



EUROPEAN
COMMISSION



Advancing Integration for a Dignified Ageing

AIDA – ADVANCED INTEGRATION FOR A DIGNIFIED AGEING

DEFINIZIONE DI LINEE GUIDA PER
L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
RIVOLTA A PERSONE ANZIANE IN
CONDIZIONE DI FRAGILITA'
E A DISABILI GRAVI

Presentazione a cura di



*Progetto realizzato con il supporto della Commissione Europea, DG
Employment, Social Affairs and Inclusion*

ASSISTENZA INTEGRATA

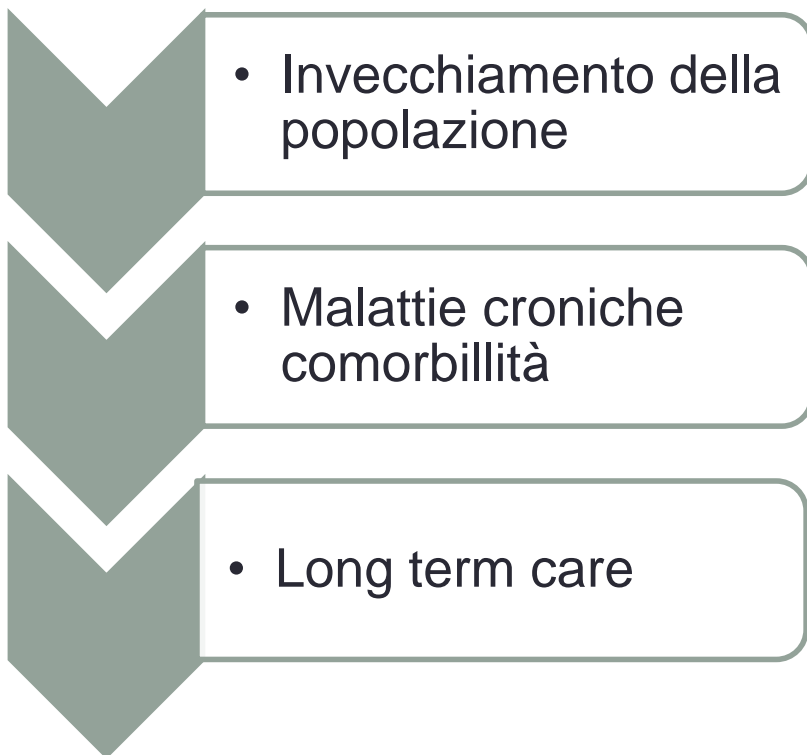
L'assistenza integrata è un insieme coerente di modelli, risorse, organizzazione ed erogazione del servizio, livelli clinici progettati per creare connessione, allineamento e collaborazione tra i settori della cura e delle cure .

Kodner & Spreeuwenberg 2002



Ruolo chiave dell'integrazione connessa

a:



Integrazione socio-sanitaria
come mezzo per migliorare i servizi in termini di :

- accesso,
- Qualità
- Efficienza
- Efficacia
- Soddisfazione dell'utente

Centralità della persona e del suo contesto di vita
Integrazione risorse professionali ed informali
Focus sul processo e sulla continuità assistenziale

Attuali fattori base dell'integrazione in ambito distrettuale

- a) Progressiva eliminazione delle sovrapposizioni tra sfera sociale e sanitaria;
- b) creazione di un'unità multidimensionale di valutazione;
- c) utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionali;
- d) punto di accesso unico per i servizi sociali e sanitari



Verso un nuovo rapporto Ospedale/Territorio : l'assistenza territoriale ed il caregiving familiare

Obiettivo progettuale



Advancing Integration for a Dignified Ageing

Attività preparatoria

- rafforzamento del livello di integrazione socio sanitaria sul piano nazionale per il miglioramento della qualità dei servizi di assistenza per gli anziani in condizioni di fragilità.

