

**Agenzia Sanitaria Regionale (ARS) - P.F. "Integrazione socio sanitaria"**

**Gruppo di miglioramento per l'integrazione socio sanitaria**

Report 17 - Piano formativo 2013

*Coordinatore: Dott. Stefano Ricci*

*Estensori: Nella Giacinti/Ivana Paolini*

**Griglia per:**

**raccolta della documentazione, tematizzazione dei contenuti, socializzazione delle conoscenze**

<b>Argomento</b>
------------------

<b>Anziani e non autosufficienza</b>
--------------------------------------

<b>Principale normativa nazionale di riferimento</b>
--

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- D.P.R. del 7 aprile 2006 "Piano Sanitario Nazionale 2006-2008"</li><li>- D.P.R. del 23 marzo 2003 "Piano Sanitario Nazionale 2003-2005"</li><li>- D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie"</li><li>- Decreto Ministeriale n. 329/1999 "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti"</li><li>- Progetto-Obiettivo "Tutela della salute degli anziani" del 5 agosto 1992</li><li>- D.P.C.M. 22 dicembre 1989 "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni concernenti la realizzazione di strutture sanitarie e residenziali per anziani non autosufficienti non assistiti a domicilio o nei servizi semiresidenziali"</li></ul> |
|--|

<b>Normativa regionale di riferimento:</b>
--

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- D.G.R. 1574/2012 "Recepimento Piano di indirizzo nazionale per la riabilitazione"</li><li>- D.A.C.R. n. 38 del 16 dicembre 2011 "Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014"</li><li>- L.R. 37 del 27/11/2012 "Assestamento del bilancio 2012" - Monitoraggio del servizio di assistenza domiciliare SAD e Assegno di cura</li><li>- D.G.R. 6/2012 "Approvazione delle modalità di utilizzo e dei criteri di riparto del fondo per la non autosufficienza"</li><li>- D.G.R. 1566/2010 "La rete nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva"</li><li>- D.G.R. 1789/2009 "Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario della Regione Marche"</li><li>- D.G.R. 985/2009 "Approvazione modalità di utilizzo dei criteri di supporto al fondo per le non autosufficienze e del fondo finalizzato alla permanenza ed il ritorno in famiglia di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti"</li><li>- D.G.R. 480/2008 "Convenzionamento con Residenze Protette o nucleo residenziale protetto in case di riposo"</li><li>- D.G.R. 720/2007 "Consolidamento e sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria della Regione Marche"</li><li>- D.G.R. 704/2006 "Approvazione modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA..."</li><li>- D.G.R. 1566/2004 "Approvazione atto di indirizzo concernente: Sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche: Sviluppo programmatico e organizzativo - prevenire, contrastare, ridurre ed accompagnare la non autosufficienza"</li><li>- D.G.R. 1322/2004 "Protocollo d'intesa regionale sulla non autosufficienza"</li><li>- L.R. 20/2002 "Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale"</li><li>- D.G.R. 606/2001 "Linee guida regionali per le cure domiciliari"</li><li>- L.R. 20/2000 "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private"</li><li>- Regolamento Regionale 20 dicembre 1989, n. 24 "Requisiti organizzativi e funzionali dei servizio di assistenza"</li></ul> |
|--|

domiciliare di natura socio - assistenziale e sanitaria”

## Sintesi delle attività prevalenti del settore Sociale

### Servizi e interventi per gli anziani e la Non Autosufficienza

Le Marche registrano la più alta speranza di vita in Italia ed è fra le regioni maggiormente interessate al processo di invecchiamento della popolazione, gli ultra sessantacinquenni costituiscono circa il 22% del totale. Si tratta del quinto valore regionale più elevato, dopo la Liguria, Emilia Romagna, Toscana e Umbria superando di 1,4 punti percentuali il dato relativo all'Italia centrale e di ben 2,9 punti percentuali il dato nazionale.

La regione Marche con DGR n. 985/2009, ha recepito le disposizioni relative al Fondo Nazionale per la non autosufficienza che il Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, ha trasferito alle Regioni per il triennio 2007/2008/2009. A tal proposito, è stata avviata la fase di sperimentazione che si poneva l'obiettivo di favorire la permanenza e/o il ritorno in famiglia di persone anziane non autosufficienti, attraverso l'implementazione e il rafforzamento del sistema delle cure domiciliari.

