



ASSP Cortina

 Azienda Spinecortina Servizi alla Persona

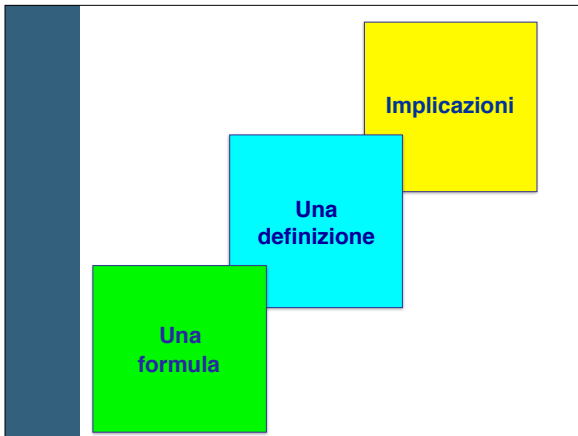
Anziani e salute nel territorio montano

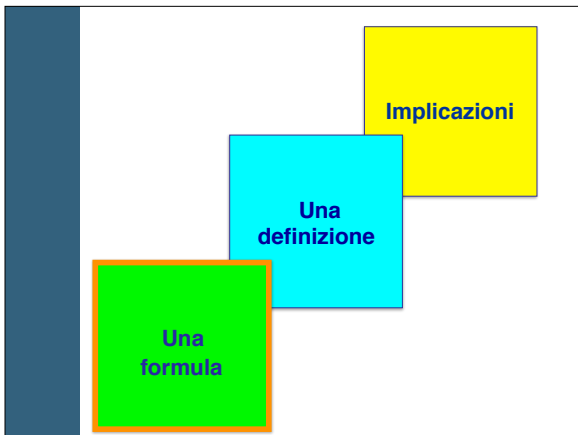
Cortina, 14 giugno 2019

Erio Ziglio*

***Il concetto di resilienza nelle politiche di salute pubblica:
ridurre la vulnerabilità, promuovere salute, equità e sviluppo***

* - Honorary Professor, Health University of Applied Sciences Tyrol Austria;
 - Faculty Member of MCI - Management Centre Innsbruck, Austria;
 - Visiting Professor at the Glasgow Caledonian University in London, United Kingdom
 - Former Director, European Office for Investment for Health and Development, World Health Organization





- Vulnerabilità necessita + Resilienza

$$LV = LR - CR$$



Source: Briguglio 2016; Ziglio, 2017; Ziglio, Azzopardi-Muscat & Briguglio, 2017

Implicazioni

Una definizione

Una formula

Tre pubblicazioni OMS



<http://www.who.int/publications/abstracts/building-resilience-a-key-pillar-of-health-2030-and-the-sustainable-development-goals-examples-from-the-who-small-countries-2017>

<http://www.who.int/publications/abstracts/about-us/network-small-countries-initiative-key-resources-for-strengthening-resilience-a-priority-shared-by-health-2030-and-the-sustainable-development-goals-2017>

<http://www.who.int/publications/abstracts/health-2030-priority-area-four-creating-supportive-environments-and-resilient-communities-2018>

Definizione di Resilienza

La resilienza è connessa con processi ed abilità che determinano buoni risultati di salute/benessere malgrado eventi negativi, shocks, rischi, pericoli o calamità a livello individuale, di comunità o di sistema...

"Bouncing back from adversities"

Fonte: Ziglio, Briaggio and Muscat Azzopardi, 2017; Ziglio, 2017

In sintesi...

Resilienza come risorsa per:

