione ai familiari di alcune semplici, ma importanti competenze, di rassicurarli e di aiutarli (e indirettamente aiutare gli operatori sanitari) ad assistere la persona a casa nel modo più appropriato.

I punti chiave delle linee guida sono:

- famiglia e care giver;
- codici colore;
- centrale operativa;
- unità periferiche di erogazione;
- carichi di lavoro.

Famiglia e care giver

Il termine *care giver* si riferisce a colui che si prende cura direttamente della persona che necessita delle Cure Domiciliari. È un ruolo centrale assunto per lo più da un parente (convivente o non) oppure da un conoscente, amico, vicino di casa, o da un volontario di associazioni specifiche o di gruppi parrocchiali e di quartiere.

Il lavoro di cura è fortemente influenzato dalle caratteristiche culturali e di consapevolezza dei diversi nuclei familiari.

L'assenza di un disponibile e capace *care giver* è l'ostacolo principale all'erogazione di servizi a domicilio; pertanto a volte è necessario il ricorso ad un care giver di tipo formale, cioè personale remunerato per lo svolgimento di tale funzione.

Codici colore

Il modello di assistenza a domicilio proposto prevede che vengano erogati livelli diversi di intensità di cure sanitarie e sociali in relazione alla complessità dei bisogni assistenziali espressi dalle persone.

I livelli sono individuati grazie ad una valutazione multidimensionale e multidisciplinare condotta attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati, finalizzati ad esaminare in modo omogeneo le specifiche aree funzionali e ad identificare i bisogni assistenziali sanitari e sociali della persona.

Gli strumenti della valutazione sanitaria sono:

- Le scale di valutazione IADL, ADL, CIRS (*Cu-*

mulative Illness Rating Scale); l'indice di valutazione dei Disturbi Cognitivi e Comportamentali (DISCO); il *Karnofsky Performance Status*.

Gli strumenti della valutazione sociale sono:

- La scheda di valutazione della condizione familiare, economica e abitativa.

L'applicazione degli strumenti su indicati permette di identificare un livello di intensità di cure sanitarie (codice sanitario), modulato sui bisogni sanitari e un livello di intensità di cure sociali (codice sociale), modulato sui bisogni sociali.

A ciascun codice, sanitario e sociale, viene attribuito un "colore": verde, giallo e rosso.

Centrale Operativa

La Centrale Operativa è uno dei punti nodali dell'integrazione socio-sanitaria, in quanto vi giunge tutta la domanda di assistenza domiciliare emergente (comprese le dimissioni protette) e si collega con Enti e servizi (ospedali e consorzi).

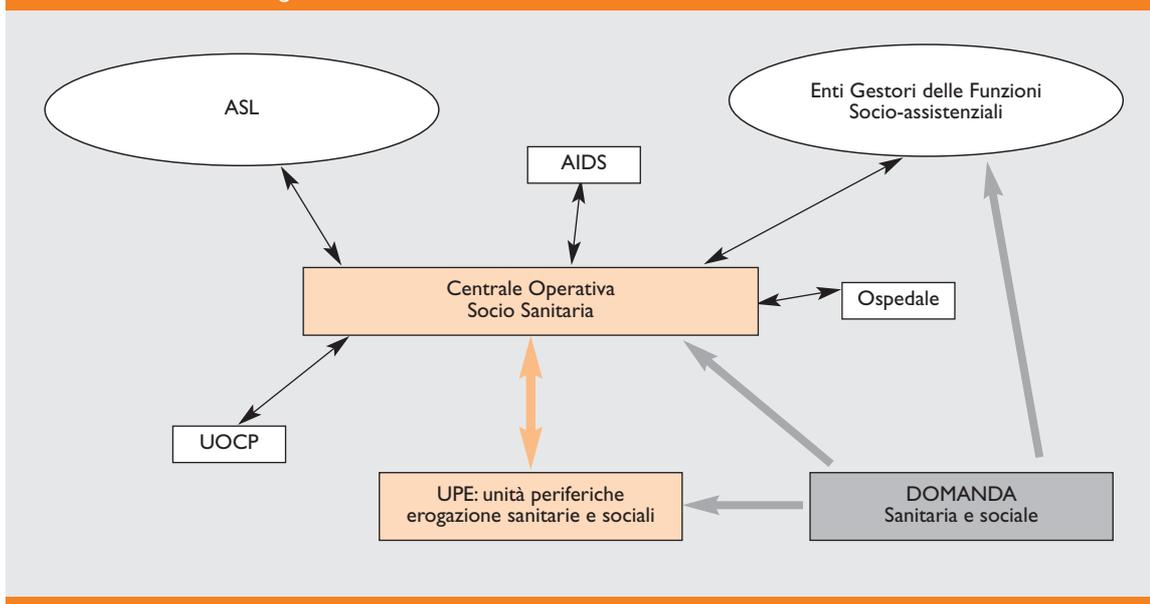
In essa operatori sanitari e socio-assistenziali, congiuntamente, valutano le richieste e attivano, in base ai codici colore, i percorsi sanitari e socio-assistenziali appropriati attraverso le unità periferiche di erogazione (Fig. 1 pag. 114).