#### *Il Servizio di Assistenza Domiciliare - SAD*

Il servizio è finalizzato a favorire la permanenza dell'anziano nel proprio nucleo familiare e nel contesto sociale, si configura come un intervento di sollievo alla famiglia che se ne prende cura, ed è rivolto ad anziani non autosufficienti.

Gli interventi adottati, sono infatti rivolti al potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare, coniugando qualità e professionalità degli interventi. La gestione è dei Comuni e/o degli Ambiti che ne hanno la titolarità, nella misura di almeno il 30% dell'importo complessivo messo a disposizione degli Ambiti Territoriali Sociali.

Funzioni:

- eroga prestazioni a domicilio, ha la funzione di permettere o facilitare l'accesso della persona in difficoltà, ai diversi servizi sociali già operanti nel territorio e l'espletamento delle funzioni essenziali della vita,
- si configura come parte integrante di un unico e complesso programma di interventi sul territorio e necessita in tal senso di un costante collegamento con gli altri servizi sociali, assistenziali e sanitari,
- lo scopo è di consentire ai suoi utenti di rimanere nel normale ambiente di vita, di mantenere le abituali modalità di esistenza, di conservare le competenze residue, di permanere nel contesto sociale nelle migliori condizioni di efficienza fisica e psichica e di evitare il ricorso all'istituzionalizzazione ed all'ospedalizzazione.
- opera nel rispetto del ruolo della famiglia, la sostiene e la agevola nello svolgimento delle funzioni e dei compiti che le sono propri, promuovendo la responsabilizzazione di tutti i suoi membri, senza sostituirsi ad essa, salvo nei casi di sua manifesta e giustificata incapacità.

A livello di ATS il S.A.D. prevede:

- un unico Regolamento e carta dei servizi,
- soglia minima ISEE di compartecipazione al costo del servizio.
- Il Sistema Informativo per la Non Autosufficienza - SINA ha la funzione di raccogliere ed effettuare il monitoraggio dell'Assegno di Cura e del SAD per la non autosufficienza.

#### *Home Care Premium - HCP*

La sperimentazione dell'iniziativa promossa dall'INPS, per le competenze dell'ex INPDAP, è rivolta a sostenere i servizi di domiciliarità di persone non autosufficienti appartenenti alle amministrazioni pubbliche o loro familiari, anche mediante l'erogazione di contributi economici.

L'iniziativa, rappresenta un importante intervento affidato alla gestione degli Ambiti territoriali che hanno accolto, con favore ed interesse. Sono stati comunque evidenziati alcuni interrogativi concernenti, la durata, il coordinamento e l'integrazione, con la rete dei servizi regionali legati alla non autosufficienza. Saranno quindi affrontate nel breve periodo le criticità emerse e rappresentate dai coordinatori degli ambiti territoriali sociali.

### Assegni economici per il sostegno alla domiciliarità e all'autonomia personale

#### *Assegno di cura*

L'assegno di cura è un'azione volta a favorire la permanenza e/o il ritorno in famiglia dell'anziano non autosufficiente anche tramite un assistente familiare, al fine di evitare l'istituzionalizzazione. La Del. 6/2012 individua nell'incentivo economico uno strumento idoneo a favorire la domiciliarità dell'anziano, attraverso il sostegno offerto alla famiglia, che svolge attività di cura.

#### Destinatari:

- è rivolto agli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti residenti nelle Marche che usufruiscono di funzioni assistenziali da parte di familiari, anche non conviventi, o di assistente domiciliare iscritta al registro regionale secondo le modalità (piano formativo) fornite dalla Regione.
- L'anziano viene preso in carico del servizio sociale ove è residente o domiciliato che ne predispone il Piano Assistenziale Individuale - PAI in accordo con le Unità Valutative Integrate - UVI.

Requisiti: La non autosufficienza dell'anziano deve essere certificata e corrispondere al 100% e possesso di indennità di accompagnamento.

Entità del contributo economico: L'importo è pari e non inferiore ai 200,00 Euro mensili per una durata di 12 mesi. Può essere rinnovato a seguito di valutazione da parte dei servizi sociosanitari (PAI-UVI).