- Gestire
- Anticipare
- Trasformare

Fonte: WHO, Ziglio (Ed) 2017; 2018

3 Livelli di Resilienza



● Individuale



● Comunità



● Sistema

4 Capacità di Resilienza

- ★ Adaptive
- ★ Absorptive
- ★ Anticipatory
- ★ Transformative

Source: Mitchell, 2013; Ziglio 2017; 2018

4 Capacità di Resilienza

Adaptive



Absorptive



Anticipatory



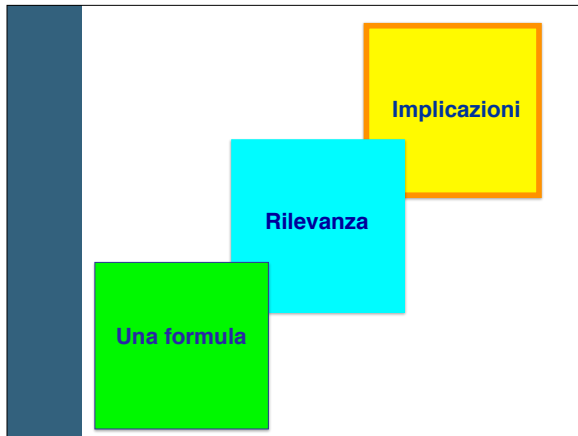
Transformative



Evidenza scientifica

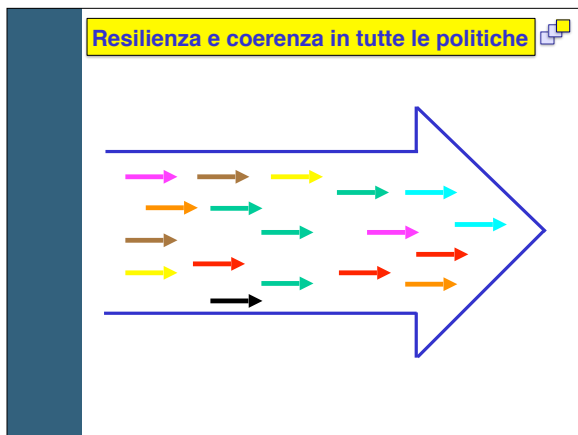
- ★ Resilienza non è un elemento statico ma si può evolvere lungo il ciclo di vita
- ★ Può essere rafforzata con buone pratiche ed azioni di politiche settoriali ed intersettoriali
- ★ Sempre più interesse a livello di sistema
- ★ Sempre più settori pensano in termini di rafforzare la resilienza

Fonte: WHO, Ziglio (Ed), 2017; 2018

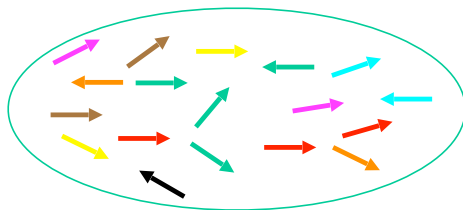


2 grandi implicazioni...

- A** Adottare una *“lente di resilienza”* in tutte le politiche che impattano sulla salute e benessere degli anziani
- B** Sviluppare una *RSF (resilience strengthening function)* nei servizi e programmi



Nella realtà...

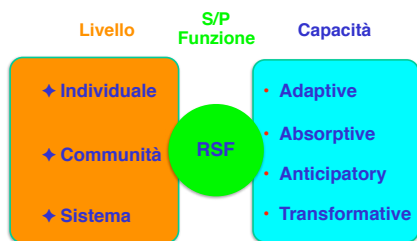


Per evitare questo, abbiamo bisogno di una strategia supportata da impegno politico e da una forte capacità di leadership. Ed una estesa partecipazione delle comunità

Sviluppare una RSF nei servizi e programmi



RSF deve diventare parte centrale nella progettazione e sviluppo di S e P



Un esempio da Innsbruck...



Indovinate l'impatto...



- Adaptive
- Absorptive
- Anticipatory
- Transformative



RSF: un esempio da Blackpool



Comunità montana, futuro e Agenda 2030

Che comunità per il territorio dolomitico?

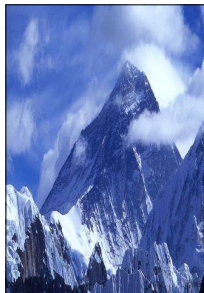
- > Socialmente equa ed inclusiva
- > Economicamente robusta
- > Politicamente partecipativa
- > Ecologicamente sostenibile
- > Sana
- > Resiliente

Source: adapted from I. Kickbusch, 2013; Ziglio 2018

Agenda 2030: Obiettivi di Sviluppo Sostenibile



Percorrere una strada nuova...



Munirsi di strumenti appropriati...



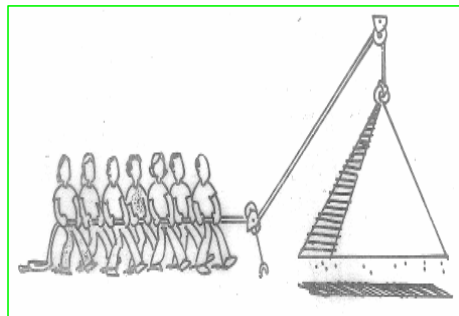
Photo : L. Donaldson, discours au personnel de l'OMS, 2008

Rafforzare la resilienza per determinare il futuro ed evitare disastri



Determinare e gestire il futuro senza lasciare indietro nessuno

Massa critica e non lavorare isolati...



 Comune di Cortina d'Ampezzo
 Comun de Anpezo

 Regole
 d'Ampezzo

 CASAPARC
 COOPERATIVO
 CASA RURALE ED ARTIGIANA
 DI CORTINA D'AMPEZZO E DELLE DOLOMITI

 LA COOPERATIVA
 DI CORTINA

 European Network
 of Social Authorities

 N S A

 FEDER
 SANITÀ

 FEDER
 DOLOMITI

ASSP Cortina
 Azienda Speciale Servizi alla Persona

DOLOMITI & AGING
 Anziani e Salute nel territorio montano

CORTINA - 14 giugno 2019
 Sala Alexander Girardi Hall, via Marangoi 1

I cambiamenti demografici in atto impongono di pensare e progettare a dei modelli organizzativi dei servizi che sempre di più sappiano rispondere sia a bisogni complessi, quindi alle cronicità, sia a creare le migliori condizioni per un invecchiamento sano e attivo.