Unità periferiche di erogazione

Sono i gruppi operativi territoriali che si occupano del paziente. I compiti previsti sono:

- erogare il servizio in base a protocolli operativi;
- concordare il piano assistenziale con le figure di competenza e con la famiglia dandone comunque comunicazione al medico curante ove non già direttamente coinvolto;
- effettuare la pianificazione giornaliera delle risorse e degli interventi, in base alle richieste pervenute;
- mantenere l'archivio cartaceo dei diari clinici domiciliari e delle cartelle infermieristiche;
- trasmettere i dati di attività alla centrale operativa;
- essere attivi 12 ore al giorno (compresi festivi e prefestivi).

FIGURA 1 - Il modello organizzativo



I carichi di lavoro

Inoltre la deliberazione ipotizza una definizione dei carichi di lavoro attraverso una scomposizione del lavoro degli operatori in quattro tempi:

- Tempo F (“For” time): preparazione all’intervento;
- Tempo G (“Go” time): tempo impiegato nello spostamento dalla sede al domicilio;
- Tempo H (“House” time): tempo dedicato all’assistenza a domicilio;
- Tempo I (“In” time): tempo dedicato agli incontri di programmazione, coordinamento, or-

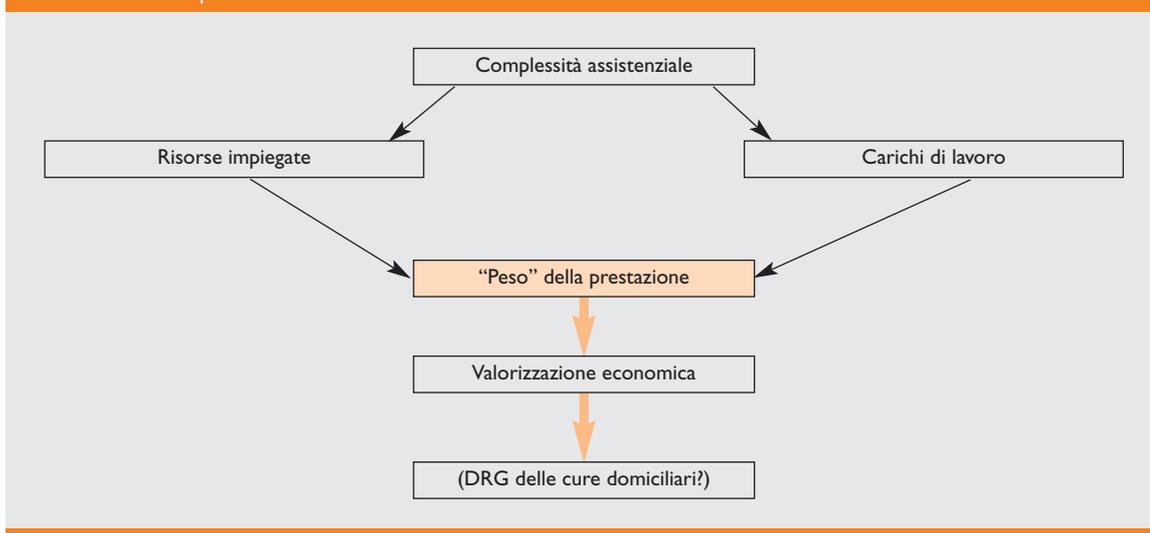
ganizzazione, formazione, informazione, passaggio di consegne;

