

AREA MONTANA

Gruppo di lavoro interzonale “Reti socio sanitarie”

Il gruppo di lavoro è composto da

- Alberto Deales
- Giuseppina Masotti
- Romeo Magnoni
- Piero Venanzoni
- Enrico Tassone
- Stefano Cordella
- Lamberto Pellegrini
- Valerio Valeriani
- Giacomo Piscini

Il Gruppo di lavoro prende in esame il profilo territoriale delle tre Zone Urbino (ATS 3,4,5 - Distretti di Cagli, Urbino, Macerata Feltria) Fabriano (ATS 10 - Distretto di Fabriano) Camerino (ATS 17,18 - Distretti di Camerino e San Severino).

Si evidenziano le specificità geomorfologiche e socio-demografiche dei territori delle tre Zone che presentano caratteristiche omogenee. I principali elementi sono la vasta estensione territoriale, i bassi valori di densità della popolazione residente, gli indici strutturali relativi alle fasce deboli con valori più accentuati rispetto alla media regionale e nazionale (dipendenza, dipendenza anziani, invecchiamento, rapporto ultra 85/ultra 65, ecc.), la presenza di centri di piccole dimensioni con insediamento sparso della popolazione, le difficoltà di comunicazione dovuta alle notevoli distanze dai centri di erogazione dei servizi, una viabilità difficile, la carenza di trasporti pubblici, la presenza di famiglie nucleari.

Tali caratteristiche incidono sulle modalità di erogazione dei servizi socio sanitari e sui loro costi di esercizio.

Si riportano di seguito alcune tabelle con i dati di inquadramento delle aree considerate:

DATI DEMOGRAFICI

Totale popolazione residente all'1/1/2008

	0-14 anni	15-64 anni			> 64 anni	Totale residenti
		Totale	15-24 anni	25-44 anni		
ATS 03	2.371	12.564	1.938	5.420	5.206	20.021
ATS 04	5.954	28.495	4.410	13.011	11.074	43.468
ATS 05	2.667	13.252	2.140	5.927	5.185	20.692
ATS 10	6.333	30.530	4.356	14.239	11.935	48.098
ATS 17	4.191	21.740	3.257	9.520	8.963	34.508
ATS 18	1.564	8.993	1.329	3.871	3.793	14.702
TOT. AREA MONTANA	23.080	115.574	17.430	51.988	46.156	181.489

Popolazione in età compresa tra 0 e 21 anni residente all'1/1/2008

	0-2 anni	3-5 anni	6-10 anni	11-13 anni	14-17 anni	0-17 anni	18-21 anni	Totale residenti
ATS 03	468	454	787	505	738	2.952	775	20.021
ATS 04	1.272	1.208	1.978	1.148	1.540	7.146	1.800	43.468
ATS 05	573	525	876	530	744	3.248	858	20.692
ATS 10	1.360	1.256	2.057	1.213	1.736	7.622	1.662	48.098
ATS 17	799	801	1.417	882	1.249	5.148	1.253	34.508
ATS 18	330	324	502	304	500	1.960	485	14.702
TOT. AREA MONTANA	4.802	4.568	7.617	4.582	6.507	28.076	6.833	181.489

Popolazione in età maggiore di 64 anni residente all'1/1/2008

	65-74 anni	75-84 anni	> 84 anni	> 64 anni	Totale residenti
ATS 03	2.338	1.986	762	5.086	20.021
ATS 04	4.206	3.549	1.264	9.019	43.468
ATS 05	2.134	1.966	673	4.773	20.692
ATS 10	5.108	4.375	1.752	11.235	48.098
ATS 17	3.996	3.274	1.307	8.577	34.508
ATS 18	1.791	1.644	710	4.145	14.702
TOT. AREA MONT.	19.573	16.794	6.468	42.835	181.489

Indici relativi alla popolazione anziana

	Dipendenza anziani	Dipendenza strutturale	Vecchiaia	Quarta Terza età
ATS 03	40,5	59,4	2,1	15,0
ATS 04	31,7	52,5	1,5	14,0
ATS 05	36,0	56,1	1,8	14,1
ATS 10	36,8	57,5	1,8	15,6
ATS 17	39,5	58,7	2,0	15,2
ATS 18	46,1	63,5	2,7	17,1
REGIONE	34,9	55,4	1,7	13,5

Dipendenza anziani (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Dipendenza strutturale (indice di): rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Vecchiaia (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Quarta/Terza età (indice di): rapporto tra popolazione di 85 anni e più e popolazione di 65 anni e più, moltiplicato per 100.