Il territorio montano rappresenta un luogo dalle particolari criticità per la popolazione anziana per i maggiori pericoli di solitudine e di isolamento, per le difficoltà alla mobilità, per una limitata offerta di iniziative culturali e ricreative, per un elevato digital divide, e dunque con considerevoli rischi di disuguaglianze. Al contempo il territorio montano rappresenta una straordinaria risorsa per vivere una stagione della vita in armonia con la natura e in forma attiva e salubre.

Il convegno si propone dunque di affrontare entrambi questi aspetti approfondendo idee ed esperienze in un confronto a più voci provenienti da diversi ambiti istituzionali e mettendole a confronto con gli operatori del settore.

Integrazione sociosanitaria e Piano nazionale cronicità

Cortina d'Ampezzo, 14 giugno 2019



Ministero della Salute

Mariadonata Bellentani

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

Il contesto

Speranza di vita alla nascita: **M** 80,2 anni nel 2014 vs 79,8 anni nel 2013
F 84,6 anni nel 2014 vs 84,9 anni nel 2013

Indice di vecchiaia in Italia: **157,7%** al 31.12.2015

(rapporto tra la popolazione ≥ 65 e quella < 15 anni)

l'indice di vecchiaia più alto \rightarrow Liguria 242,7 anziani ogni 100 giovani

l'indice di vecchiaia più basso \rightarrow Campania 113,4%

Nella **Ue28**, l'Italia si conferma al secondo posto, dopo la Germania (160% circa).

Il trend dell'invecchiamento

12,3% over 65 (2011) \rightarrow 16,6% (2030)

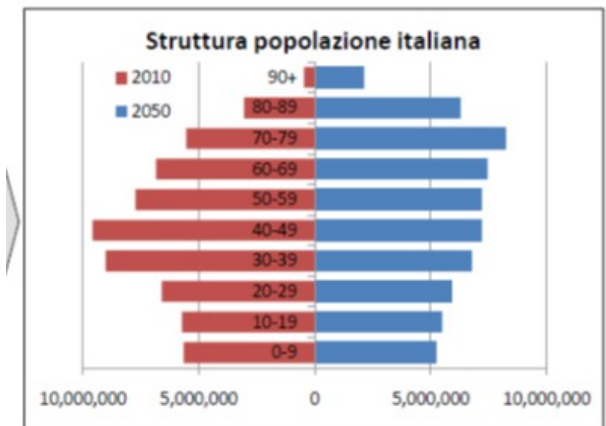
6,03% over 80 (2011) \rightarrow 8,93% (2030)



Il 38,3% dei residenti dichiara di essere affetto da almeno una patologia cronica:

- ✓ ipertensione (17,1%),
- ✓ artrosi/artrite (15,6%),
- ✓ malattie allergiche (10,1%),
- ✓ osteoporosi (7,3%),
- ✓ bronchite cronica e l'asma bronchiale (5,6%)
- ✓ diabete (5,4%).

Fonte: Annuario Istat 2015.



Over 60ys 2010 =26,4 vs 2060 = 39%



Perciò..integrazione e community care

Il fenomeno della cronicità è in progressiva crescita ed ha una significativa portata nel Sistema sanitario: si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie nei paesi avanzati sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche e che nel 2020 le stesse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo

Non è sufficiente spostare alcuni servizi sul territorio, ma occorre operare un cambio di paradigma che costruisca una vera Community Care

Con rete di relazioni sociali concrete, un sistema strutturato in cui concorrono i professionisti della sanità in team, le realtà locali e le stesse persone, in una logica di cogestione della propria condizione di salute.



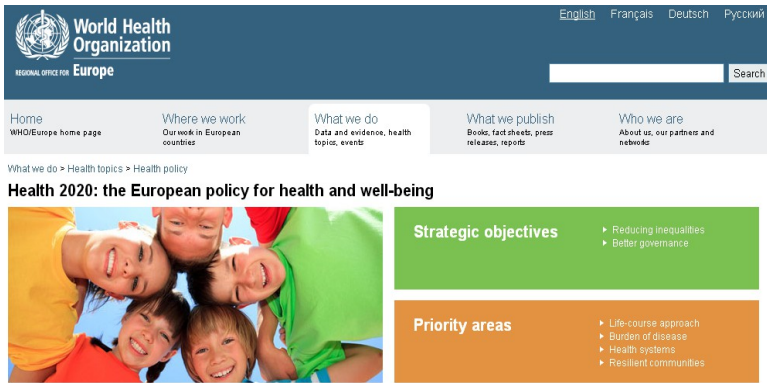


Organizzazione Mondiale Sanità 1978 - 2008 - 2018

Nessun modello sanitario permette, meglio di quello universalistico, il conseguimento dell'obiettivo fondamentale di ogni sistema sanitario: assicurare a tutti l'accesso e continuità delle cure ed il diritto ad una assistenza sanitaria caratterizzata da elevati standard di sicurezza e qualità

Oggi più che mai, l'assistenza primaria è necessaria per garantire lo sviluppo sanitario globale, per ridurre le crescenti diseguaglianze nella salute e per rispondere alla domanda di assistenza sanitaria centrata sulla persona e sulla popolazione