- Tempo di presa in carico in funzione del codice colore (20, 40, 60 minuti a cui corrispondono rispettivamente i colori verde, giallo e rosso).

LA PESATURA DEI CASI DI CURE DOMICILIARI

Strada facendo è emerso che il codice colore non consentiva pienamente di valutare la complessità assistenziale, in quanto ogni caso è a sé stante, e non sempre vi è una corrispondenza diretta tra

FIGURA 2 - Complessità assistenziale



compromissione dell'autosufficienza e bisogno assistenziale. Si è quindi pensato di ragionare in termini di pesatura dei casi, utilizzando la valorizzazione delle prestazioni professionali (tempi) presente nelle linee guida (Fig. 2).

La DGR n. 62-9692 del 16.06.2003 ha così definito:

- un modello per l'attribuzione di un peso ai casi di cure domiciliari correlato al consumo di risorse impiegate;
- l'istituzione di una Scheda di Dimissione Domiciliare (SDD) in analogia alla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Per arrivare a "pesare" si è partiti dal concetto che misurare l'attività domiciliare in termini di prestazioni erogate (medicazioni, cateterismi, terapia infusione ecc.) fosse molto riduttivo. A casa si eroga sì una prestazione, ma si dedica molto tempo anche alla valutazione delle condizioni in cui vive il malato, al sostegno e all'addestramento della famiglia e del *care giver*. Quindi l'unità di riferimento per misurare l'attività svolta è stato il "tempo", suddiviso in tempo *go* (accesso), che è variabile di volta in volta, e il tempo *house*, che è variabile in funzione delle condizioni del malato e della possibilità di addestramento dei familiari all'effettuazione di prestazioni.

A questa variabile, il "tempo", sono state aggiunte altre prestazioni, che hanno un peso determinato essendo riconducibili ad una tariffa:

- gli accessi del medico di medicina generale e degli specialisti;
- i trasporti in ambulanza;
- le prestazioni di assistenza tutelare alla persona.

Si è scelto di non misurare in questa fase il consumo di farmaci e presidi (materiale di medicazione, cateteri ecc.) e la protesica (materassino antidecubito, letto ortopedico, carrozzina ecc.), in quanto trattasi di prestazioni che comunque sarebbero erogate indipendentemente dal fatto di essere in assistenza domiciliare.

Sempre la Deliberazione del giugno 2003 definisce una unità economica pari ad Euro 23,24 alla quale tutte le prestazioni si riferiscono come

multipli o frazioni di essa.

Si è altresì definito "il caso medio":

- durata 4 settimane;
- 2 accessi settimanali del MMG più l'apertura del caso;
- 5 ore e 10 minuti alla settimana di infermiere e/o fisioterapista (stesso valore economico del tempo);
- un accesso dello specialista;
- un trasporto in ambulanza;
- 5 ore settimanali di ADEST;
- 21 minuti alla settimana di assistente sociale.

Questo caso assorbe 51,6 unità economiche ed è considerato come standard di riferimento pari ad 1, tutti i casi prodotti vengono rapportati a questo valore unitario.

I calcoli possono essere effettuati attraverso la compilazione di un modello in excel, allegato alla suddetta DGR e introdotti nella SDD.