#### *I criteri di riparto del FNA del 2012*

Assegno di Cura + SAD destinato agli ATS = 8.000.000,00;

Assegno di cura destinato agli ATS = 1.000.000,00;

Totale FNA 2012 per ATS = 9.000.000,00

Euro 9.100.000,00 da Fondo Nazionale per la non autosufficienza annualità ministeriale 2010.

#### *Programmazione percorsi preferenziali per l'accesso ai servizi a favore dell'anziano*

Al fine di agevolare e semplificare l'accesso ai servizi a favore della persona anziana, sono stati attivati percorsi preferenziali. Infatti, la tematica concernente "l'accessibilità ai servizi" ha rappresentato uno dei nodi critici che ha impedito ed ostacolato, la regolare fruibilità delle prestazioni socio-sanitarie. Alla luce di quanto emergeva, sono state delineate le modalità e le metodologie dirette ad individuare soluzioni appropriate alla complessa materia. Infatti, un percorso unitario ed integrato era possibile mediante l'attivazione e il potenziamento dei "Punti Unici di Accesso" alla rete dei servizi sociali e socio sanitari.

Disponibilità finanziarie: Con decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali sono state assegnate alla Regione Marche risorse pari ad € 7.947.500,00 di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze 2013.

Tali risorse verranno così ripartite: € 5.563.250,00 (corrispondente al 70% dell'importo complessivo) è dedicato ad interventi di Assegni di Cura, SAD e PUA destinatari gli over 65 in condizioni di non autosufficienza (ATS). La restante somma di € 2.384.250,00 (il 30%) per interventi di Assistenza Domiciliare indiretta al disabile in condizioni di particolare gravità.

Al fine di monitorare la suddetta sperimentazione è stato istituito un tavolo regionale, sulla attuazione degli indirizzi programmatici inerenti le politiche sociali e socio sanitarie. È stato sottoscritto dalla Regione un protocollo con le rappresentanze regionali delle OO.SS. dei pensionati Spi-Cgil, FNP-Cisl; UILP-Uil e sono stati avviati i Tavoli permanenti di monitoraggio con la presenza dei Coordinatori di Ambito, dei Direttori di Distretto.

#### *Le Strutture Residenziali sociali*

Tipologie:

1. La Comunità alloggio è una struttura residenziale, totalmente o parzialmente autogestita, consistente in un nucleo di convivenza a carattere familiare per anziani autosufficienti che scelgono una vita comunitaria e di reciproca solidarietà.
2. La Casa albergo è una struttura residenziale a prevalente accoglienza alberghiera destinata ad anziani autosufficienti, costituita di spazi abitativi individuali o familiari di varia tipologia e di servizi collettivi a disposizione di chi li richiede.
3. La Casa di riposo è una struttura residenziale a prevalente accoglienza alberghiera destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani autosufficienti che per loro scelta preferiscono avere servizi collettivi o che per senilità, per solitudine o altro motivo, richiedono garanzie di protezione nell'arco della giornata e servizi di tipo comunitario e collettivo.
4. La Residenza protetta è una struttura residenziale con elevato livello di integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.
5. Il Centro Diurno è una struttura a regime semi-residenziale, con un elevato livello di integrazione socio-sanitaria. Il C.D. garantisce la permanenza dell'utente nel proprio domicilio il più a lungo possibile offrendo sostegno e supporto alla famiglia.

### *Progetti "Sportello informativo assistenti familiari"*

#### *Corsi di formazione per Assistenti Familiari - Elenco Regionale Assistenti Familiari*

DGR 118/2009 indica i requisiti per l'iscrizione all'elenco regionale delle assistenti familiari. Inoltre, dovranno definirsi le modalità di raccordo tra gli elenchi assistenti familiari dell'iniziativa Home Care Premium - HCP dell'Inps di recente istituiti presso gli ATS e l' "Elenco Regionale Assistenti Familiari".

#### *Progetto di ricerca UP -TECH*

È un progetto sperimentale la Regione Marche ne ha la titolarità, in collaborazione tra il Ministero del Lavoro, delle Politiche Sociali con il fondo per le non autosufficienze. Il referente scientifico è l'INRCA.

L'obiettivo, è la realizzazione di un sistema integrato di servizi nell'ambito della continuità assistenziale a favore delle persone affette da Alzheimer. Sono coinvolti gli Ambiti Territoriali Sociali delle città di Pesaro, Ancona, Fermo, Macerata e San Benedetto del Tronto che collaborano con i Distretti Sanitari ASUR.