Sistemi sanitari con all'interno "forti" sistemi di assistenza primaria sono associati a una migliore salute della popolazione, una più equa distribuzione della salute, più bassi costi e maggiore soddisfazione per la popolazione" (Kringos et al. 2013)



World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR Europe

English Français Deutsch Русский

Home
WHO/Europe home page

Where we work
Our work in European countries

What we do
Data and evidence, health topics, events

What we publish
Books, fact sheets, press releases, reports

Who we are
About us, our partners and networks

What we do » Health topics » Health policy

Health 2020: the European policy for health and well-being

Strategic objectives

- ▶ Reducing inequalities
- ▶ Better governance

Priority areas

- ▶ Life-course approach
- ▶ Burden of disease
- ▶ Health systems
- ▶ Resilient communities

Agenda 2030 dell' OMS per lo sviluppo sostenibile

Impegnandosi a far sì che nessuno sia lasciato indietro e che ogni essere umano abbia l'opportunità di realizzarsi in modo dignitoso e uguale, basandosi sui principi di integrazione, universalità e partecipazione

“Healthy Ageing” all’interno dell’Agenda 2030 - L'invecchiamento in salute e attivo è una questione rilevante per 15 dei 17 obiettivi del programma SDGs; e richiede una precisa strategia:

- 1. Stabilire una piattaforma per scambiare idee ed esperienze che promuovano il cambiamento,*
- 2. Sostenere la pianificazione e l'azione di ogni Paese per favorire una vita lunga e sana*
- 3. Raccogliere dati globali affidabili, significativi e comparabili. Ciò che viene misurato viene fatto.*
- 4. Promuovere la ricerca che affronta i bisogni correnti e futuri delle persone anziane*
- 5. Allineare i sistemi sanitari ai bisogni di persone anziane.*
- 6. Porre le basi per un sistema di assistenza di long term care in ogni paese. Le persone anziane e i caregiver ricevono la cura e il supporto per vivere con dignità e godono dei diritti umani.*
- 7. Assicurare le risorse umane necessarie per l'assistenza integrata, con competenze per fornire servizi sanitari di qualità e assistenza a lungo termine .*
- 8. Intraprendere una campagna globale per combattere l'Ageism, discriminazione verso i più anziani*
- 9. Migliore comprensione dei costi e delle opportunità di un invecchiamento in buona salute*
- 10. Migliorare la rete globale per Città e comuni sensibili all'invecchiamento.*

Da: Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) adottati con l'Agenda 2030 il 25 settembre 2015 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite; La Rete globale dell'OMS per città e comunità a misura di anziano - WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities (GNAFCC), istituito nel 2010



Integrazione: una necessità

L'integrazione permette di collegare il sistema di assistenza sanitaria (per acuti, di base e specialistica) con gli altri sistemi di assistenza alla persona (long term care, istruzione, servizi domestici e di volontariato) al fine di migliorare gli outcome (clinici, di soddisfazione, ed efficienza)

I soggetti con disabilità fisiche, di sviluppo o cognitive, e spesso con condizioni o malattie croniche correlate, traggono maggiormente beneficio dall'integrazione

Leutz WN, 1999



ELEMENTI FONDANTI DEL MODELLO CCM

1. Promozione di alleanze e cooperazioni

- Individuare altre strutture (sociali, di volontariato, ecc) attive nel territorio nel predisporre programmi dedicati alle cronicità
- Avviare tutte le forme di collaborazione possibili

2. Sistema Assistenziale dedicato

- Gestito e organizzato con una forte, concreta e motivata finalizzazione

3. Promozione del Self Management

- Rendere i pazienti consapevoli della malattia e condividere con loro la responsabilità della propria salute

4. Organizzazione dei team assistenziali

- Passare dal rapporto "paziente – medico" a quello "paziente -team".
- Team assistenziale che comprende professionisti del "primary care" e specialisti

5. Costante riferimento alla migliore evidenza scientifica

- I trattamenti devono essere costantemente uniformati alla migliore evidenza scientifica al momento disponibile (Linee Guida, protocolli, consulenze specialistiche, ecc)

6. Finalizzazione del Sistema Informativo

- Fornire dati clinici, informazioni sulla migliore evidenza disponibile, Linee Guida evidence-based, standard di riferimento
- Reminders per i pazienti e per i curanti
- Registri di patologia "population-based"

EXPANDED CHRONIC CARE MODEL

- *Mira sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio*
- *Riguarda tutti i livelli del sistema sanitario e si attua ad ulteriore integrazione dei paradigmi organizzativi*
- *Caratterizzato da una combinazione di elementi che consente l'interazione efficace tra un paziente reso esperto con un team assistenziale multiprofessionale*

Il singolo paziente viene calato nella più ampia dimensione della comunità, dove gli aspetti clinici considerati dal medico di famiglia sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti di salute





Integrazione: in relazione ai bisogni della persona

Complessità BISOGNI



(Leutz, 1999)



(Ahgren et al, 2005)





Centralità dell'assistenza primaria

In un contesto fortemente orientato verso il sapere specialistico vi è la necessità di una visione integrata ed olistica dei problemi di salute, delle singole persone e della comunità.

