



Advancing Integration for a Dignified Ageing



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

Progetto AIDA



**Linee guida
sociosanitarie rivolte a
persone anziane
e disabili
in condizioni di fragilità**



Linee guida sociosanitarie

rivolte a persone anziane e disabili in condizioni di fragilità

INDICE

Premessa alle Linee Guida	7
1. Dimensione territoriale	8
2. Accesso al sistema sociosanitario	9
3. Valutazione multidimensionale del bisogno	10
4. Piano di Assistenza Individualizzato	11
5. Continuità assistenziale	12
6. Cure domiciliari: Assistenza Domiciliare e Assistenza Domiciliare Integrata	13
7. Assistenza semiresidenziale e residenziale	14
8. Case manager	15
9. Ruolo della famiglia e del caregiver	16
10. Figure professionali	17
Formazione	
Volontariato	
11. Gestione integrata delle risorse finanziarie	18
Sistema informativo	
12. Monitoraggio e valutazione degli esiti	19
Partnership	20

Il sistema sociosanitario come tutti i sistemi complessi, ha bisogno di criteri e di indirizzi che orientino e supportino le performance nella maniera più efficiente ed efficace possibile. Il progetto AIDA ha sviluppato Linee Guida sociosanitarie con lo scopo di fornire "raccomandazioni" che supportino in maniera sistematica gli assetti organizzativi e i nodi decisionali delle politiche a favore degli anziani e della non autosufficienza in generale, fornendo ai professionisti e ai *policy makers* dei servizi, indicazioni per l'impianto e la gestione dei più appropriati percorsi assistenziali.

A questo proposito è necessario premettere che le prestazioni sociosanitarie si rivolgono a persone definite "fragili" sul piano psico-fisico, per le quali la struttura della salute deve contenere risposte anche sotto il profilo ambientale, familiare e delle condizioni economiche. Se gli interventi di cura non sono adeguatamente supportati da azioni che facilitano il mantenimento/reinserimento nell'ambiente di vita, la loro efficacia è limitata e rimane aperto il problema dell'esclusione sociale.

In sintesi, la salute deve andare di pari passo con il grado di coesione sociale ed il contrasto alle disuguaglianze.

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari diventa quindi una necessità "imperativa" per organizzare risposte globali e integrate, così come la *governance* istituzionale deve guidare i processi che stanno alla base della tutela della salute e della qualità di vita delle persone fragili. Nel senso indicato, le Linee guida prendono in considerazione, con specifiche raccomandazioni, sia gli assetti organizzativi delle attività che i processi assistenziali, fornendo indicazioni che possono essere approfondite con i materiali allegati.

1 • dimensione territoriale

La dimensione territoriale assume un carattere fondamentale sia per la fruibilità dei servizi che per la loro organizzazione sistemica. La proposta è quindi di individuare dimensioni territoriali adeguate per grandezza, popolazione residente e mobilità. La normativa italiana nazionale e regionale individua come area ottimale per i servizi sanitari e sociosanitari un'area territoriale da 100/150.000 abitanti, con correzioni (in diminuzione) per le zone collinari e montane che si sostanzia nel Distretto. Anche la legge 328/2000 (Legge quadro per il sistema integrato di interventi e servizi sociali), ipotizza che gli ambiti "sociali" coincidano con quelli della dimensione sanitaria da cui deriverebbe quanto realizzato in diverse regioni italiane: il Distretto Sociosanitario, quale sede in cui si le funzioni sociali si completano con quelle sanitarie e sociosanitarie.

La coincidenza territoriale dei due ambiti di gestione porta anche ad un altro risultato, quello della gestione associata dei Comuni di un determinato territorio per erogare i servizi sociali (art. 8 legge 320/2000). Tutto questo, oltre che permettere per la materia sociale una organizzazione più sistemica, anche sotto il profilo della sostenibilità dei costi, consente di prevedere, insieme all'organizzazione sanitaria di Distretto un accesso unitario e integrato alla rete dei servizi.

Il Distretto Sociosanitario, rispetto ad altri modelli organizzativi, riesce ad attuare il miglior livello possibile di integrazione non solo tra servizi territoriali, ma anche tra questi ed i presidi ospedalieri.