Popolazione in età maggiore di 64 anni - Confronto situazione all'1/1/2008 e situazione all'1/1/2003

	Incidenza % su totale residenti all'1/1/2008				Incidenza % su totale residenti all'1/1/2003				Delta % ultimi 5 anni (1/1/2008-1/1/2003)			
	65-74 anni	75-84 anni	> 84 anni	> 64 anni	65-74 anni	75-84 anni	> 84 anni	> 64 anni	65-74 anni	75-84 anni	> 84 anni	> 64 anni
ATS 03	11,7	9,9	3,8	25,4	12,3	9,9	3,1	25,4	- 5,2	0,1	22,3	0,2
ATS 04	9,7	8,2	2,9	20,7	10,5	8,0	2,5	21,0	- 3,7	6,2	23,4	3,3
ATS 05	10,3	9,5	3,3	23,1	11,9	9,2	2,9	24,0	- 9,2	8,0	17,0	0,6
ATS 10	10,6	9,1	3,6	23,4	11,4	9,0	3,3	23,6	- 2,7	5,4	15,4	2,9
ATS 17	11,6	9,5	3,8	24,9	12,0	9,4	3,4	24,8	- 2,0	2,8	12,3	1,8
ATS 18	12,2	11,2	4,8	28,2	13,1	11,8	4,2	29,1	- 5,6	- 3,6	15,8	- 1,7
REGIONE	11,0	8,4	3,0	22,5	11,4	8,0	2,6	22,0	1,7	9,4	20,5	6,8

Incidenza percentuale stranieri residenti su totale residenti- 1/1/2008

	0-17 anni	18-44 anni	45-64 anni	> 64 anni	Totale residenti
ATS 03	10,8	11,6	4,7	0,9	7,0
ATS 04	17,7	16,8	6,3	0,9	11,0
ATS 05	16,1	16,9	6,4	1,3	10,6
ATS 10	16,6	15,8	6,1	1,0	10,1
ATS 17	15,3	15,1	5,4	1,0	9,1
ATS 18	10,7	13,9	4,6	0,5	7,3
REGIONE	10,9	12,2	4,4	0,8	7,4

RETE dei SERVIZI

ZT6 Fabriano - Distretto Sanitario Unico di Fabriano - Ambito Territoriale 10

Riepilogo Interventi e Strutture per ATS al 31/12/2008

	Interventi								Strutture "sociali"					Strutture "sanitarie"			
	Informazione, orientamento	Servizio Sociale Professionale	Sostegno a minori e famiglia	Integrazione sociale	educativo-assist. inserim. lavorativo	Assistenza domiciliare	Supporto e Pronto intervento	Totale Interventi	Centri socio-ricreativi	Nidi e Centri per l'infanzia	Centri diurni	Strutture residenziali	Totale Strutture "sociali"	Centri diurni	Strutture residenziali	Totale Strutture "sanitarie"	Totale Interventi e Strutture
ATS 03	6	2	5	4	15	1	1	34	11	5	1	7	24		1	1	59
ATS 04	18	2	3	6	20	7	8	64	22	10	8	11	51	1	3	4	119
ATS 05	23	2	2	15	31	1	16	90	18	10	2	23	53	3	5	8	151
ATS 10	14	1	1		12	4	1	33	19	10	4	18	51	3	3	6	90
ATS 17	14	22	4	10	18	10	9	87	19	8	4	15	46	1	4	5	138
ATS 18	15	18	3	14	31	14	14	109	16	3	1	11	31	1		1	141
AREA MONT.	90	47	18	49	127	37	49	417	105	46	20	85	256	9	16	25	698

Strutture per Anziani al 31/12/2008- Posti autorizzati - ATS

NUMERO POSTI	centri diurni			strutture residenziali									
	centri diurni per anziani	centri diurni demenze	Totale centri diurni	comunità alloggio	case albergo	case di riposo	residenze protette			RSA	Totale strutt. residenziali	Totale strutture x non autosuff.	Strutture pubbliche e convenz. x non autosuff.
							Totale resid. protette	non convenzionate asur	pubbliche e convenzionate asur				
ATS 03			-			41	136	64	72		177	136	72
ATS 04	19		19			88	90	30	60	60	238	150	120
ATS 05	25	15	40	6		82	119	66	53	40	247	159	93
ATS 10	12		12		8	119	116	30	86		243	116	86
ATS 17	26		26			96	201	51	150	20	317	221	170
ATS 18			-			65	73	10	63		138	73	63

TOT. AREA MONT.	82	15	97	6	8	491	735	251	484	120	1.360	855	604
-----------------	----	----	----	---	---	-----	-----	-----	-----	-----	-------	-----	-----

Strutture per Disabili al 31/12/2008 - Posti autorizzati - ATS

NUMERO POSTI	centri diurni			strutture residenziali				
	centri diurni socio-educ- riabil	centri diurni per disabili	Totale centri diurni	comunità alloggio	comunità socio-educ- riabil	Residenze protette	RSA	Totale strutture residenziali
ATS 03	16		16					-
ATS 04	56		56		12			12
ATS 05	16	35	51	12	10	32		54
ATS 10	24	8	32		8		9	17
ATS 17	16		16					-
ATS 18	16		16					-
TOT. AREA MONT.	144	43	187	12	30	32	9	83