Tale compito è affidato alle cure primarie, in particolare alla medicina generalista e alle altre componenti dell'assistenza convenzionata, in una logica di rete.

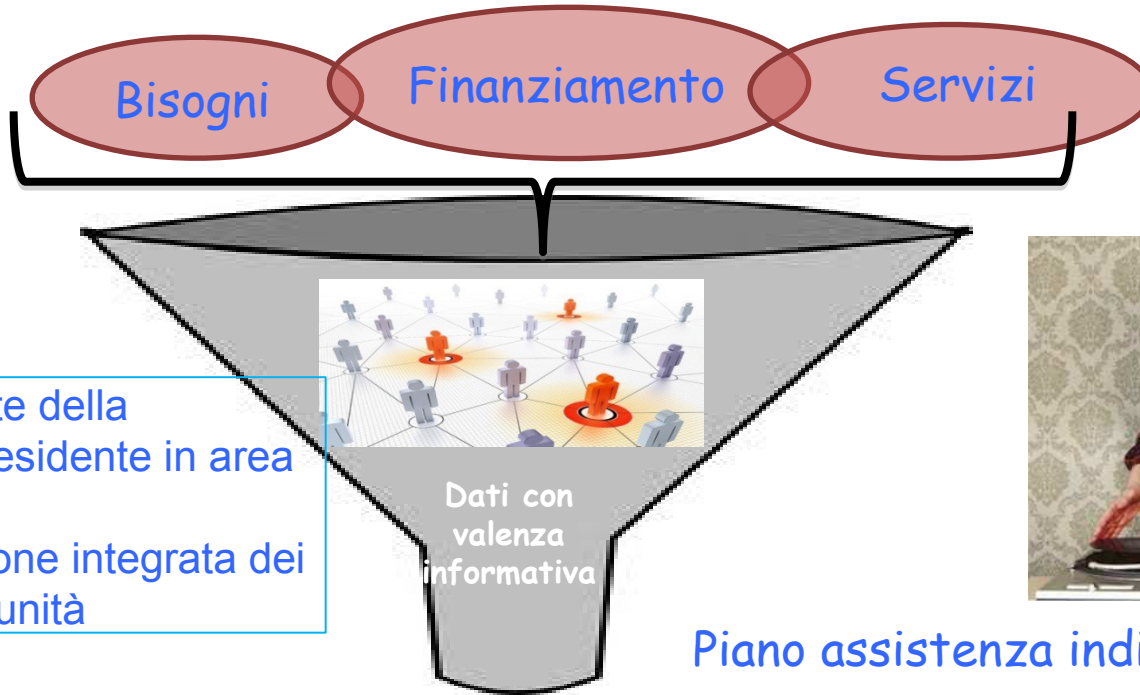
I principali obiettivi ad esse affidati sono:

- Promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute della comunità.
- Prendere in carico i pazienti in modo globale.
- Favorire la continuità assistenziale.
- Concorrere ai processi di governo della domanda.
- Misurare il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute del singolo e della comunità.
- Favorire l'empowerment dei pazienti.

- ✓ *Contact - Accessibility*
- ✓ *Comprehensiveness*
- ✓ *Coordination*
- ✓ *Continuity*
- ✓ *Accountability*

Source: IOM 1978; Starfield B., 1979. A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study".

Le cure primarie sono riconosciute nelle strategie aziendali, nelle quali viene affidata al distretto la *governance* del sistema per l'erogazione di livelli appropriati.



- Profilo di salute della popolazione residente in area geografica
- Programmazione integrata dei servizi di comunità



Piano assistenza individuale

Appropriatezza interventi Salute

Necessità di programmazione e monitoraggio di comunità (programmi comunitari)



Necessità di programmazione integrata e monitoraggio a livello individuale (piani di assistenza individuali)



“Electronic health records are the wave of the future.”

Le Riforme sull'assistenza territoriale

Implementazione di misure di razionalizzazione e efficienza al livello di sistema, monitoraggio della qualità e appropriatezza dei servizi erogati

Nuovi LEA sociosanitari

Piano Nazionale per la Cronicità

ADI e residenzialità - secondo l'intensità assistenziale

Cure intermedie e Ospedali di comunità - DM 70/2015

Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018

Piano di efficientamento e riqualificazione di AO/IRCCS/AOU e ASL

Nuovo sistema di Garanzia dei LEA – monitoraggio assistenza territoriale

Commissione nazionale LEA e appropriatezza

Patto Sanità Digitale e Fascicolo sanitario elettronico

PON GOV – sanità digitale e servizi innovativi per la cronicità

PATTO PER LA SALUTE 2014-2016
(Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014, Rep. n. 82/CSR)

Art. 6 Assistenza socio-sanitaria

Rispetto all'assistenza socio-sanitaria il Patto rafforza scelte condivise :

le Regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, anche per le aree dedicata alla disabilità e alla non autosufficienza.

E distribuiscono le prestazioni domiciliari e residenziali per i malati cronici non autosufficienti, sulla base del fabbisogno di posti letto articolato per intensità assistenziale e per durata.