L'ESTENSIONE DELLA PESATURA AD ALTRE TIPOLOGIE DI CURA DOMICILIARE

Con un successivo provvedimento – DGR 55-13238 del 3 agosto 2004 – la pesatura è stata estesa ai casi di Lungoassistenza (previsti dagli accordi sull'integrazione socio-sanitaria) e alle Cure Palliative in integrazione con le Cure Domiciliari.

Il modello regionale piemontese per le Cure Palliative prevede che l'UOCP (Unità Operativa Cure Palliative) abbia due livelli di intervento:

- l'Ospedalizzazione a Domicilio, per i casi più complessi con responsabilità clinica del medico ospedaliero (e tariffazione tramite DRG);
- l'ADI in integrazione con l'UOCP, in cui vi è la responsabilità clinica del medico di medicina generale e il supporto dell'UOCP. Con quest'ultima viene stabilito il piano assistenziale in modo tale che, tramite l'integrazione tra i due servizi, venga data la massima copertura oraria.

In applicazione di ciò è stata individuata una nuova tipologia di cure domiciliari ADI+UOCP, nella quale vengono misurate tutte le risorse messe a disposizione dai due settori. Viene poi rendicontata e valorizzata ai fini economici l'attività

domiciliare dell'UOCP in giornate di effettiva assistenza.

IL PROGRAMMA SAO ADI – STRUMENTO PER IL CALCOLO DEL PESO

A novembre 2003 la Direzione Programmazione Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità ha richiesto alle Aziende Sanitarie Locali di comunicare se le stesse avessero provveduto ad informatizzare il calcolo del peso di ogni caso in carico al servizio cure domiciliari, al fine di poter inserire tali dati nei flussi informatizzati regionali. A seguito di tale richiesta, l'Azienda Sanitaria 2 di Torino comunicava di avere predisposto, in collaborazione con un consulente informatico, un programma applicativo in grado di rispondere alle necessità informative regionali, segnalando contestualmente la propria disponibilità ad offrire gratuitamente in comodato d'uso il software alle altre Aziende Sanitarie Locali e alla Regione stessa.

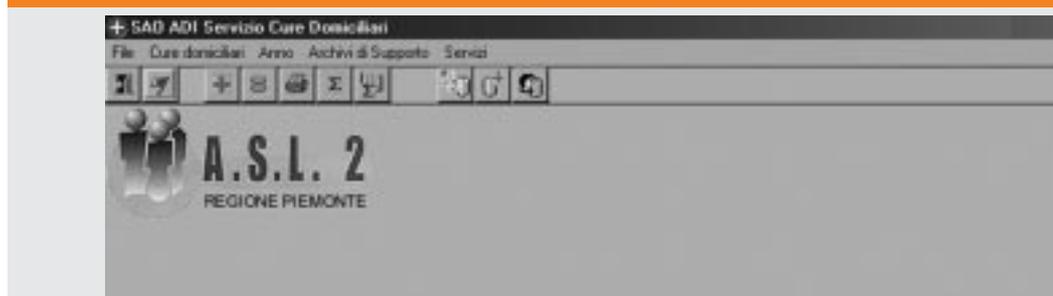
La Regione, valutate le caratteristiche del programma decide di accettare l'offerta, in quanto si tratta di uno strumento, nello stesso tempo, semplice ed efficace per la gestione, l'attribuzione del peso e la consuntivazione dei casi, oltre che costituire contestualmente una base dati da cui elaborare le informazioni per i Piani di Attività Aziendali.

A maggio 2004 il programma viene presentato alle Aziende Sanitarie Locali regionali e adottato da 20 Aziende su 22. La ASL 2, per conto della Regione, ha provveduto a formare tra giugno e luglio 90 operatori di queste Aziende all'utilizzo del programma.

Il programma è stato successivamente implementato in applicazione della DGR 55-13238 del 3 agosto 2004, che ha introdotto i casi di Lungoassistenza previsti dagli accordi sull'integrazione socio-sanitaria e le Cure Palliative.