- Analisi modelli avanzati italiani di integrazione socio sanitaria a livello regionale (WP1),
- Analisi buone pratiche relative ai percorsi di ammissione / dimissione protetta degli anziani in condizioni di fragilità sul territorio italiano (WP1)
- Analisi sulle migliori esperienze a livello Europeo in materia di integrazione socio sanitaria dei servizi di assistenza per il target di riferimento (WP2).

sperimentazione del modello proposto a livello locale

Gli scenari demografici

- classe di età “65 anni e più” passerà dall’attuale 20% al 26% nel 2030, con un aumento in termini assoluti di circa 4 milioni di unità.
- la classe di età di “85 anni e più” che raddoppierà, passando dall’attuale 2,8% al 4,5%, e raggiungendo nel 2030 circa i 3.000.000 di unità



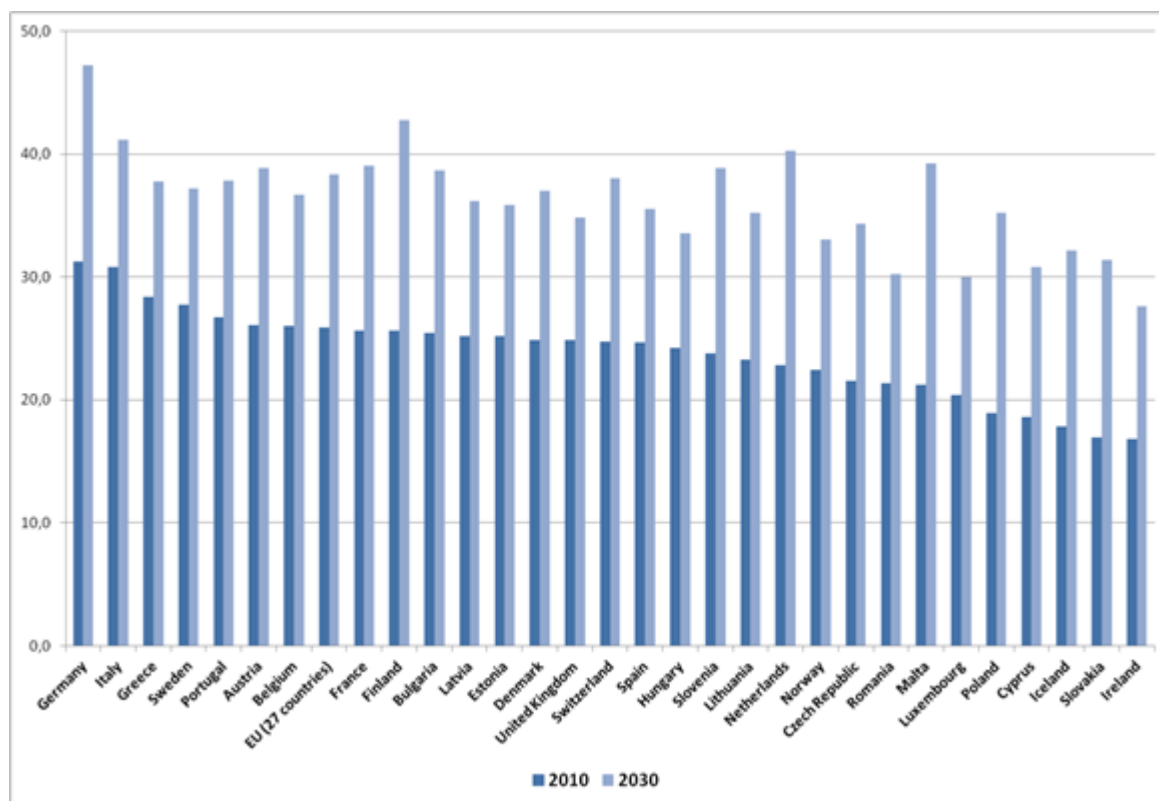
Liguria la regione con la più alta percentuale di anziani :26,7%



nel 2030 ci saranno circa 63 persone in età non attiva per 100 persone in età attiva.

L'invecchiamento nel contesto europeo

Indice di dipendenza degli anziani: valori dell'indice al 2010 e al 2030 (Paesi ordinati in senso decrescente rispetto ai valori 2010)



Fonte: Eurostat 2013

Nel 2010 l'Italia è al secondo posto fra i Paesi UE27 in termini di incidenza degli anziani sulla popolazione attiva, con un valore dell'indice di dipendenza di 30,8 .