Si può quindi riassumere che il Distretto Sociosanitario realizzi l'integrazione sotto quattro aspetti strategici:

1. integrazione tra i fattori produttivi dei servizi territoriali delle ASL e dei Comuni;
2. integrazione professionale tra figure e competenze territoriali sanitarie, sociali e sociosanitarie;
3. integrazione organizzativa tra territorio e presidi ospedalieri;
4. integrazione tra servizi pubblici e soggetti accreditati con particolare riferimento al Terzo Settore e ai soggetti di volontariato, realizzando in questi termini anche la sussidiarietà orizzontale.

2 • accesso al sistema sociosanitario

Importanza dell'accesso al sistema sociosanitario sotto il profilo della semplificazione al cittadino e della unitarietà del sistema è l'individuazione di un "punto unico" per l'accesso che può essere decentrato anche territorialmente. Il Punto Unico di Accesso (semplicemente definito PUA) costituisce quindi una modalità organizzativa di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, rivolta particolarmente a coloro che presentano bisogni di salute complessi che necessitano unitariamente di prestazioni sanitarie e di azioni di protezione sociale. Il PUA diventa il primo servizio a disposizione del cittadino, che provvede all'informazione e all'avvio dell'iter di presa in carico.

Il PUA può articolarsi anche in "sottoaccessi" distribuiti nel territorio che confluiscono comunque, anche per via telematica alle sedi dove si avvia l'intervento di presa in carico. Le principali funzioni del PUA si identificano nell'accesso, nell'accoglienza, nella raccolta di segnalazione, nell'orientamento, nella gestione della domanda, nell'attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici e l'avvio della presa in carico e integrazione con i servizi della rete delle cure primarie e dell'assistenza ospedaliera.

Per poter realizzare le funzioni indicate il PUA svolge diverse funzioni, tra cui si indicano le principali:

1. risposte informative e di orientamento;
2. registrazione degli accessi;
3. analisi del bisogno;
4. apertura di cartelle individuali che raccolgano i dati essenziali per definire la situazione della persona che ha fatto richiesta di prestazioni sociosanitarie, anche a fini epidemiologici;
5. segnalazione dei casi ai servizi di competenza perché si provveda alla presa in carico.

3. valutazione multidimensionale del bisogno

I bisogni complessi richiedono una valutazione che tenga conto di diversi aspetti, situazione psico-fisica della persona con particolare riferimento all'autonomia funzionale, contesto di vita e di relazione, risorse reddituali e tutto questo richiede un approccio multidimensionale. La valutazione multidimensionale (VMD) è quindi definibile come un processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona.

Scopo primario della valutazione multidimensionale è la misurazione dello stato di salute della persona, del grado di autonomia e di autosufficienza, delle risorse personali e familiari sulle quali può contare e delle condizioni economiche che possono condizionare, qualora non autosufficiente, la sua permanenza nell'ambiente di vita. Dalla VMD deriva la formulazione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI). Per la VMD è importante l'utilizzo di strumenti valutativi e scale con le quali viene formulata un'analisi accurata delle capacità funzionali e dei bisogni che la persona anziana/disabile presenta nella dimensione biologica, cognitiva, sociale e funzionale.

La valutazione multidimensionale è effettuata da un'equipe mista sanitaria e sociale composta generalmente dal medico specialista della "fragilità" dal medico di medicina generale, dall'infermiere, dal terapeuta della riabilitazione e dall'assistente sociale che ha in carico la persona da valutare. Per ottenere valutazioni oggettive che prendano in considerazione i diversi profili della persona per poter assumere decisioni assistenziali appropriate vengono utilizzate, dalle regioni italiane, diverse scale, tra cui quelle maggiormente testate e che si ispirano anche ad indicazioni internazionali sono le seguenti:

- ▶ scheda SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e Anziano), con una declinazione anche per la disabilità definita SVAMDI) che analizza tutti gli aspetti della vita della persona che deve essere presa in carico. E' composta da quattro sezioni che valutano le variabili di salute, il grado di autosufficienza, i rapporti sociali e la situazione economica, offrendo agli operatori un quadro di riferimento generale e completo ai fini della valutazione dello "stato qualitativo di vita" del soggetto che chiede assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale;
- ▶ la scheda AGED Plus (Assessment of Geriatric Disability), deriva dal Sistema francese AGIR, permette una valutazione, analoga alla SVAMA, ma in maniera più semplificata e veloce analizzando 27 funzioni e fornendo, oltre al grado di patologia/autosufficienza della persona anche i tempi di assistenza necessari sotto il profilo medico, infermieristico e tutelare per ciascuna giornata;
- ▶ il sistema RUG (Resource Utilisation Groups) è un sistema nato in ambito ospedaliero inglese, che rappresenta un sistema di classificazione dei "profili medico-sociali" degli anziani, ai fini di determinare il piano di assistenza
- ▶ Core set/Protocolli ICF: (International Classification of Functioning, Disability and Health) trattasi di liste di codici elaborate scegliendo dalla classificazione completa internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, intendendo come funzionamento le capacità individuali, relazionale e ambientali che meglio descrivono la vita di una persona in relazione alle sue condizioni di salute/autonomia. E' un sistema che in Italia è prevalentemente usato per la disabilità sono comunque in atto diverse sperimentazioni che riguardano non solo il ricorso a servizi sociosanitari, ma anche l'inserimento nella formazione professionale e nel lavoro.

Quelli citati sono gli strumenti/scale più utilizzati mentre in alcune regioni sono adottati strumenti che hanno una valenza più locale ma sono ugualmente ispirati a valutare salute/ autonomia/risorse personali e ambientali.

4. piano di assistenza individualizzato

Il Piano di Assistenza Individualizzato semplicemente definito PAI, è un programma sistemico di lavoro formulato dall'equipe multi-professionale, costruito a partire dalle indicazioni contenute nella valutazione multidimensionale che in base alla valutazione dei bisogni della persona richiedente assistenza, individua gli obiettivi raggiungibili e le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per raggiungerli, proponendo anche una valutazione in itinere ed ex post per valutare i risultati conseguiti, aggiustando – se del caso- le prestazioni erogate. Il PAI permette di valutare l'appropriatezza delle prestazioni pianificate e la loro efficacia, unitamente ai costi.

E' necessario che il PAI, anche per una responsabilità condivisa, sia sottoscritto anche dall'utente (in base alle sue condizioni psico-fisiche) e comunque da familiare (caregiver) unitamente al responsabile del piano (definito anche case manager). Il PAI è sottoposto a verifica durante l'attuazione in relazione all'evoluzione della situazione in carico, ma soprattutto deve effettuarsi una valutazione a conclusione dell'intervento per verificarne l'efficacia e il costo. In molti sistemi regionali (es: per i "Fondi regionali per la Non Autosufficienza") il PAI è diventato lo strumento per definire il "patto assistenziale" con la famiglia a fronte di prestazioni e di erogazioni monetarie per assistere il non autosufficiente.

Il Piano di Assistenza Individualizzato è infine lo strumento di eccellenza per misurare oltre l'appropriatezza e l'efficacia dell'intervento, anche le modalità con cui si attua la continuità assistenziale per la persona presa in carico e quindi il grado di organizzazione sistemica strategica delle attività sociosanitarie e la loro efficienza sotto il profilo multidisciplinare.

5. continuità assistenziale

Tutti i portatori di bisogni complessi sociosanitari necessitano di un modello assistenziale il cui obiettivo sia quello della “presa in carico e della continuità delle cure”.

Dalla presa in carico derivano percorsi assistenziali sanitari, sociosanitari e sociali per *setting* assistenziali (domiciliari, semiresidenziali e residenziali) che non si “sommano” ma si integrano e si ricompongono in un quadro unitario di risposte al bisogno che sia continuato nel tempo e integrato fino alla guarigione o alla stabilizzazione dei problemi di salute e di inclusione. Le prestazioni devono/possono essere fornite da professionalità diverse, sia sotto la qualificazione professionale che per il settore di appartenenza (medicina generale, specialistica, ricoveri ospedalieri, interventi di supporto sociale alla persona/famiglia) e determinante diventa la figura del case manager.