- Viene sviluppata l'analisi delle aree di lavoro in cui si esercita maggiormente l'integrazione socio sanitaria per verificare lo stato di attuazione, le criticità e alcune indicazioni al fine di sviluppare modelli omogenei di servizi.
In particolare vengono esaminate le seguenti tematiche in relazione all'offerta di servizi socio sanitaria delle tre aree interessate:
 - Rapporto ospedale-territorio
 - Dimissioni protette
 - Assistenza domiciliare integrata
 - Residenzialità extra ospedaliera
 - Continuità assistenziale
 - Punto Unico di Accesso: accesso ai servizi socio sanitari (strutture residenziali, servizi domiciliari)
 - Unità Valutativa Integrata
 - Protocollo d'intesa per integrazione delle figure sociali nell'UVD
 - UMEE/UMEAA disabilità
 - Equipe integrata minori
 - Malati terminali
 - Trasporti sanitari e/o sociali

L'analisi comparata della situazione e dei servizi presenti nelle tre Zone viene sviluppata al fine di sviluppare modelli condivisibili per l'intera area vasta montana.

Riguardo ai punti tematici individuati nella riunione di coordinamento ed avvio dei Gruppi interzonali quali obiettivi di lavoro assegnati al Gruppo "Reti socio sanitarie", si riporta la seguente analisi:

ACCESSO AL SERVIZIO: PUNTO UNICO ACCESSO INTEGRATO SOCIO SANITARIO

STATO DI FATTO

Il PUA è stato definito dal Piano Sanitario 2007-2009 come lo strumento per:

- garantire unitarietà di accesso per le prestazioni sanitarie, sociali, socio-sanitarie;

- garantire ascolto del cittadino per una opportuna e accurata decodifica della domanda;
- garantire attivazione del percorso a seconda delle necessità (bisogni semplici o complessi).

Sempre secondo il Piano Sanitario, il PUA dovrebbe svolgere sul territorio i seguenti compiti:

- decodifica della domanda;
- analisi del bisogno;
- definizione della complessità del bisogno;
- definizione dei percorsi di accompagnamento;
- avvio della prima istruttoria;
- invio del cittadino ai servizi di competenza.

Allo stato attuale nei territori interessati da questo gruppo di lavoro non risulta attivato alcun Punto Unico di Accesso avente le caratteristiche previste dal Piano Sanitario.

Sono invece presenti in diversi Distretti/Ambiti delle sperimentazioni e delle prassi che possono rappresentare dei prerequisiti per l'attivazione in futuro di un PUA strutturato.

In particolare:

- nel territorio di Fabriano e di Jesi si sta lavorando ad una procedura (che attualmente interessa direttamente i servizi sanitari e indirettamente quelli sociali) relativa alle dimissioni protette dall'ospedale e l'inserimento in strutture residenziali territoriali;
- nel territorio di Camerino, nell'ambito dell'attivazione dell'Unità Valutativa Integrata (UVI), è stata costituita la Segreteria delle Cure Domiciliari che svolge funzioni di carattere organizzativo ed amministrativo relative al sistema delle cure domiciliari/residenziali nella Zona Territoriale n. 10. In particolare la Segreteria si occupa di gestire le dimissioni protette, gli ingressi nelle strutture residenziali, nonché di gestire le domande ed i flussi informativi relativamente alle cure domiciliari, il tutto in stretto contatto con l'ATS;
- sempre a Camerino è stato realizzato un sistema informativo a disposizione di Ambito Sociale e Distretto Sanitario, che serve al monitoraggio dei servizi a più alta integrazione sociosanitaria;
- nel territorio di Urbino sono stati costituiti due presidi di continuità assistenziale medica all'interno di strutture del Distretto Sanitario gestiti dai Medici di Medicina Generale, che riescono a dare risposte sanitarie ed informative per buona parte della giornata;
- sempre nel territorio di Urbino è stata attivata la sperimentazione della Casa della Salute che fra i suoi obiettivi ha anche la costituzione di un punto di accettazione comune per tutti i servizi sociali e sanitari del territorio;
- in tutti i territori, infine, esistono schede di collegamento ospedale-territorio relative ai servizi infermieristici, protesistici e delle cure domiciliari.