L'intervento introduce il ruolo del case manager che accompagna la persona assistita e la sua famiglia nel percorso di cura, dai rapporti con le istituzioni coinvolte alla rete dei servizi.

Il progetto concerne la sperimentazione di nuove strumentazioni tecnologiche che saranno di ausilio all'anziano e alla famiglia, a seguito della compromissione del livello di autonomia che tale patologia produce. I destinatari della sperimentazione sono i pazienti affetti dalla demenza di Alzheimer e i loro caregiver.

Nello specifico il campione di ricerca individuato è costituito da n. 450 famiglie residenti nelle città sopra indicate. Sono stati costituiti tre gruppi di ricerca differenziati nella presa in carico dal livello della fascia assistenziale, per le figure professionali coinvolte.

I gruppi di ricerca sono così suddivisi:

- Nel 1° gruppo Protocollo UP - n. 150 (diade paziente - care giver) presa in carico del case manager e un infermiere professionale;
- Nel 2° gruppo Protocollo UP-Tech - n. 150 (diade paziente - care giver) presa in carico del case manager e un infermiere professionale con introduzione di interventi di tecnologia assistita;
- Nel 3° gruppo di controllo - n. 150 ricevono, oltre alla assistenza già ricevuta, un supporto leggero che consta di materiale informativo e visite domiciliari di un infermiere professionale.

Per la sperimentazione dei dispositivi domotici si è provveduto, operativamente, alla installazione della strumentazione presso il domicilio del paziente, che consta di una centralina wireless connessa a sensori collegati alla Sim Card del cellulare del caregiver.

Il progetto si configura quindi con una duplice finalità: supportare l'anziano nella perdita delle capacità cognitive, motorie e un intervento di sollievo ai familiari che si prendono cura del congiunto.

#### *Bando di accesso ai contributi per la realizzazione di progetti a favore della longevità attiva degli anziani*

DDPF n. 19/PSI/2012 in attuazione delle DGR 1701/2011 e DGR 927/2012 per la realizzazione di iniziative volte a "favorire la longevità attiva degli anziani" da parte di Associazioni di Volontariato e di Promozione Sociale iscritte nel registro regionale. L'obiettivo è rivolto a valorizzare la cittadinanza attiva delle persone anziane over 65 e favorire la loro inclusione nelle reti di partecipazione sociale.

Il budget totale conferito nel 2012 è stato di € 70.000,00 e non superiore ad € 5.000,00 Euro per ogni associazione ammessa a contributo. I progetti si concluderanno il 31 dicembre 2013. Per il 2014 è prevista la seconda annualità dell'intervento il budget totale conferito è di € 65.245,00

### **Sintesi delle attività prevalenti del settore Sanitario**

Casa della Salute non ancora presente in tutti gli ATS. È la sede in cui dovrebbe realizzarsi un nuovo percorso clinico assistenziale rivolto all'integrazione fra politiche della salute e politiche sociali. La CdS è stata individuata come luogo primario delle cure dove sarà possibile diversificare gli interventi all'interno di un sistema di reti.

Cure Domiciliari sono rivolte alla persona in condizioni di temporanea o permanente non autosufficienza. Alternativa al ricovero in ospedale, è caratterizzata da interventi integrati di diversi operatori sanitari. Si interviene a domicilio dell'utente/paziente, le prestazioni sono di natura medica generale, specialistica infermieristica, di riabilitazione. È attivata prevalentemente per gravi patologie o dimissioni dall'ospedale. L'elemento rilevante è costituito dalla presa in carico dell'anziano da parte dell'Unità Valutativa Integrata - UVI mediante la valutazione multidimensionale, il piano individualizzato d'intervento e l'individuazione del case manager.

R.S.A. - Residenza sanitaria assistita per anziani con patologie a caratterizzazione sanitaria che non possono permanere nel proprio domicilio.