Il programma si propone come strumento sem-

FIGURA 3 - Il programma SAO-ADI



plice, ma integrato nelle proprie componenti, al fine di informatizzare i processi elaborativi legati alla gestione della scheda di "Assistenza Domiciliare" (Fig. 3).

Il suo obiettivo è di agevolare le attività legate alla gestione, attribuzione del peso e consuntivazione dei "Casi di Cure Domiciliari" e, contestualmente, costruire una base dati, la quale possa sia essere fonte per controlli, ricerche e statistiche nell'immediato, sia alimentare nel futuro sistemi più completi per le medesime funzioni.

L'oggetto base del sistema informatizzato è il "Diario clinico di Cure Domiciliari", che si articola nelle seguenti aree funzionali:

- Intestazione
- Assistito
- Cartella
- Prestazioni
- MMG
- Esterni
- Spec. ADI
- Protesica
- Sospensioni
- Accessi
- Note

Intestazione. In questa videata viene proposto automaticamente dal programma l'anno di riferimento, si sceglie la tipologia di cura e il nume-

ro progressivo di cartella che può anche essere generato in automatico. Si inserisce il nominativo del paziente che viene ricercato nell'anagrafe sanitaria. Viene proposto il medico di medicina generale, sempre rilevato dall'anagrafe sanitaria, che

può essere modificato.

Assistito: in questa videata sono visualizzati i dati anagrafici del paziente e si inseriscono i motivi principali di attivazione della cartella (Fig. 4).

Cartella: in questa videata si inseriscono la data

FIGURA 4 - Programma SAO-ADI - Assistito



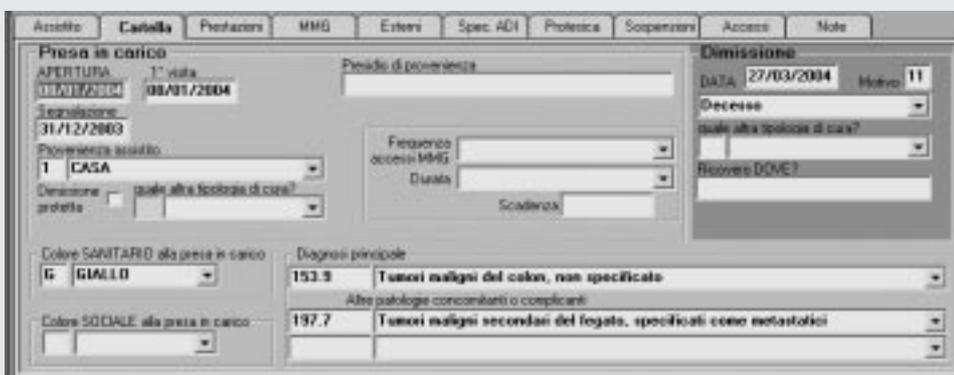
di apertura e la data di segnalazione, attraverso le quali è possibile monitorare i tempi di attesa, la provenienza dell'assistito con l'indicazione dell'eventuale presidio ospedaliero, il colore sanitario e sociale e le diagnosi. A tale scopo vi è in linea sia un estratto dalla tabella ICD IX CM, con le diagnosi più frequenti scelte dall'utente, sia la tabella ICD IX CM completa (Fig. 5).

È poi possibile inserire la frequenza degli accessi

concordata con il MMG, la durata presunta del piano assistenziale dalla quale il programma calcola in automatico la scadenza, che può essere modificata. In questo modo è possibile conoscere la previsione dei casi in chiusura in un determinato periodo. Inoltre, sempre nella videata Cartella, si registra la dimissione, indicandone la data, la motivazione, l'eventuale struttura di ricovero.