INDICAZIONI

Dalla discussione svolta dai componenti del gruppo di lavoro sono emerse alcune indicazioni per orientare la strutturazione futura dei PUA sul territorio. In particolare:

- il PUA non deve essere previsto solo come un unico spazio fisico, ma anche come rete informativa e di orientamento avente come nodi diversi servizi già attivi (sportelli del Distretto Sanitario, dell'Ambito Sociale, dei Comuni, strutture dei MMG, farmacie, ecc.) capaci di dare le stesse indicazioni al cittadino qualunque sia il nodo interessato. Bisogna prevedere quindi una forte integrazione sociosanitaria e la creazione di modulistica e documentazione comuni fra i servizi. Tutto ciò è particolarmente importante nei territori montani in cui la popolazione è più dispersa e le distanze da percorrere sono maggiori;
- la creazione di gruppi di continuità assistenziale formati da MMG rappresenta un prerequisito importante per la creazione di un sistema di accesso integrato;
- è necessario prevedere la creazione di materiale informativo (guide, opuscoli, ecc.) comune fra i vari servizi (sia sociali che sanitari), in modo tale da dare ai cittadini delle informazioni corrette ed univoche;
- è necessario arrivare ad un sistema informativo integrato che possa rappresentare la piattaforma di lavoro dei vari servizi che operano sul territorio (Ambito Sociale, Distretto Sanitario, MMG, ecc.) al fine di poter monitorare continuamente l'andamento dei servizi, di

velocizzare le procedure e di facilitare l'accesso degli utenti.

UNITÀ VALUTATIVA INTEGRATA

STATO DI FATTO

In tutti i territori è in fase di costruzione e sperimentazione l'UVI unica con definizione di apposito regolamento operativo e accordo con i comuni, in cui individuare i Coordinatori di rete nelle varie di intervento (minori, disabili età adulta ed evolutiva, anziani)

Urbino e Fabriano stanno elaborando strumenti di valutazione per l'accesso nelle strutture residenziali

Necessità per tutti di implementare e qualificare i nuclei di base delle diverse UVI

INDICAZIONI

- Va revisionato, aggiornato e poi condiviso il modello in fase di attuazione a Fabriano
- L'UVI va legittimata e riconosciuta da parte delle varie istituzioni come organo/struttura competente per la funzione di governo della valutazione e della committenza nelle varie aree di intervento.
- Va incrementato il grado di discrezionalità dei componenti (mandato decisionale)
- Va rafforzato il ruolo del MMG/PIs
- Va sostenuta la famiglia e formata nella gestione della malattia cronica (family learning)
- Vanno informatizzate e gestite in modo trasparente le liste d'attesa.

UMEE – UMEA

STATO DI FATTO

Premesso che restano valide le indicazioni fatte per l'uvi, nei settori ad alta integrazione socio-sanitaria, risulta fondamentale conoscere l'investimento economico che i comuni intendono fare a lungo termine per dare attuazione ai progetti individuali

Auspicabile sarebbe un budget di ambito per la limitatezza delle risorse disponibili nei piccoli comuni montani

Criticità della presa in carico riabilitativa, per la carenza di terapisti dedicati, messi a disposizione dalla zona. Necessità di rivalutare il mandato degli istituti ex - art. 26.

INDICAZIONI

- stabilire degli standard di personale da dedicare alle equipe multidisciplinari, comprese quelle del privato convenzionato;
- Rivedere l'opportunità che viene data al privato nel gestire autonomamente competenze non riabilitative, ma istituzionali (per es. L'assistente sociale del s. Stefano stabilisce le ore di educativa che devono essere assegnate dal comune).
- Utilizzare le risorse investite nel privato limitatamente ad una riabilitazione complessa e più qualificata
- Favorire l'opportunità di operare in modo integrato con il privato e non in competizione.

NON AUTOSUFFICIENZA E RESIDENZIALITÀ

STATO DI FATTO

Domiciliarità

- In tutti i territori esiste SAD e ADI con procedure di integrazione formalizzate
- Il grado di copertura dell'ADI e del SAD è differenziato nei territori

- Esistono diverse modalità di accesso e di partecipazione alla spesa del SAD (regolamentazione, fasce di contribuzione, ISEE)

Residenzialità

- Mancano posti letto dedicati all'alzheimer in strutture residenziali
- I posti letti in RSA sotto sottostimati e in molti casi i ricoveri in RP sono inappropriati rispetto alla valutazione RUG.
- E' difficile disporre di strutture sociali specializzate esclusivamente per una fascia d'utenza (RSA, RP, Nuclei Alzheimer) in centri medio piccoli con grossa dispersione territoriale tipica dell'area montana
- Soltanto a Fabriano e San Severino esiste un hospice per malati terminali

INDICAZIONI

Domiciliarità

- Va condiviso un modello unico di integrazione ADI-SAD
- Va definito e condiviso uno standard minimo comune di copertura del servizio ADI-SAD potenziando il budget in funzione della specifica fragilità della popolazione anziana

Residenzialità

- E' necessario prevedere strutture residenziali o nuclei all'interno di quelle esistenti dedicati dall'alzheimer
- Nelle strutture residenziali esistenti di RP occorre attivare dei nuclei di RSA e Alzheimer per garantire la gestione integrata adeguata ai bisogni e alla continuità assistenziale
- Occorre omogeneizzare i percorsi di accesso ai due hospice in area vasta montana tramite l'acquisizione di figure professionali adeguate operanti a livello domiciliare (palliativista, nutrizionista, terapeuta del dolore)

TRASPORTI SOCIO SANITARI

STATO DI FATTO

I trasporti sanitari sono regolati da specifiche normative regionali. I riferimenti normativi per la Regione Marche sono i seguenti:

- L.R. 30/10/1998, n. 13 così come modificata dalla L.R. 10/06/2008, n.13.
- L.R. 20/06/2003, n. 13.
- D.G.R. 15/06/2009, n. 1004.