L'ingresso nella rete integrata di servizi avviene tramite un punto unico presente sul territorio, valutazione multidimensionale ed elaborazione di un piano personalizzato delle prestazioni da parte dell'équipe responsabile della presa in carico dell'assistito.

CONOSCIAMO IL TERRITORIO ?

L'integrazione dei contenuti informativi è un presupposto per la gestione sul territorio di pazienti con patologie croniche



CONOSCIAMO IL TERRITORIO ? Integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio di pazienti con patologie croniche



Getting more value out of data that currently exists by overcoming barriers to linkage across databases.



I flussi NSIS specifici per la assistenza territoriale:

- Specialistica ambulatoriale - art. 50 L. 326/2003
- Assistenza domiciliare (flusso SIAD), DM 17.12.2008 a regime dal 2012
- Assistenza residenziale e diurna (flusso FAR), DM 17.12.2008 a regime dal 2012
- Sistema informativo nazionale dipendenze (SIND), DM 11.6.2010), a regime dal 2012
- Sistema informativo per la salute mentale (SISM) , DM 15.6. 2010 a regime dal 2012
- Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza negli Hospice, DM 6.6.2012, a regime dal 2013



Nuovi flussi in via di attivazione ai sensi del Patto per la Salute 2014-2016

- Sistema informativo sulle prestazioni delle strutture territoriali della riabilitazione
- Sistema informativo monitoraggio delle prestazioni erogate nei Presidi Residenziali di Assistenza Primaria - Ospedali di comunità
- Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito delle cure primarie

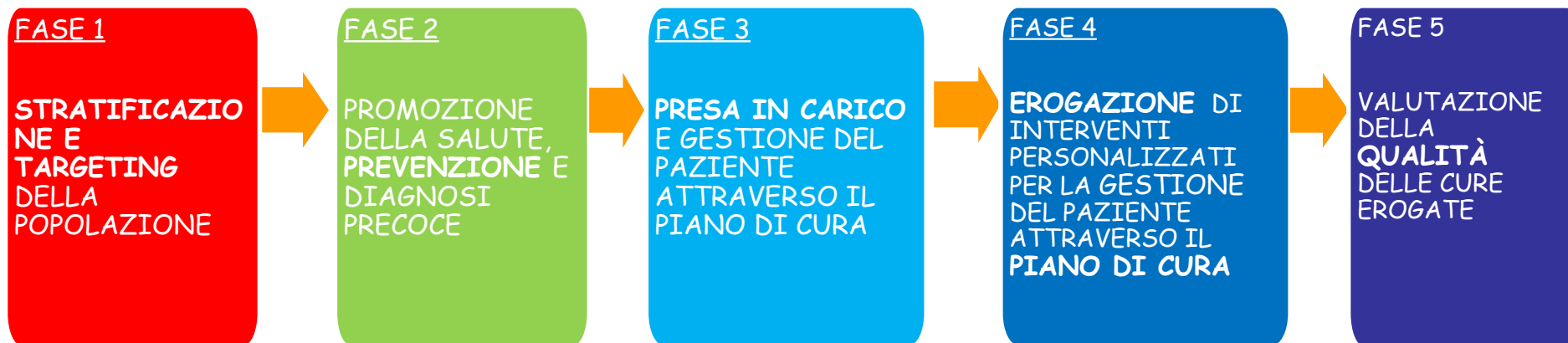
Fascicolo sanitario elettronico DPCM 29.09.2015, n. 178. «Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico»

Decreto di interconnessione dei dati: DM 6 dicembre 2016 sulle procedure per l'interconnessione dei dati

Il Piano Nazionale per la Cronicità

Il Piano tiene conto del “*Model of Innovative and Chronic conditions (ICCC)*”, che aggiunge al Chronic Care Model una visione focalizzata sulle politiche sanitarie e normative a supporto, per una effettiva realizzazione del cambiamento.

Il modello di gestione si articola in 5 fasi, ognuna con obiettivi e risultati attesi.



Indirizzi specifici per:

- BPCO e insufficienza respiratoria
- Malattie renali croniche e insufficienza renale
- Artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
- Rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn
- Insufficienza cardiaca
- Malattia di Parkinson e parkinsonismi

Messaggi chiave del Piano nazionale della Cronicità



Messaggi chiave del Piano nazionale della Cronicità

Una nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti
coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona al macrosistema salute

Un diverso modello integrato ospedale/territorio

Garantire le cure nel luogo di vita delle persone, cure domiciliari integrate
mantenere il più possibile la persona malata al suo domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione anche con l'aiuto delle tecnologie funzionali ai servizi innovativi alla persona

MMG/PLS hanno un ruolo chiave nel coordinamento e nella gestione del percorso di cura del paziente cronico, con un lavoro sempre più di equipe

Un sistema di cure centrato sulla Persona

Il paziente "Persona" (e non più "caso clinico"), a sua volta esperto in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di "co-esistenza" con la cronicità

Una valutazione multidimensionale e di outcome personalizzati

La valutazione orientata sul paziente-persona, sugli esiti raggiungibili e sul sistema sociosanitario