Nel 2030 continuerà ad essere uno dei Paesi a più alta incidenza della popolazione anziana sulla popolazione attiva, superata soltanto da Germania e Finlandia

Invecchiamento e condizioni di salute

- oltre l'80% degli over65 soffre di almeno una patologia cronica.

Indagine annuale Multiscopo ISTAT 2011



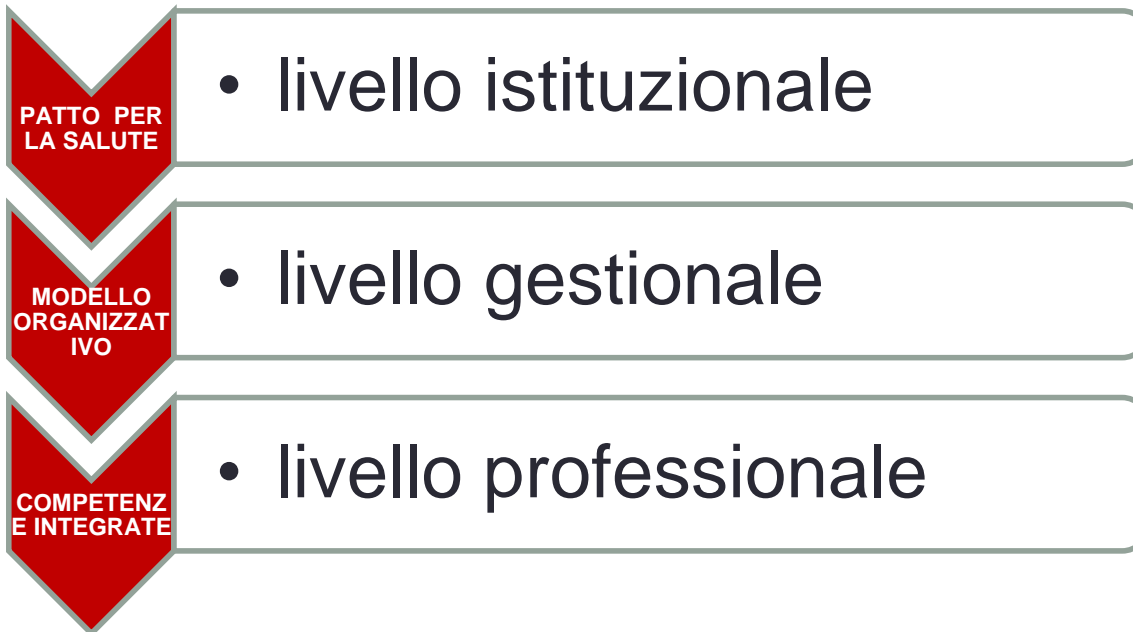
le patologie croniche più diffuse fra gli anziani in Italia sono

- artrite e artrosi (55,1%)
- l'ipertensione (circa il 50%)
- l'osteoporosi (28,1%)
- il diabete (17,5%)
- le malattie dell'apparato respiratorio (14,1%).

con l'aumento dell'età : tendenza al peggioramento delle condizioni di salute, accompagnato spesso da una cronicizzazione delle patologie

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

riconoscimento della persona nella sua globalità ed in rapporto con i propri contesti di vita.



Punto Unico di Accesso (PUA) o Sportello unico integrato

PUA : modalità organizzativa di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, rivolta in particolare a coloro che presentino bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

Funzioni del PUA :

- l'accesso,
- l'accoglienza,
- la raccolta di segnalazione
- l'orientamento e la gestione della domanda,
- l'attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici
- l'avvio della presa in carico
- L'integrazione con i servizi della rete territoriale e ospedaliera



Unità Valutazione Multidimensionale



La Unità Valutativa Multidimensionale costituisce il punto di accesso a tutti i Servizi Socio Sanitari ed è lo strumento essenziale per garantire l'integrazione dei servizi territoriali (Distretto, Comuni e altri soggetti della rete dei servizi).

VMD : “processo interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona”.