Le tematiche affrontate nella citata normativa sono molteplici e complesse, riguardando le varie tipologie di trasporto (urgente e programmato, primario e secondario, socio-sanitario), i mezzi di trasporto utilizzabili, il funzionamento delle centrali di coordinamento, le autorizzazioni al trasporto infermi, la committenza, il convenzionamento con associazioni di volontariato ecc.

In questa sede vengono presi in esame solo gli aspetti concernenti i trasporti programmati, specificamente quelli effettuati per motivi socio-sanitari, prescindendo totalmente dal sistema dell'emergenza-urgenza.

In linea generale va subito detto che il tema dei trasporti sanitari e sociosanitari è di grande rilevanza perché direttamente collegato ad aspetti quali l'accessibilità, la fruibilità, l'equità dei servizi erogati dal S.S.R.; perché riguarda prevalentemente soggetti "fragili" a motivo dell'età, di condizioni socio-economiche precarie, di gravi o gravissime malattie di tipo cronico degenerativo; perché pone problemi molto seri e di non facile soluzione in ambiti già "svantaggiati", ovvero caratterizzati da territorio montano, rete viaria difficile, densità demografica bassa, popolazione dispersa.

Le principali criticità che emergono dall'esame della vigente normativa erano probabilmente già tutte presenti prima dell'emanazione della D.G.R. 1004/2009, ma di certo sono state in qualche modo accentuate da un dettato normativo che, specificando con precisione le categorie degli aventi diritto, i criteri di ammissibilità e di non ammissibilità ecc., non consente spazi interpretativi e sposta

una consistente quota di bisogno dalla sanità al sociale, senza che vengano individuate risorse aggiuntive in quest'ultimo settore.

In estrema sintesi le CRITICITA' possono essere ricondotte a due:

1. i trasporti socio-sanitari (finalità sanitaria, motivazione sociale) non sono a carico del S.S.R... Restano così "scoperti" i trasporti di soggetti bisognosi di visite, trattamenti riabilitativi ecc. che, pur in condizioni di grave disagio socio-economico e/o in precarie condizioni di salute, non presentino le condizioni cliniche di cui all'art. 6 della citata D.G.R.. Sono altresì sempre a carico del paziente i trasporti per ammissione e dimissione da R.S.A., residenze protette, case di riposo, anche in presenza delle condizioni cliniche previste dalla D.G.R..
2. solo per alcune categorie protette (dializzati, oncologici, trapiantati), sono previste quote di rimborso spese a carico del S.S.R., qualora il soggetto sia in grado di viaggiare con i comuni mezzi. Tali rimborsi comunque non coprono i costi da affrontare nei casi di lunghe percorrenze e/o di soste prolungate, se il paziente, come spesso succede, non dispone di auto propria o non è in condizioni di mettersi alla guida e non esiste possibilità di fruizione dei mezzi pubblici.

Nel primo caso sono coinvolti i Servizi sociali che debbono far fronte ad una quota di richieste fino ad ora, in qualche modo, soddisfatte dal S.S.R., mentre nel secondo anche le Zone Territoriali sono chiamate in causa per organizzare "servizi di accompagnamento" (art. 15 dell'all. B della D.G.R. 1004), pur con il limite di spesa costituito dai rimborsi dovuti agli assistiti in base a leggi regionali.

Indicazioni

Occorre studiare e prevedere una *modalità operativa specifica* per le aree montane (la problematica è meno cogente nelle aree urbane o comunque densamente popolate in presenza di una rete più efficiente di trasporti pubblici, della possibilità di aggregare più utenti per trasporti multipli su distanze brevi).

In ogni caso, la risposta al bisogno di trasporto socio-sanitario nelle aree interne e montane, viste le particolari peculiarità demografiche e territoriali, *necessita di specifiche risorse aggiuntive* destinate.

INDICAZIONI

Le possibili indicazioni passano tutte attraverso una stretta integrazione progettuale e operativa tra sociale e sanitario:

- organizzazione di trasporti multipli, gestiti in maniera integrata tra sociale e sanitario, con punti di raccolta presso i quali accompagnare gli utenti provenienti da diverse direttrici.
- Coinvolgimento di altri attori sociali (volontariato, croci, cooperative ecc.).
- Analisi delle esperienze sociali e sanitarie in atto nelle tre Zone, loro integrazione e eventuale potenziamento (ad esempio il servizio di Trasporto facilitato per anziani attivato negli ATS 17 e 18 dalla Provincia di Macerata, che si allega).