La governance del Piano nazionale della Cronicità



- Sistema di regole che favorisca l'integrazione
- Sistema informativo integrato sul percorso di cura
- Cabina di regia Nazionale, *Ministero, Regioni, Agenas, ISS, ISTAT, società scientifiche ed associazioni di tutela, al fine di:*
 - *Coordinare le attività al livello centrale con definizione di tempistiche per i tempi di applicazione per gli obiettivi prioritari.*
 - *Monitorare la realizzazione dei risultati.*
 - *Promuovere le buone pratiche valutandone la trasferibilità su scala nazionale.*
 - *Misurare i costi relativi alla gestione della cronicità.*
 - *Valutare sistemi di remunerazione specifici per l'assistenza ai malati cronici.*
 - *Diffondere i risultati raggiunti nel sistema ai diversi livelli.*

UNA SCELTA DI SISTEMA

Piano nazionale cronicità

Gli strumenti

Necessità di regole e strumenti che accompagnino la trasformazione del SSN da un **modello per sylos** verticali a **percorsi integrati e trasversali** (*integrated care*)

- sistemi di valutazione (Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA)
- sistemi informativi
- sistemi di remunerazione delle prestazioni degli erogatori
- compensation dei professionisti
- elasticità/flessibilità dei luoghi di erogazione delle cure
- sistemi di accreditamento e autorizzazione
- regole di telemedicina (accreditamento, remunerazione, definizione di servizi)



Alcuni modelli di gestione delle patologie croniche nelle esperienze regionali

- *EMILIA ROMAGNA - Case della Salute*
- *LAZIO – Ambulatori per le Cure Primarie*
- *LOMBARDIA - Chronic Related Group*
- *PUGLIA- Progetto Care Puglia*
- *TOSCANA - Sanità di Iniziativa e Chronic Care Model*
- *VENETO - Medicine di Gruppo Integrate - AFT*
Distretto sociosanitario,

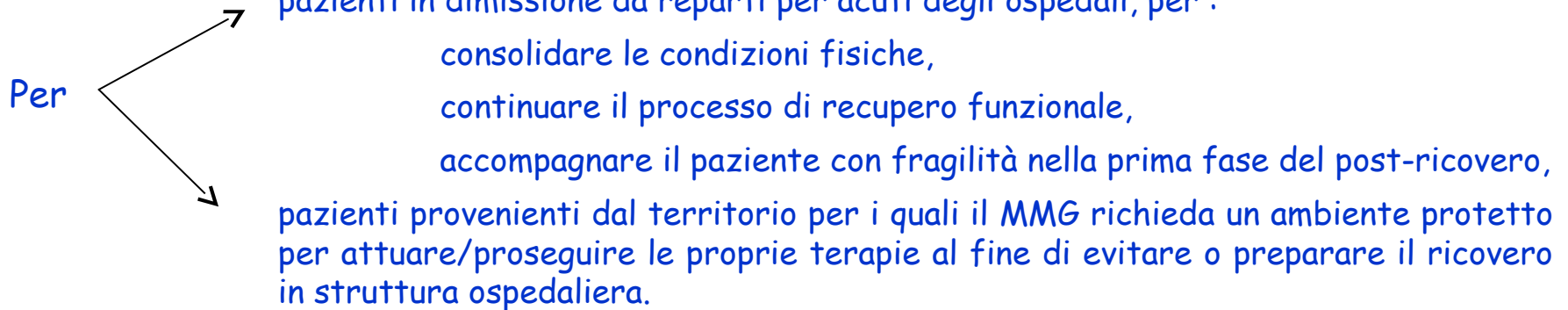
Le cure intermedie (DM 70/2015 paragrafo 10)

Gli standard della rete ospedaliera previsti dal DM 70/2015 (3,7 p.l. x 1.000 ab.) e la necessità di gestire anche riacutizzazioni di patologie croniche senza ospedalizzazione, richiedono anche lo sviluppo di cure intermedie

Sono servizi territoriali di ricovero e cura finalizzati a garantire la continuità assistenziale

- dopo la dimissione ospedaliera
- o per prevenire ricoveri inappropriati,

E favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti.



Con forme di lavoro multidisciplinare, PAI, anche in ex ospedali riconvertiti

Le cure intermedie - Ospedale di comunità

per pazienti per i quali è necessario consolidare le condizioni fisiche, continuare il processo di recupero funzionale e accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero:

- Responsabilità igienico-organizzativa e gestionale in capo al distretto
- 15-20 posti letto - l'assistenza sarà garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico; assistenza medica garantita da MMG o PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN
- Degenza media prevedibile è di 15-20 giorni.



Ospedale di comunità

Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità, da definire con Intesa Stato-Regioni

(art. 5, co. 17, Patto per la Salute 2014-2016; Paragrafo 10 del DM 70/2015 sugli standard ospedalieri).

Area dell'assistenza socio sanitaria

Percorsi assistenziali integrati (art. 21)

Il SSN garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

Le Regioni organizzano tali attività prevedendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di VMD, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto.