L'UVM, attraverso la valutazione multidimensionale e multi-professionale (sanitaria, sociale, relazionale, ambientale) **elabora un progetto personalizzato degli interventi**, individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse

Strumenti di valutazione dei bisogni

Esistono diverse scale regionali, non esiste una scala nazionale



4 assi collegati alla funzionalità psico-fisica:

- autonomia funzionale,
- mobilità,
- area cognitiva,
- disturbi comportamentali

un asse collegato alle caratteristiche sociali:
supporti/reti formali e informali e autonomia
finanziaria

INTER RAI :Resident Assessment Instrument

ICF -Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute ;

disabilità : modello di disabilità universale, applicabile a qualsiasi persona, normodotata o diversamente abile. OMS

Es. di strumenti regionali di valutazione dei bisogni

SVAMA

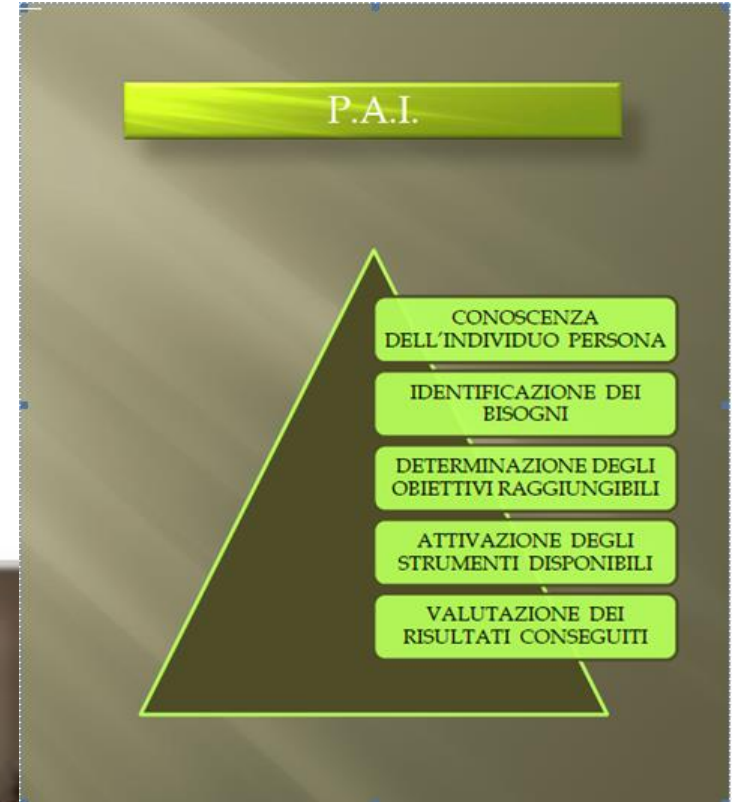
- a. anagrafica dell'utente;
- b. Valutazione multidimensionale (iniziale, periodica e straordinaria);
- c. emissione impegnativa di residenzialità;
- d. ammissione, dimissione, trasferimento (ADT), assieme ai dati di qualità assistenziale;
- e. dati di funzionamento dell'unità di offerta (UDO)
- f. rilevazione periodica dei costi sanitari sostenuti dall'ULSS in regime di convenzione con il centro di servizi;
- g. anagrafe unica regionale delle UDO, per la correlazione univoca e diretta dei dati alle singole UDO.

AGED

- a. coerenza
- b. orientamento
- c. inserimento sociale
- d. vista, udito, parola
- e. continenza urinaria, continenza anale
- f. igiene superiore e inferiore
- g. capacità di vestirsi
- h. tipo di alimentazione, aiuto nell'alimentazione,
- i. mobilitazione da letto, mobilità all'interno della residenza, aiuto nella deambulazione
- l. igiene del posto letto
- m. necessità di nursing infermieristico tutelare
- n. procedure mediche e attività riabilitative riattivanti

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

- focalizza l'attenzione sui bisogni dell'ospite e sulle risorse familiari
- viene sottoscritto dall'utente o da suo familiare e dal Responsabile del Piano
- sottoposto a rivalutazione alla luce dell'evoluzione delle situazioni in carico