La continuità delle cure dovrà essere monitorata soprattutto nei momenti di passaggio tra i di vari *setting*. Un momento particolarmente importante per la continuità assistenziale, per le persone fragili, è costituito dalle dimissioni “protette” dall’ospedale a domicilio o in struttura residenziale. Soprattutto nel rientro a domicilio va assicurata la continuità dei trattamenti terapeutici per non interrompere i benefici acquisiti. La continuità assistenziale deve diventare una forma “di approccio” sistemico degli operatori di fronte ad individui fragili, per non abbandonare la persona all’interno della settorialità dei servizi.

La continuità assistenziale in ambito medico, infermieristico e di supporto sociale, va assicurata, in particolare, a:

- ▶ persone che escono da una fase acuta e se dimessi dall’ospedale senza continuità terapeutica, ove non adeguatamente assistiti, possono correre rischi elevati, facilitando ricadute e quindi re-ricoveri ospedalieri;
- ▶ persone in stato di cronicità, anche in forma stabilizzata, che vivono a domicilio (o in strutture con bassa attività sanitaria), ma con facilità di riacutizzazione degli eventi se non adeguatamente assistiti.

Una gestione integrata del paziente richiede l’implementazione di modelli organizzativi sia a livello gestionale che professionale, atti cioè a garantire la continuità dell’assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse. Fondamentale per la costruzione di tale sistema è la diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Protocolli integrati di cura (PIC), intesi come la realizzazione di piani prestazionali integrati, derivati anche da apposite linee guida sulla cronicità per affrontare patologie o problematiche cliniche complesse dove è necessario anche l’intervento sociale. Si tratta di strumenti utili a descrivere obiettivi ed azioni condivisi tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un’ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura. I protocolli sono importanti anche per allocare le risorse disponibili nella maniera più corretta e mirata.

La concreta attuazione dei PDTA richiede la definizione di indicatori clinici ed organizzativi, di volumi di attività e di tetti di spesa previsti. Nella realtà italiana, PDTA e PIC sono dedicati alla cronicità e sono inseriti tra le responsabilità contrattuali dei Medici di Medicina Generale.

6. cure domiciliari: assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata

La continuità assistenziale prevede che vengano forniti diversi livelli di assistenza al paziente e agli stessi caregiver. I piani di assistenza individualizzati, dovranno valutare la possibilità di costruire una rete di assistenza intorno alla persona, che privilegi la sua permanenza a domicilio. Solo laddove sia "evidente" la mancanza di una rete di supporti adeguata, anche con l'aiuto di soggetti esterni alla famiglie (personale di assistenza e volontariato) si potrà optare per la scelta di forme di assistenza residenziale per coloro che non possono essere presi in carico tramite assistenza domiciliare integrata (ADI) o con forme di spedalizzazione domiciliare (SD).

Diversi sono i gradi di assistenza domiciliare che possono prevedere delle forme di assistenza personale/tutelare che consiste in un aiuto personale alla persona non autosufficiente e nello svolgimento di mansioni domestico-familiari (pulizia, preparazione del cibo e somministrazione, acquisto dei beni primari, aiuto nell'igiene personale, lavanderia, etc.), cui provvede la famiglia, anche attraverso persone allo scopo assunte (assistente familiare che meglio definisce la denominazione di "badante" ed ha una formazione di base per l'assistenza all'anziano/disabile). Anche i Comuni e le loro forme associative, possono fornire con i loro servizi (SAD), o avvalendosi di soggetti della cooperazione o altri soggetti, per tempi più limitati l'assistenza a domicilio. Questo tipo di assistenza non sostituisce né l'assistenza infermieristica né quella riabilitativa, ma è finalizzata alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue della persona per permettergli di restare al proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è una forma di trattamento integrato a domicilio, che unisce alle prestazioni sanitarie (infermieristiche, riabilitative e mediche) quelle di carattere tutelare e domestico per supportare la persona nel caso di riacutizzazione delle patologie croniche o nelle dimissioni ospedaliere. L'ADI è definibile come l'insieme coordinato di prestazioni di carattere sanitario integrate con interventi di natura socio-assistenziale erogati 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.