### **Dimensioni qualificanti della tematica rispetto all'integrazione sociale e sanitaria**

L'Assistenza Domiciliare Integrata - ADI, è un intervento a prevalente caratterizzazione sanitaria e rappresenta un livello di integrazione che riguarda sia l'ambito istituzionale (Comune e Aziende Sanitarie) sia il livello metodologico. L'intensità assistenziale rivolta all'anziano, è valutata attraverso un approccio socio sanitario che prevede la definizione e la condivisione nell'equipe, del progetto personalizzato: la presa in carico dell'utente, la valutazione multidimensionale del bisogno, la predisposizione del PAI - *Piano Assistenziale Individuale* la cui tempistica è in relazione al raggiungimento degli obiettivi. Inoltre sono definiti i ruoli professionali degli operatori del settore sanitario e sociale.

L'Unità Valutativa Integrata - UVI, rileva il bisogno sociale e sanitario attraverso l'ausilio di metodologie valutative di ordine clinico, funzionale e sociale. L'UVI redige il PAI - Piano Assistenziale Individuale in cui sono stabiliti gli obiettivi da raggiungere, attraverso l'intervento di cura sia clinico sia sociale.

### **Buone pratiche della tematica rispetto all'integrazione sociale e sanitaria**

Il PUA - Punto Unico di Accesso, seppure ancora non presente in tutte le realtà territoriali si configura come uno sportello multifunzionale per l'accesso alle prestazioni. È luogo unitario di accoglienza dell'anziano e rappresenta anche in metodo di lavoro rivolto alla semplificazione di procedure per l'accesso ai servizi domiciliari, residenziali, semiresidenziali.

Le Casa della Salute si differenziano in tre tipologie assistenziali e sono presenti, allo stato attuale solo in alcuni Ambiti territoriali. Si auspica la loro implementazione su tutto il territorio regionale.

### **Criticità della tematica rispetto all'integrazione sociale e sanitaria**

- Carenza di coordinamento interistituzionale tra settore sanitario e sociale.
- Mancanza di una programmazione sociale e sanitaria condivisa e concertata.
- Assistenza Domiciliare Integrata - ADI: la criticità concerne la continuità assistenziale infatti dalla fase di dimissioni dall'ospedale al rientro dell'anziano nel proprio domicilio non sempre è garantita. Il servizio è ancora inadeguato ed insufficiente rispetto al fabbisogno territoriale.
- Difficoltà dell'anziano autosufficiente /non autosufficiente (se vive solo, ma anche se vive in famiglia) nella fruizione delle prestazioni sociali e sanitarie.
- Difficoltà relazionale concerne la comunicazione, la comprensione linguistica .
- Difficoltà nell'iter delle procedure, che risulta spesso non idoneo ed adeguato alle esigenze dell'anziano.
- Carenza delle risorse umane assegnate.

### **Prime indicazioni per definire processi e procedure dell'integrazione sociale e sanitaria a livello regionale e territoriale**

Assistenza Domiciliare Integrata - ADI È di primaria importanza sviluppare un percorso di continuità assistenziale che prenda in carico l'anziano (e la sua famiglia ) e lo accompagni lungo il percorso e il passaggio dall'autosufficienza alla non autosufficienza.

Implementazione e sviluppo di percorsi protetti per anziani in ambito territoriale Ridefinizione e semplificazione dell'approccio dei servizi all'anziano e al suo nucleo familiare. Procedure semplificate, percorsi preferenziali e differenziati fin dal primo accesso ai servizi.

Presa in carico integrata socio sanitaria dell'anziano ed accompagnamento nel percorso di cura e di assistenza Superamento dei percorsi paralleli e non coordinati sia a livello intra settoriale (sociale e/o sanitario), sia intersettoriale (sociale-sanitario).

Ridefinizione dei criteri indicati nella D.G.R. 6/2012 (prevista nei prossimi mesi, anno 2014).

Monitoraggio e valutazione: analisi del fabbisogno territoriale rivolta a tutti i servizi ed interventi a favore degli anziani e controllo del risultato finale attraverso strumenti di monitoraggio e di valutazione; anche con il monitoraggio del livello di soddisfazione.

Sviluppo della rete territoriale: è possibile attraverso una metodologia di lavoro integrata che veda il coinvolgimento dei diversi soggetti, dall'utente al nucleo parentale di appartenenza, dal settore sanitario al sociale, dal terzo settore alle associazioni di volontariato e di promozione sociale. Gli Ambiti Territoriali Sociali possono svolgere un importante funzione di coordinamento della rete territoriale.