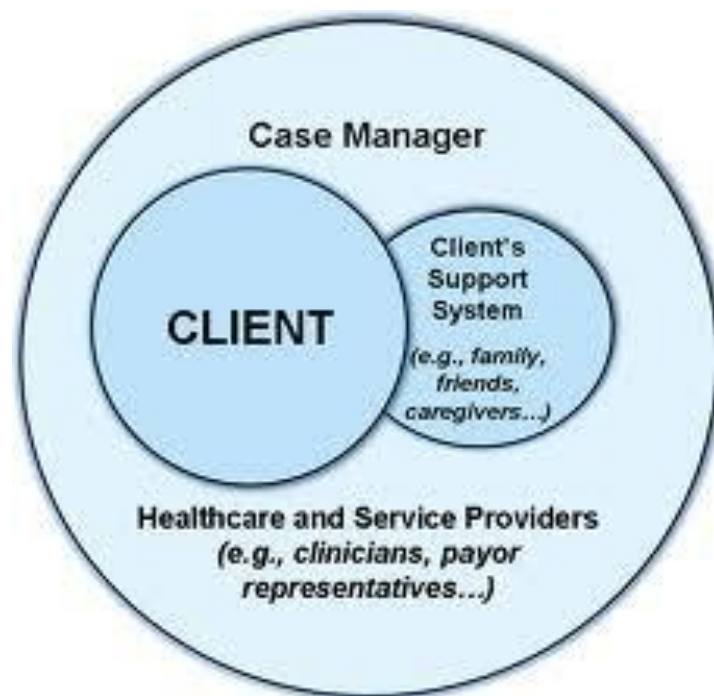


Case Manager: dalla presa in carico alla gestione del caso al monitoraggio del PAI

PROGETTO ELCANET

Ruolo del case manager

- Persona di contatto tra utente e caregiver (familiari e professionali)
- Coordinatore risorse multiprofessionali
- Responsabile del PAI
- Responsabile per il monitoraggio e la valutazione
- **Responsabile gestione risorse finanziarie assegnate al caso**
- Responsabile della verifica della qualità del servizio



Quale figura professionale di base? Sociale? Sanitaria?

Caregiver familiare

- un familiare che, non retribuito, si fa carico della cura di un'altra persona della propria famiglia che non è in grado di prendersi cura di sé per motivi cognitivi o per limitazioni fisiche



In Italia sono 3.329.000 i caregiver familiari che si prendono cura di adulti anziani, malati, disabili

Fattore critico : formazione e supporto al caregiver, integrazione nella rete

I Piani di Zona

Il piano di zona dei servizi sociali è lo strumento con cui si governa il sistema locale dei servizi e degli interventi sociali.

Il piano di zona viene elaborato ed approvato dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale socio sanitaria coincida con quello del Comune o dalla Conferenza dei sindaci e recepito dall'Azienda ULSS.

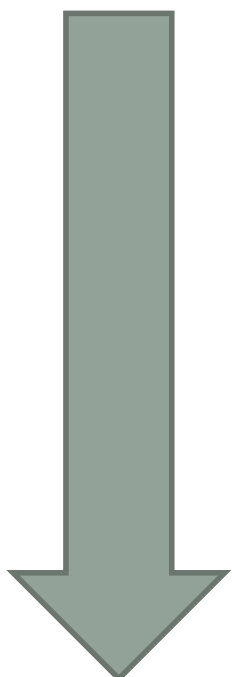
IL RUOLO DEL TERZO SETTORE

Ancora in molti casi forte segmentazione



IL DISTRETTO

articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale a livello territoriale



Il Distretto è il sistema organizzativo al quale è riconosciuta la responsabilità di governare la domanda (con un ruolo di committenza, valutando quali servizi e per quali bisogni) e assicurare la gestione dei servizi sanitari territoriali (con un ruolo di produzione).

i modelli di distretto in Italia sono differenziati in ambito regionale

Distretto «forte» : soggetto di integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, in grado di garantire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari della comunità

IL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO : COME INTEGRAZIONI DI OBIETTIVI, PROCEDURE, STRUMENTI NEL TERRITORIO