L'ADI è supportata dal Piano di Assistenza Individualizzato attraverso la presa in carico multidisciplinare del paziente con il coordinamento del medico di medicina generale, di medici specialisti, di terapisti della riabilitazione, di personale infermieristico, di assistenti domiciliari e di assistenti sociali e sanitari. Il servizio di ADI può essere richiesto dal medico di medicina generale, dal responsabile del reparto ospedaliero in vista delle dimissioni, dall'assistente sociale o dalla famiglia della persona non autosufficiente.

Vi sono diverse forme di ADI collegate all'intensità delle cure sanitarie e dell'assistenza personale assistenziale (medio e alto livello) che devono prevedere in base alla gravità della persona, una presenza giornaliera e talvolta plurigiornaliera dei trattamenti di cura. Particolare forma di ADI intensiva sono i trattamenti forniti ai malati oncologici e di fine vita, che debbono rispondere a protocolli assistenziali di elevata intensità sanitaria.

E' da sottolineare che l'ADI, nei confronti di particolari cronicità a lungo decorso, soprattutto per gli aspetti tutelari e di aiuto personale, dovrà essere integrata da cure familiari.

7 • assistenza semiresidenziale e residenziale

Quando non è possibile assistere a domicilio la persona non autosufficiente si può procedere con altre forme di assistenza in apposite residenze. L'assistenza residenziale si articola in due tipologie: quella a ciclo diurno o semiresidenziale e quella a ciclo continuativo o residenziale.

L'assistenza a carattere diurno deve prevedere prestazioni di aiuto personale di cura e riabilitazione (se necessarie), animazione e socializzazione ed anche attività di ristorazione. E' destinata a persone anziane e disabili, ad alto rischio di perdita di autonomia o già non autosufficienti anche affette da forme di demenza con particolare riferimento a chi è affetto da Alzheimer. È un servizio intermedio tra l'assistenza domiciliare e l'assistenza residenziale che si svolge generalmente in un "Centro Diurno" e come obiettivi il recupero delle disabilità, il contrasto del peggioramento della situazione e il supporto al nucleo familiare e in particolare ai caregiver. E' una misura ancora poco utilizzata, mentre è molto utile per non interrompere del tutto i legami con la famiglia e l'ambiente di vita.

L'Assistenza Residenziale è rivolta anch'essa a persone con limitata autonomia, anche di carattere psichico che richiedono un'assistenza per 24 ore, soprattutto in mancanza di un supporto familiare. Si tratta di un'assistenza a tempo pieno che offre analoghe prestazioni all'assistenza diurna, anche in forma più complessa ed intensiva, soprattutto sotto il profilo della cura. Le strutture più diffuse nella situazione italiana sono le RSA (residenza sanitaria-assistenziale) ma anche che offrono un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. Esistono nelle regioni altre tipologie residenziali sociosanitarie con diversi gradi di assistenza sanitaria ed esistono anche strutture "dedicate" a persone con demenza che attivano forme assistenziali di tipo "protesico" per facilitare il recupero e ritardare la perdita dell'autonomia.

Esistono inoltre piccole strutture definite "sostitutive delle cure familiari" quindi di carattere prevalentemente socio-assistenziale, costituite da alloggi e denominate comunità alloggio e/o alloggi protetti, che non dispongono di personale sanitario ma solo di persone per l'aiuto tutelare ed il governo della casa, fruendo delle prestazioni sanitarie offerte dal Distretto e dalla medicina generale.

L'accesso alle strutture semiresidenziali e residenziali deve essere preceduto da valutazione multidimensionale con la predisposizione di Piano Assistenziale Individuale, che accompagnerà anziano e disabile nelle strutture.