TELEASSISTENZA

STATO DI FATTO

La classe d'età over 65 rappresenta oggi circa il 18% della popolazione europea (Eurostat 2006) ed appare l'unica in rapido incremento, tanto che le stime indicano il raggiungimento della soglia del 30% al 2050. Nell'area montana tale fenomeno è particolarmente accentuato.

La casa è il luogo dove la persona anziana passa la maggior parte del proprio tempo di vita. Recenti ricerche hanno evidenziato che tale valore oscilla tra il 70% e l'80% e tende a crescere con l'età e con l'aggravarsi delle condizioni sanitarie individuali.

Per questi motivi e per garantire una miglior qualità di vita alle persone, prevalentemente anziane, affinché possano vivere autonomamente nel proprio habitat, sia in città sia in aree rurali, il più a lungo possibile, le tecnologie informatiche per il supporto domiciliare alla persona si sono molto evolute negli anni. Le tipologie di servizi forniti possono essere principalmente classificate in due categorie:

- Servizi di supporto diretto alla persona: assistenza sanitaria remota (telemedicina), sistemi facilitati per la chiamata d'emergenza, sistemi di controllo remoto e formazione/intrattenimento per individui soggetti a trattamento di supporto medico a

domicilio, ecc...

- Servizio di gestione remota della sistemazione abitativa atto al miglioramento in senso lato della qualità di vita della persona (domotica): servizi remoti di allarmistica e protezione contro intrusioni, sistemi di chiamata automatica d'emergenza in caso di incidente domestico, pianificazione remota degli interventi a domicilio per il supporto di persone non autosufficienti (quali la consegna programmata di alimentari a domicilio in funzione delle reali esigenze), gestione degli impianti domestici e segnalazione dei guasti, gestione e ottimizzazione energetica degli edifici, ecc...

INDICAZIONI

Gli obiettivi dei servizi presentati sono sostanzialmente volti alla realizzazione di un sistema che consenta l'ampliamento dei servizi esistenti, l'integrazione sul territorio delle diverse funzioni che hanno competenza e che producono servizi socio-assistenziali, l'integrazione e lo sviluppo congiunto dei servizi socio-assistenziali con quelli sanitari e che possono tradursi in benefici e vantaggi legati ai seguenti elementi:

- Incremento della qualità del servizio socio-assistenziale e ottimizzazione dei processi di erogazione dei servizi (questo ha come effetto indotto l'aumento del numero dei cittadini assistiti a parità di risorse utilizzate).
- Diminuzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso
- La predisposizione di protocolli diagnostico-terapeutici e l'utilizzo di linee-guida comuni da parte dei medici
- La realizzazione di percorsi assistenziali innovativi concordati con l'ASR;
- Una risposta medico-infermieristica e specialistica h 24 anche per l'Assistenza domiciliare integrata, strutture residenziali, hospices territoriali e per interventi anche personalizzati a pazienti con patologie croniche
- Migliori condizioni psicologiche degli assistiti che si traduce in una migliore evoluzione dello stato psico-fisico degli assistiti.
- Integrazione sul territorio delle strutture che operano a supporto dei servizi socio-assistenziali e sanitari, delle strutture che definiscono gli obiettivi del piano sociale e sanitario (Regione).
- Monitoraggio e governo della spesa socio-sanitaria in relazione con la produzione realmente erogata agli assistiti, misura degli interventi in termini di obiettivi-risultati.

- Centralità dell'assistito e non della patologia.

VANTAGGI PER GLI ATTORI

Si possono individuare una serie di vantaggi che derivano dall'implementazione di un modello di continuità di cura e/o assistenza sanitaria domiciliare:

- Miglioramento dei processi di comunicazione tra MMG/PLS e Medici Specialisti territoriali e ospedalieri
- applicazione di percorsi diagnostici-terapeutici condivisi
- Maggiore condivisione delle linee guida
- Riduzione degli adempimenti burocratici per i MMG/PLS e per i cittadini
- Disponibilità "real time" delle informazioni sanitarie in formato elettronico

In particolare per i cittadini si potranno avere i seguenti miglioramenti:

La possibilità da parte di équipe assistenziali (medici di medicina generale, infermieri, medici specialisti, ecc.) di disporre su base telematica di informazioni sulle condizioni cliniche del paziente permette la presa in carico di quest'ultimo assicurando anche a domicilio la continuità della cura. Tale disponibilità tecnologica migliora il livello di accessibilità all'offerta delle prestazioni sanitarie. La disponibilità dei referti presso lo studio medico (ed eventualmente direttamente al cittadino via internet), consentirà un significativo risparmio di tempo e spostamenti, una maggiore tempestività nell'effettuare le diagnosi e attuare trattamenti terapeutici da parte del medico di famiglia (l'alto gradimento di questo servizio è dimostrato da diverse esperienze italiane straniere ed in alcuni settori anche in ambito regionale).