Integrazione Ospedale-Territorio

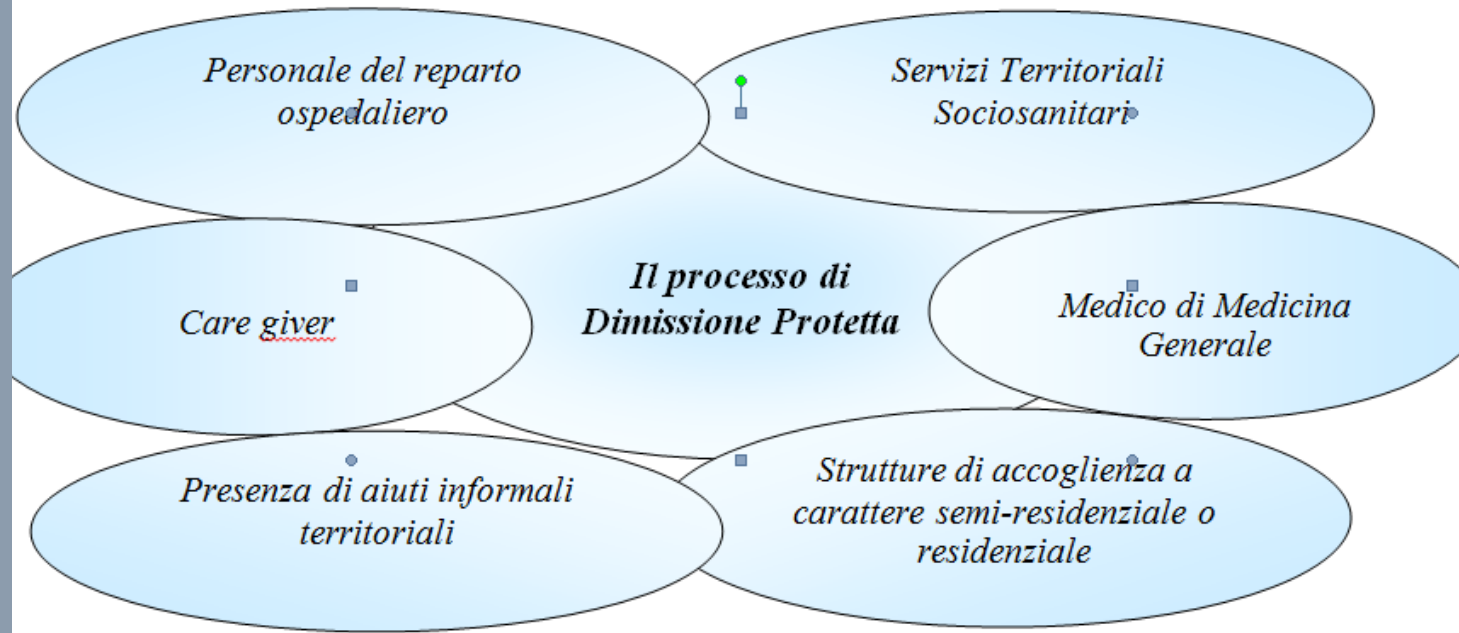
punto chiave per garantire una effettiva continuità nell'assistenza socio-sanitaria

1. consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli per la presa in carico coordinata del paziente,
- 2 . diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (ottica di processo)
- 3.potenziamento degli strumenti di scambio informativo, nella fattispecie dei sistemi informativi integrati, a supporto dell'integrazione professionale
- 4.consolidamento obiettivi trasversali per il budget dell'Ospedale e per il budget del Territorio

La continuità assistenziale nel passaggio da ospedale a territorio (o domicilio) per gli anziani fragili o per i disabili gravi si concretizza in primo luogo nella predisposizione di adeguati percorsi di dimissione protetta,