Prestazioni: in questa videata si caricano mensil-

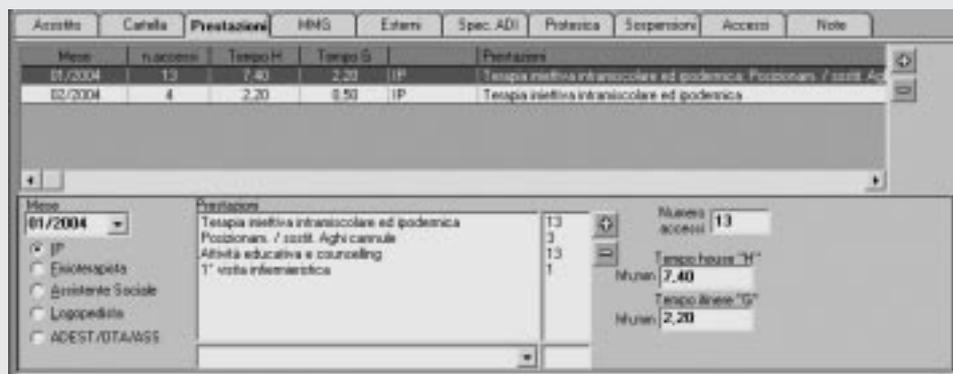
FIGURA 5 - Programma SAO-ADI - Cartella



mente le prestazioni svolte dagli Infermieri professionali, dai Fisioterapisti, dai Logopedisti, dall'Assistente sociale, dal personale ADEST/OTA/OSS con il relativo numero di accessi, i tipi di prestazioni e i

tempi *go* e *house*. La rilevazione è mensile in quanto deriva dalla DGR 62-9692 del 16.6.03 (Fig. 6). **MMG**: in questa videata si carica la rilevazione mensile delle attività del Medico di Medicina Ge-

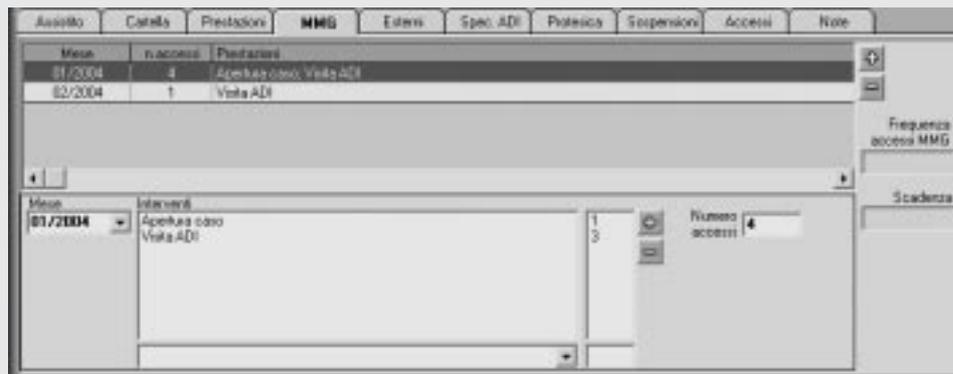
FIGURA 6 - Programma SAO-ADI. Prestazioni



nerale (MMG), con il relativo numero di accessi e la tipologia di intervento (Fig. 7).

Seguono le aree funzionali:
Esterni: consente l'inserimento degli accessi ester-

FIGURA 7 - Programma SAO-ADI. MMG



ni e dei conseguenti trasporti in ambulanza, indicandone la data, la sede dove questa viene svolta e la tipologia (es. accertamenti diagnostici, ricovero in Day Hospital, chemioterapia ecc). In questo modo è possibile avere dati di sintesi sull'attività del Servizio, monitorando le prestazioni e le sedi alle quali vengono inviati i pazienti.

Spec. ADI: consente l'inserimento delle visite specialistiche, indicandone la data di richiesta, la data della visita, la specialità e la tipologia (ospedaliera o ambulatoriale). Attraverso questi dati è possibile sapere quali sono le specialità più fre-

quentemente erogate a domicilio e i relativi tempi di attesa, sia relativi a specialisti ambulatoriali che medici ospedalieri.

Protesica: consente la rilevazione delle forniture di protesica o ausili, indicandone la data di richiesta, la data di consegna e la tipologia del presidio o dell'ausilio.