Tra le forme di assistenza residenziale sono organizzate anche strutture intermedie definite "ospedali di comunità" o con altre denominazioni. Tali strutture, che possono essere collocate anche all'interno di strutture ospedaliere, forniscono cure per le fasi post-acute nei confronti di persone con polipatologie croniche in fase di riacutizzazione; sono cittadini che, superata la fase acuta della malattia, risultano clinicamente instabili e necessitano quindi di ulteriore osservazione clinica, continuità terapeutica, nursing e riabilitazione. L'accesso alle strutture intermedie è di norma conseguente ad un ricovero ospedaliero per assicurare la continuità assistenziale.

8 • case manager

Il *case manager* è figura professionale individuata dall'*équipe* multi disciplinare nel corso della VMD e della formulazione del PAI, con la funzione di collaborare con il Medico di Medicina Generale, orientare e coordinare le prestazioni in relazione a quanto delineato nel Piano di Assistenza Individualizzato. Il *case manager* può gestire uno o più casi con il ruolo di "regia" sugli interventi sociosanitari che vengono effettuati per la persona in assistenza, in uno spazio/ tempo definito.

Il *case manager*, viene individuato tra le professionalità sociali o sanitarie in relazione alla prevalenza delle prestazioni. Le norme in materia di assistenza sociosanitaria in Italia, non definiscono i profili di questa figura, le esperienze ad oggi in atto vedono questo ruolo affidato nella maggioranza dei casi a profili infermieristici e al medico di Medicina Generale.

Il *Case Management*, secondo la letteratura che affronta il tema della "gestione del caso" si configura come un processo che programma, coordina e valuta le tipologie di prestazioni e i servizi richiesti per soddisfare le esigenze della persona assistita, gestendo il processo comunicativo tra i diversi attori della presa in carico e valutando/ amministrando le risorse disponibili (umane ed economiche), al fine di promuovere e attuare le prestazioni più appropriate alla persona. In questi termini il Case Management risulta anche un meccanismo di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sociosanitaria basato soprattutto sulla logica del coordinamento delle risorse da utilizzare per risolvere i problemi di salute e di assistenza alla persona non autosufficiente.

Il case manager segue il percorso che va dalla presa in carico del caso al monitoraggio e conclusione del PAI e quindi rappresenta:

- ▶ La persona di contatto tra utente e caregiver (familiari e/o professionisti);
- ▶ Il coordinatore delle risorse professionali;
- ▶ Il responsabile per il monitoraggio e la valutazione del PAI;
- ▶ Il responsabile della gestione delle risorse finanziarie assegnate al caso;
- ▶ Il responsabile della verifica della qualità del servizio.

9 • ruolo della famiglia e del caregiver

La famiglia ha un ruolo determinante nei confronti della persona non autosufficiente soprattutto se può assicurare un'assistenza costante, ma anche come punto di riferimento se l'assistenza è demandata ad altre persone. Con il termine caregiver (o carer) si intende un familiare che assiste – senza alcun compenso – un proprio congiunto (un familiare, un amico, un conoscente, etc.) che non sia in grado di svolgere in maniera autonoma gli atti necessari alla vita quotidiana a causa dell'età, di una malattia o di una disabilità.

Un corretto percorso di continuità assistenziale sociosanitaria deve considerare il ruolo fondamentale della famiglia dell'assistito, anche come protagonista del processo di presa in carico per la definizione del percorso assistenziale. È proprio valutando la capacità della rete familiare di fornire assistenza, che si possono definire percorsi più adeguati alla situazione concreta e alla scelta di differenti livelli di intensità del percorso assistenziale.

Il ruolo del caregiver deve essere riconosciuto e valorizzato come risorsa che garantisce anche il sistema di continuità assistenziale.

10. figure professionali

Per realizzare il processo sociosanitario sono necessarie diverse figure, per la componente di cura (infermiere, terapeuta della riabilitazione, medico di medicina generale e altri medici specialisti etc.), mentre per gli aspetti assistenziali/educativi vengono coinvolte l'assistente sociale, l'educatore, l'animatore, l'assistente familiare. E' con l'integrazione delle diverse professionalità coinvolte, che si realizza il PAI in modo da garantire una risposta globale ai problemi della persona non autosufficiente e realizzare condizioni di cura/assistenza che assicurino il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura complessa che richiedono proprio per la loro complessità, la predisposizione di una risposta multi professionale.