Dimissioni ospedaliere protette

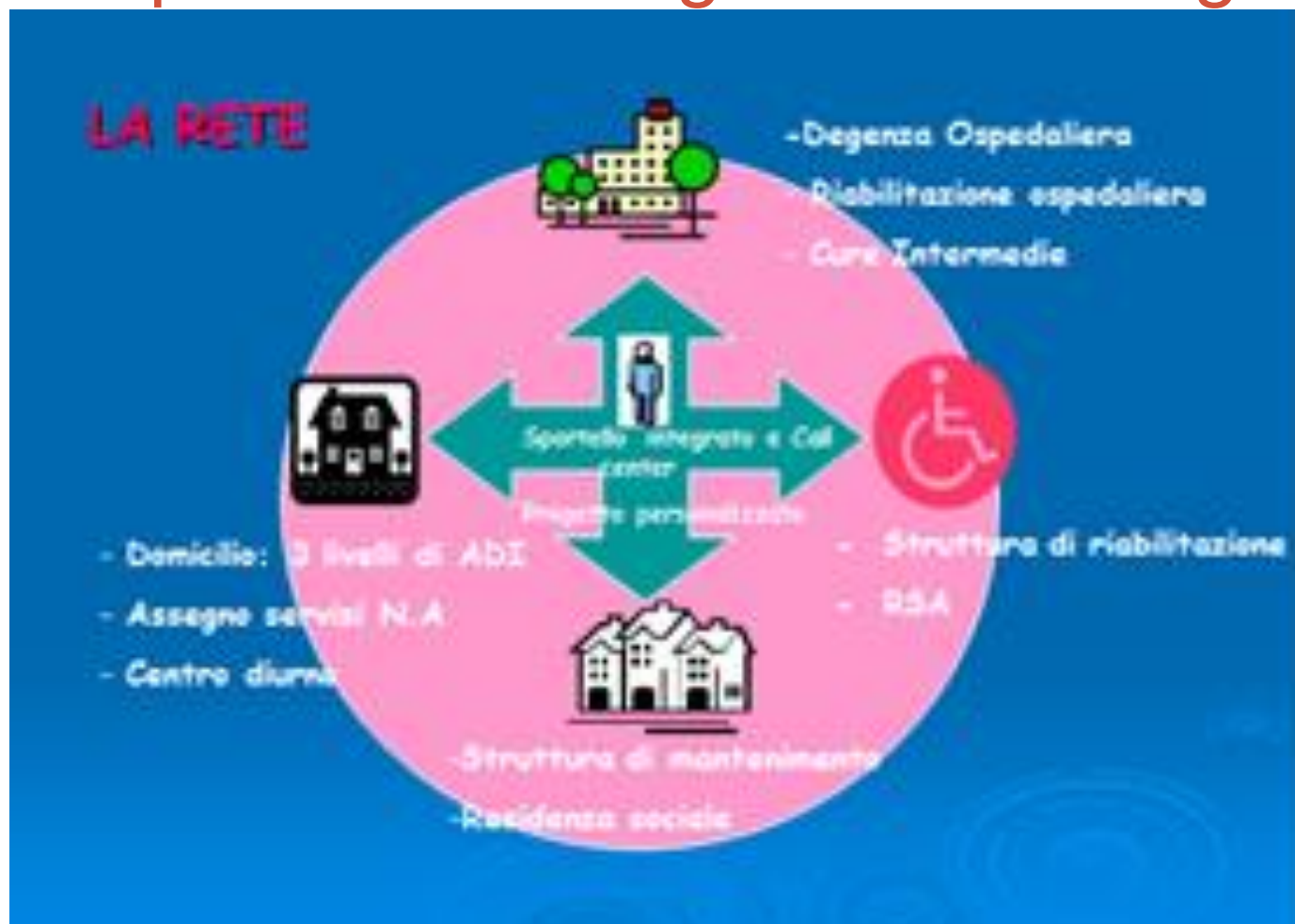
la valutazione del bisogno sociosanitario e assistenziale e le modalità della presa in carico vengono concordate e programmate tramite una valutazione congiunta tra referenti ospedalieri e referenti territoriali, del paziente e dei care giver.



Le dimissioni protette accompagnano la persona e la sua famiglia nel passaggio dall'istituzione ospedaliera al domicilio

Ad oggi non sono presenti protocolli operativi che vengono applicati in modo uniforme in tutte le realtà italiane.