I miglioramenti per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta potranno riguardare:

- i medici di medicina generale vengono facilitati nell'esercizio della loro professione grazie alla riduzione degli oneri burocratici attualmente richiesti.

- avranno una completa conoscenza delle condizioni cliniche e delle prestazioni erogate ai propri assistiti dagli altri servizi.
- il medico di medicina generale sarà facilitato nei propri adempimenti amministrativi e di comunicazione con il distretto previsti dall'accordo nazionale e regionale. Infine, si renderà effettivo e qualificato l'aggiornamento professionale e la formazione permanente.

L'azione in atto di forte tentativo di virare verso lo sviluppo di servizi territoriali, ha molte ragioni: garantire la risposta alle emergenze, fronteggiare il già citato incremento delle patologie croniche, erogare la domiciliazione dell'assistenza sanitaria ad alta integrazione sociale, assicurare la continuità di cura di pazienti deospedalizzati sempre più precocemente

La Medicina del territorio, quindi, si configura come un contenitore di professionalità e competenze di tipo innovativo non convenzionale, ove le si richiede di :

- Garantire l'appropriata gestione delle emergenze
- Erogare servizi socio-sanitari integrati
- Governare percorsi assistenziali complessi a livello territoriale

In questa ottica è necessario definire nuovi modelli di erogazione di servizi che consentano di fornire risposta efficace nell'appropriata gestione territoriale dei servizi sanitari e di affiancare, integrare o vicariare le usuali modalità di cura.

Si rende evidente quindi la necessità di una integrazione virtuosa di due componenti fondamentali, quella sanitaria (organizzazione dei servizi, percorsi assistenziali, case management, etc.) e quella tecnologica (rete di comunicazione, centro servizi, device, etc.) e la definizione di nuovi modelli organizzativi che prevedono oltre al coinvolgimento del paziente, quello del MMG che è il referente del paziente sul territorio, dello specialista dell'ospedale di riferimento, dell'infermiere tutor che ha il ruolo di care manager, del centro servizi come entità del sistema in grado di erogare servizi infrastrutturali, di supporto agli utilizzatori dei sistemi, di rapporti con i cittadini, servizi di sicurezza, servizi clinico sanitari, servizi amministrativi, tecnici e logistici, dell'ospedale con il ruolo di centro di riferimento specialistico per il territorio.

L' erogazione del servizio è caratterizzato dai seguenti eventi:

1. ammissione del paziente al percorso di cura (reclutamento, consenso informato, training)
2. telemonitoraggio a casa e gestione del percorso di cura da parte della UO di riferimento o del MMG, con il supporto del Centro Servizi
3. follow-up secondo le indicazioni del Protocollo Diagnostico Terapeutico ed elaborazione scheda di sintesi

Si possono così promuovere e sviluppare nuovi approcci per la cura dei pazienti con patologie croniche e/o in dimissione protetta, consentendo di:

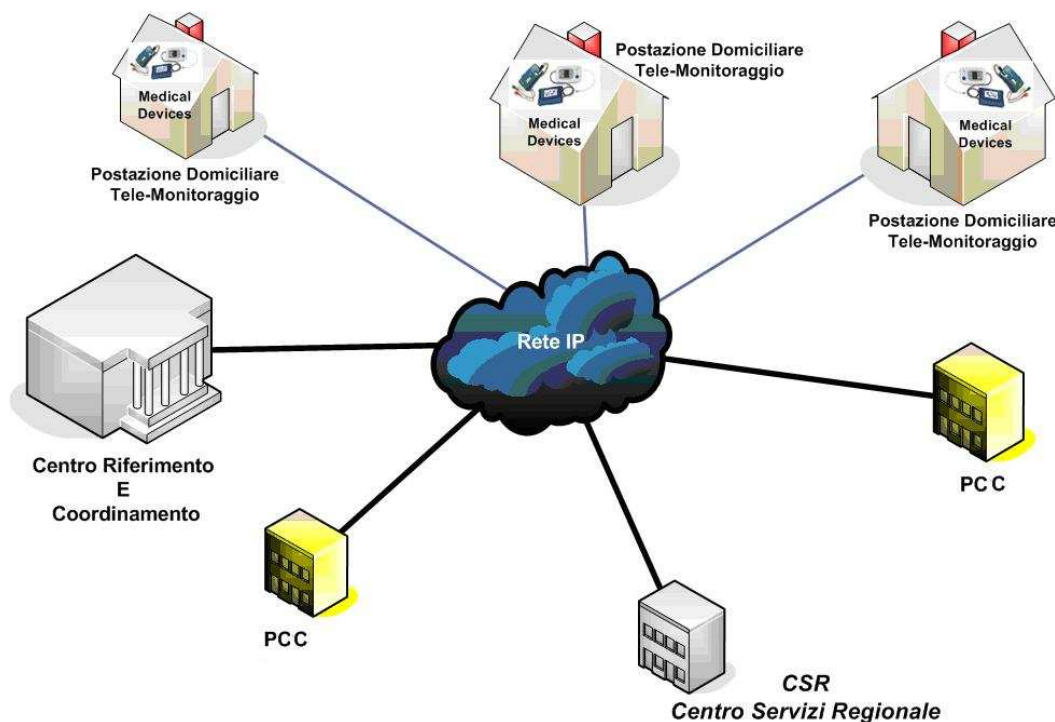
- Ampliare l'offerta e i servizi di assistenza e ridurre i costi sanitari
- rendere i pazienti più consapevoli e maggiormente "gestori" della propria malattia attraverso una adeguata conoscenza della stessa che dovrebbe condurre a stili di vita più adeguati. I pazienti che quotidianamente devono gestire la propria malattia, hanno così i mezzi per rendere più attivo il loro ruolo, attraverso il "tele-accesso" a servizi personalizzati (come il monitoraggio di informazioni di interesse) e di supporto al cambiamento e alla compliance al percorso terapeutico (assunzione dei farmaci, stili di vita).
- Tutelare i pazienti con patologia medio-grave al fine di mantenerli il più possibile al domicilio, garantendo un rapporto dello stesso con il referente clinico più adeguato alla situazione del paziente (MMG, specialista, infermiere di riferimento), e valorizzando modelli organizzativi che facilitino la collaborazione, come ad esempio il centro servizi/contact center.
- Rendere disponibili le informazioni cliniche sul paziente cronico al personale sanitario indipendentemente dalla sua collocazione spaziale e temporale e indipendentemente dal media utilizzato per l'accesso al servizio (servizio multicanale).

Il modello proposto prevede la realizzazione di

- **Centro Servizi per la continuità di cura (CSR)** che funge da coordinatore di tutte le attività di natura tecnica e quale unità di backup qualora non fossero disponibili il CRC o il PCC di riferimento. Quindi le unità CRC, PCC e PDT saranno coordinati dal punto di vista tecnico dal Centro Servizi, che potrebbe essere previsto a livello Regionale per economia di scala, al quale sono demandate tutte le funzioni di gestione, manutenzione e supporto

relativamente alle varie infrastrutture tecnologiche hardware, software e di telecomunicazioni impiegate.

- **Centro di Riferimento e Coordinamento (CRC)** dislocato presso Unità Ospedaliera o ASL e dal quale dipendono dal punto di vista funzionale le Postazioni di Tele-medicina PDT e le Postazioni di Cura Primaria PCC;
- **Postazioni di Continuità di Cura (PCC)** che avranno il compito di fungere da collettori per i pazienti che fruiscono del tele-monitoraggio e di tutti i servizi proposti.
- **Postazioni Domiciliari di Tele-Monitoraggio (PDT)** dalle quali sarà possibile monitorare e seguire tutti i pazienti coinvolti direttamente dal loro domicilio;



🚩 INTEGRAZIONE FUNZIONALE AMBITO SOCIALE – DISTRETTO

Nell'area montana l'integrazione raggiunta dagli Ambiti sociali e i Distretti rappresenta una risorsa per il sistema da valorizzare.

Le tre Zone, in assenza di poli ospedalieri fuori, si caratterizzano per la forte incidenza dei servizi di tipo territoriale. In questo i servizi sociali e sanitari hanno infatti trovato una modalità operativa integrata nella programmazione di molte attività:

- cure domiciliari socio - sanitarie
- strutture residenziali per anziani e disabili
- centri socio educativi riabilitativi per disabili
- equipe integrata socio sanitaria per l'affido familiare e l'adozione
- servizio sociale professionale degli ATS e UMEE-UMEA
- inserimenti lavorativi di soggetti deboli

La stretta collaborazione e integrazione tra Coordinatore d'Ambito e Direttore di Distretto ha permesso di concretizzare una sinergia significativa

La pianificazione integrata ha avuto un'unica occasione nel 2005/2007 allorché il Piano sociale d'Ambito e il Piano delle Attività Distrettuali hanno avuto la possibilità di produrre un documento di programmazione coordinato.

La debolezza dell'Ambito sta nella precarietà del suo assetto istituzionale non consolidato dalla Regione con un'apposita normativa capace di stabilizzare il sistema.

La debolezza del Distretto sta nella limitata possibilità di autonoma programmazione, fortemente condizionata dalla mera gestione da contenere entro rigidi limiti di budget.

Nell'area montana