Sospensione: consente la rilevazione dei periodi di sospensione dell'assistenza, per ricovero di breve durata, per cambio temporaneo di abitazione del paziente ecc., ai fini del conteggio esatto delle giornate di degenza.

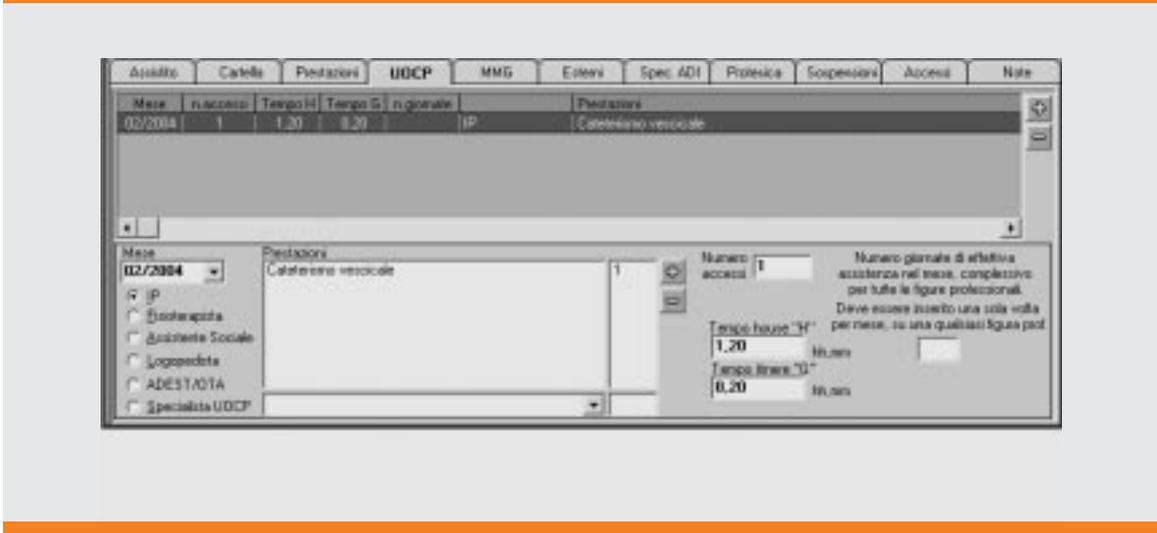
Note: fornisce la possibilità di inserire annotazioni, con evidenziazione automatica.

Per le schede con Tipologia di cura ADI+UOCP, è prevista una videata specifica per la rilevazione mensile delle prestazioni svolte dal personale specifico dell'UOCP: Infermieri professionali, Fi-

sioterapisti, Logopedisti, Assistenti sociali, personale ADEST/OTA/OSS, Specialisti (medico palliativista o altri) con il relativo numero di accessi, le prestazioni e i tempi *go* e *house* (Fig. 8).

Accessi: In questa videata sono visualizzati tutti i dati progressivamente inseriti: totale dei tempi H,

FIGURA 8 - Programma SAO-ADI. UOCP



G, F, numero di accessi. Al momento dell'inserimento della data di dimissione viene calcolata la durata. Premendo il tasto "Calcola peso" il programma gestionale calcola il peso, evidenziando automaticamente le Unità Economiche Sanitarie e Sociali consumate. La funzione "calcolo del peso"

può essere attivata in qualsiasi momento, a cartella aperta, e consente di valutare le risorse consumate fino a quel momento. In tal caso viene evidenziata la data di effettuazione di tale calcolo (Fig. 9). Esistono inoltre le seguenti funzioni collegate al Diario Clinico di Assistenza Domiciliare:

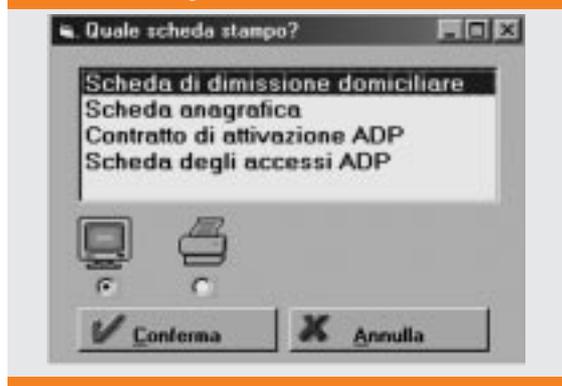
FIGURA 9 - Programma SAO-ADI. Accessi



- stampa della Scheda di dimissione domiciliare;
- stampa della Scheda anagrafica;
- stampa del Contratto di attivazione ADP;
- stampa Scheda degli accessi ADP.