La rete per l'anziano fragile e il disabile grave



Il tema dell'inserimento nella rete del caregiver familiare e delle assistenti familiari

Cure domiciliari



prestazionali

ADI di I[^] e II[^] livello

ADI di III[^] livello

L'Assistenza Domiciliare Integrata :insieme coordinato di prestazioni di carattere sanitario integrate con interventi di natura socio-assistenziale erogate a domicilio e rivolte a soddisfare le esigenze di anziani, disabili e di pazienti affetti da malattie cronico-degenerative, parzialmente o totalmente non autosufficienti, che necessitano di un'assistenza continuativa nella cura e nella riabilitazione. Il servizio prevede prestazioni erogate in base ad un piano di assistenza individualizzato attraverso la presa in carico multidisciplinare del paziente

Protocolli Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Protocolli Integrati di Cura (PIC) , dedicati alla cronicità ed inseriti tra le responsabilità del contratto dei Medici di Medicina generale, sono percorsi integrati di diagnosi e cura .

**IL NODO DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E DELL'INTEGRAZIONE
CON IL CAREGIVING FAMILIARE**

Figure professionali

Medico di Medicina Generale (MMG)

Infermiere

Terapista della Riabilitazione

Assistente Sociale

Assistente Familiare

**QUALE FORMAZIONE PER IL CAREGIVER
FAMILIARE?**

Quale profilo per l'assistente familiare?



**QUALE FORMAZIONE
PER
L'INTEGRAZIONE ?**

**QUALI NUOVI
PROFILI?**

Le medicine di gruppo integrate

Unità Territoriale di Assistenza Primaria : una struttura territoriale costituita dall' **associazione di più medici di famiglia** che operano in una **sede unica** per garantire maggiore **continuità nell'assistenza** dei propri utenti, rispondendo ai loro bisogni con una unitarietà di approccio e con un elevato livello di **integrazione con gli altri servizi territoriali**



Un sistema informativo integrato sociale e sanitario



SINA, sistema che andrà ad integrarsi con i dati sulle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate nell'ambito del SSN e presenti nel nuovo sistema informativo sanitario nazionale (NSIS) e con i dati sui benefici economici per le disabilità e l'invalidità derivanti da norme nazionali gestiti dall'INPS.

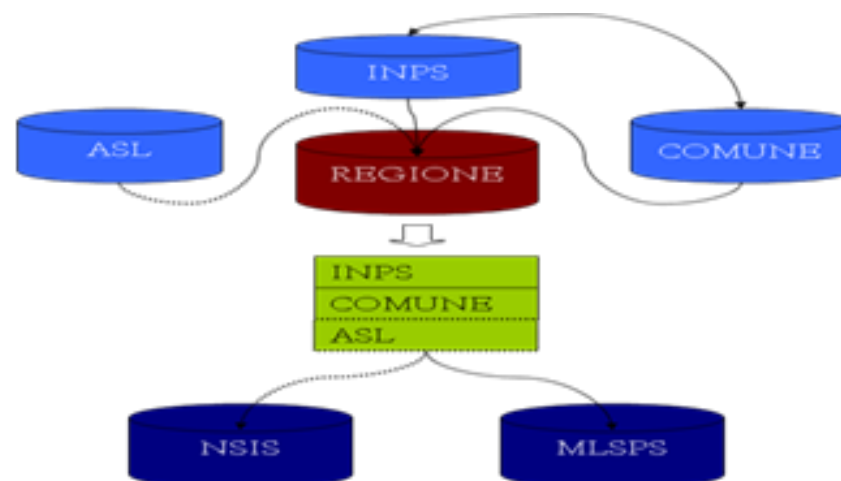


SINA, oltre ad acquisire i dati sulla non autosufficienza e sulle prestazioni erogate, si propone come strumento capace di monitorare - interagendo con gli altri sistemi - il complesso delle prestazioni erogate alle persone non autosufficienti e, di conseguenza, le caratteristiche e le dinamiche del fenomeno della non autosufficienza in Italia.

SINA

cartella individuale “set minimo di dati”

- salute** (necessità di cure sanitarie);
- assetto funzionale** (autonomia);
- assetto sociale** (aiuti formali e informali tramite la classificazione delle prestazioni già adottata nel nomenclatore interregionale).



il “set minimo” sarà implementato con i dati raccolti dai servizi sociosanitari delle regioni partecipanti alla sperimentazione tramite le cartelle-utente