Questa risposta, dovrà essere il frutto di una strutturazione coordinata di prestazioni che partono da diversi approcci professionali per integrarsi ed unificarsi nel processo risolutivo dei bisogni della persona non autosufficiente o con grave disabilità. L'integrazione professionale rappresenta un'opportunità perché ciascun operatore sia motivato a fornire il massimo valore al suo specifico apporto.

FORMAZIONE

La formazione è strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo. Formare significa apportare un'evoluzione in termini di conoscenza (sapere), di capacità (saper essere), di atteggiamenti (saper fare). E' necessaria una attenta previsione dei fabbisogni professionali.

La formazione va realizzata nel quadro più ampio della policy del servizio e di una coerente integrazione con altri saperi professionali. La formazione, per sua natura, può svolgere funzioni di implementazione qualitativa dei risultati dei servizi, contrastando le disfunzioni organizzative. Può facilitare riconversioni professionali e gestionali e può - più in generale - caratterizzarsi come strategia per incrementare l'efficacia dei servizi.

Il processo formativo deve essere inteso nelle sue tre accezioni:

- ▶ la formazione trasversale relativa ai processi che applicano politiche integrate (socio sanitarie, socio educative, etc.) e all'informazione sui servizi esistenti sul territorio;
- ▶ la formazione tecnica relativa alle competenze specifiche e ai ruoli di responsabilità ricoperti all'interno della propria organizzazione in modo da poterli esprimere nella maniera più efficiente ed efficace nell'ambito dei percorsi di continuità assistenziale;
- ▶ la formazione interprofessionale rappresentata da riflessioni dialogiche tra diverse figure e professionisti in relazione alle esperienze maturate.

Per gli operatori dei servizi sociosanitari la forma della *Long term learning*, ovvero "formazione permanente" è il miglior supporto per l'aggiornamento professionale e per lo scambio di esperienze.

VOLONTARIATO

Il volontario è la risultante più importante della solidarietà sociale. Non si sostituisce al personale professionale nell'erogazione di cure e di assistenza, ma si affianca e offre accanto ai servizi e alla famiglia valide attività di supporto soprattutto nei casi più complessi e gravi. Il suo ruolo è fondamentale per il processo di cura, per assicurare accadimento del non autosufficiente anche per offrire momenti di sollievo alla famiglia e ai *caregiver*. Il ruolo del volontario deve essere orientato e definito da chi ha in carico la persona.

11 • gestione integrata delle risorse finanziarie

Per la presa in carico globale della persona e per attuare interventi multidisciplinari che rispondano a situazioni polipatologiche e che si orientino verso il modello bio-psico-sociale è fondamentale la previsione di un budget di salute sociosanitario, che può essere la risultante di diversi apporti finanziari appartenenti a comparti pubblici e privati diversi (salute, sociale, compartecipazione da parte dell'utente alle spese di assistenza, etc.) in modo che gli stessi confluiscono, in base al Piano di Assistenza Individualizzato, in un contenitore virtuale di risorse che permette il massimo della razionalizzazione della spesa ed il suo controllo. Il budget consente anche di offrire al richiedente servizi più rapidi e coordinati ove l'obiettivo sia l'integrazione tra le prestazioni e quindi la continuità assistenziale.

SISTEMA INFORMATIVO

Il Sistema Informativo (SI) è la base per pianificare e per gestire un sistema di servizi. Un flusso informativo attendibile e costantemente aggiornato permette di disporre di una capacità di lettura analitica dei processi di cura, di presa in carico e gestione del paziente. Fornisce altresì gli strumenti necessari alla messa in atto di modelli assistenziali basati sulla cooperazione tra gli attori coinvolti e sulla gestione integrata di percorsi di cura e assistenza. La disponibilità di dati epidemiologici consente di effettuare anche un'allocazione mirata delle risorse nella logica della sostenibilità di spesa, incidendo sugli interventi inappropriati.

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e quello Sociale (non autosufficienza-SINA, minori - SIMBA, asili nido e povertà) costituiscono importanti strumenti di riferimento per misurare qualità, efficienza e appropriatezza dei servizi da offrire.