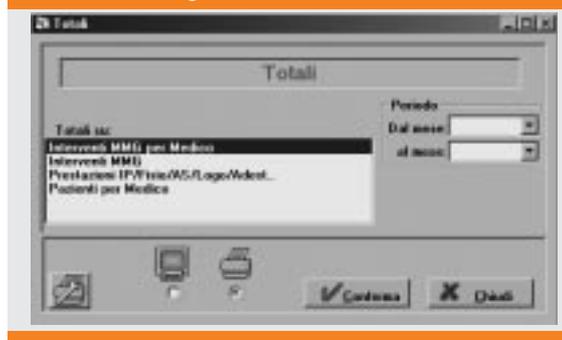
È inoltre possibile avere delle stampe relative ai totali degli interventi e/o delle prestazioni per varie figure pro-

FIGURA 10 - Programma SAO-ADI



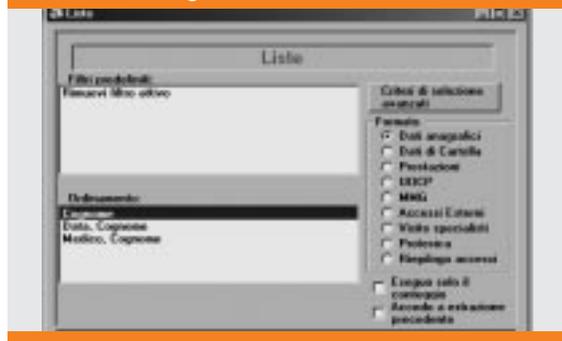
fessionali, anche secondo criteri specifici di selezione per qualsiasi campo inserito (es. per motivo di attivazione, per medico, per età ecc.) e periodo di riferimento. Stampe delle “Liste dei casi” gestiti tramite filtri personalizzati.

FIGURA 11 - Programma SAO-ADI



La funzione “Calcolo massivo Pesì” e “Accessi” consente il calcolo del peso di tutte le Schede

FIGURA 12 - Programma SAO-ADI



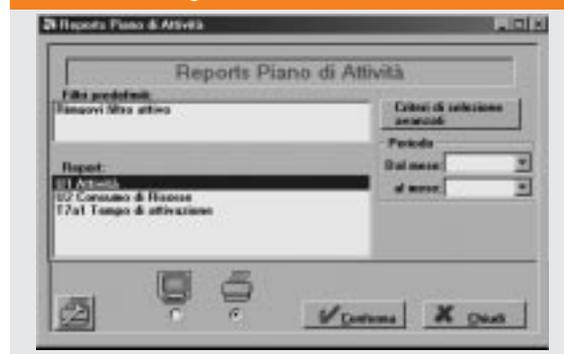
aperte o chiuse in un periodo prescelto. Reports per i “Piani di attività”. Il programma provvede ad effettuare le elaborazioni necessarie

FIGURA 13 - Programma SAO-ADI



a fornire i dati per i piani di attività regionale. Poiché è stato definito che i casi di Lungo Assistenza si chiudono convenzionalmente al 31 di-

FIGURA 14 - Programma SAO-ADI



cembre di ogni anno e si riaprono automaticamente al 1° gennaio dell’anno successivo, il programma tramite una specifica funzione provvede in automatico a tale adempimento.

Inoltre il programma prevede la gestione degli archivi di supporto e delle tabelle di controllo tramite:

FIGURA 15 - Programma SAO-ADI