Dal NSIS possiamo trarre informazioni relative all'assistenza erogata alle persone nelle diverse regioni e nei diversi *setting* assistenziali. Sono situati nel NSIS il Sistema informativo per l'assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR), che va a monitorare le prestazioni erogate in strutture residenziali e semiresidenziali alle persone non autosufficienti, mentre il Sistema informativo dell'assistenza domiciliare (SIAD) rileva gli interventi sanitari e sociosanitari erogati in ambito domiciliare.

Per classificare le persone non autosufficienti è stato invece attivato, in collaborazione con le regioni, dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali il Sistema Informativo Non Autosufficienza (SINA)¹ che fornisce per la persona non autosufficiente il profilo psico-sociale, il livello di autonomia e il supporto familiare, in modo da poter valutare le prestazioni sociali e sociosanitarie da fornire.

¹ Per reperire le informazioni necessarie si utilizza una cartella individuale che prende in considerazione un set minimo di dati relativi a: strutture funzionali corporee (menomazioni), attività (limitazioni) e partecipazione (restrizioni). La valutazione di non autosufficienza emerge dall'analisi di cinque assi: asse funzionale (autonomia nelle attività quotidiane), asse cognitivo, asse comportamentale, salute (presenza di patologie anche cronicizzate) e assetto sociale (aiuti formali e informali). Dalla combinazione degli assi autonomia/salute si generano i profili di non autosufficienza psicofisica della persona e il conseguente carico assistenziale.

12. monitoraggio e valutazione degli esiti

Fondamentali per la buona riuscita degli interventi effettuati sono il monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività, delle spese effettuate e del raggiungimento dei risultati previsti, ovvero una valutazione complessiva degli effetti, verificando la correlazione e la coerenza con gli obiettivi prefissati e l'impatto dell'intervento stesso per il miglioramento delle condizioni della persona. Il processo di monitoraggio e valutazione degli esiti deve essere inteso su due livelli:

1. il monitoraggio e la valutazione degli esiti del percorso personalizzato della persona in assistenza, che permette di attuare valutazioni in itinere che possano cogliere i mutamenti dello stato di salute e del contesto di vita ed eventuali rivalutazioni dell'intervento e del budget predisposto;
2. il monitoraggio e la valutazione degli esiti che riguarda più in generale le politiche sociosanitarie attivate, che, come si diceva nella precedente raccomandazione, devono essere basate su un flusso informativo certo, affidabile e aggiornato che permetta la misurazione dei risultati sotto il profilo della appropriatezza e dell'efficacia, fornendo anche dati sugli ambiti di intervento per facilitare un oculato uso delle risorse umane ed economiche facilitando la riduzione degli sprechi, la eventuale riallocazione delle risorse verso prestazioni o processi più appropriati, in grado di adattarsi ai nuovi bisogni emergenti.

Il monitoraggio e la valutazione degli esiti deve sempre essere effettuato con standard (indicatori) di riferimento formulati e condivisi a priori. Il sistema di monitoraggio e valutazione è in grado di fornire, soprattutto per le prestazioni integrate, uno scenario sulle *performances* organizzative adottate in termini di efficacia, efficienza, economicità, qualità percepita e appropriatezza.

partnership

Il progetto AIDA è coordinato dalla Regione Liguria.

Il partenariato coinvolge enti pubblici ed organizzazioni nazionali ed internazionali operanti attivamente nel settore dei servizi socio assistenziali per anziani:

- ▶ Regione Veneto
- ▶ INRCA
- ▶ Anziani e non solo società cooperativa
- ▶ ENEA APS
- ▶ Eurocarers

La realizzazione del progetto è supportata anche dai seguenti partner associati:

- ▶ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
- ▶ EDE – European Association for Directors and Providers of Long-Term Care Services for the Elderly
- ▶ ELISAN – European Local Inclusion and Social Action Network
- ▶ UNCCAS – Union Nationale Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale
- ▶ ENSA – European Network of Social Authorities

Questo documento è stato elaborato nell'ambito
del Progetto AIDA
Per maggiori informazioni visita il sito
www.projectaida.eu

aida