Il PAI definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'Unità di VMD, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del MMG e PLS, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile di cura sia diversamente identificato.

Va privilegiato l'intervento nel proprio luogo di vita.



LEA Domiciliare (art. 22)

In relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale (espressa in termini di CIA – coefficiente di intensità assistenziale), le cure domiciliari si articolano nei seguenti livelli :

<p>Cure domiciliari di livello base: prestazioni mediche, infermieristiche e/o riabilitative, anche ripetute nel tempo, in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità</p>	CIA <0,14
<p>Cure domiciliari integrate (ADI) di 3 livelli: prestazioni mediche-infermieristiche-assistenziali o riabilitativo-assistenziali; in risposta a persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati</p> <p>Richiedono la VMD, presa in carico, definizione del PAI, o PRI; responsabilità clinica del MMG o PLS, valorizzando ruolo della famiglia; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici e la fornitura di farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale</p> <p>Le prestazioni di aiuto infermieristico e ass. tutelare professionale, erogate secondo le modalità disciplinate dalle Regioni, sono a carico del SSN per i primi 30 giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50% nei giorni successivi.</p>	<p>I CIA >0,14 < 0,30 in relazione alla complessità del caso</p>
	<p>II CIA >0,31<0,50 in relazione alla criticità e complessità del caso</p>
	<p>III CIA >0,50 persone con elevato livello di complessità, instabilità clinica</p>

LEA Domiciliare (art. 22)

In relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale (espressa in termini di CIA – coefficiente di intensità assistenziale), le cure domiciliari si articolano nei seguenti livelli :

<p>Cure domiciliari di livello base: prestazioni mediche, infermieristiche e/o riabilitative, anche ripetute nel tempo, in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità</p>	CIA <0,14
<p>Cure domiciliari integrate (ADI) di 3 livelli: prestazioni mediche-infermieristiche-assistenziali o riabilitativo-assistenziali; in risposta a persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati</p> <p>Richiedono la VMD, presa in carico, definizione del PAI, o PRI; responsabilità clinica del MMG o PLS, valorizzando ruolo della famiglia; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici e la fornitura di farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale</p> <p>Le prestazioni di aiuto infermieristico e ass. tutelare professionale, erogate secondo le modalità disciplinate dalle Regioni, sono a carico del SSN per i primi 30 giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50% nei giorni successivi.</p>	<p>I CIA >0,14 < 0,30 in relazione alla complessità del caso</p>
	<p>II CIA >0,31<0,50 in relazione alla criticità e complessità del caso</p>
	<p>III CIA >0,50 persone con elevato livello di complessità, instabilità clinica</p>

Cure palliative domiciliari

Il SSN garantisce le CP domiciliari di cui alla legge n. 38/2010 nell'ambito della rete locale di CP a favore delle persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci per la stabilizzazione della malattia o un prolungamento significativo della vita

Le cure sono erogate dalle **Unità di cure palliative (UCP)** sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della rete, e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura di farmaci e dei dispositivi medici, preparati per nutrizione artificiale, nonché aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale.

Richiedono la VMD, la presa in carico del paziente e dei familiari e il PAI

L'UCP garantisce le cure palliative domiciliari articolate in:

<p>livello base: interventi coordinati dal MMG o PLS, garantiscono un approccio palliativo tramite l'ottimale controllo dei sintomi e adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogati da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative, tramite un PAI</p>	<p>CIA <0,50</p>
<p>Livello specialistico: interventi da equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, richiedono un elevato livello di competenza e pronta disponibilità medica e infermieristica h 24, interventi programmati tramite PAI</p>	<p>CIA >0,50</p>

Area dell'assistenza socio sanitaria

L'assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone malate croniche non autosufficienti (artt. 29 e 30)

trattamenti specialistici intensivi di cura e mantenimento funzionale ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore

trattamenti “estensivi” di cura, recupero e mantenimento funzionale, a persone NA con patologie che richiedono tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica nelle 24 ore

trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi gli interventi di sollievo per chi assicura le cure a persone NA (a carico del SSN per il 50%). Sono previsti anche trattamenti semiresidenziale di lungoassistenza

Occorre una valutazione multidimensionale preliminare alla presa in carico ed alla scelta della tipologia di struttura adeguata.



Residenzialità e semi-residenzialità per persone con disturbi mentali (art. 33)

	Trattamenti	Target	Descrizione	Note
RESIDENZIALITÀ	Trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità ed elevata tutela sanitaria	Persone con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie	Prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e tutelari, con presenza di personale sanitario e sociosanitario sulle 24 ore	Durata massima <u>18 mesi</u> , prorogabili per ulteriori 6 mesi in accordo con il CSM; A totale carico del SSN
	Trattamenti terapeutico-riabilitativo a carattere estensivo (di media intensità)	Pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata	Come sopra, con presenza di personale sociosanitario sulle 24 ore	Durata massima di <u>36 mesi</u> , prorogabili per ulteriori 12 mesi in accordo con il CSM; A totale carico del SSN
	Trattamenti socio-riabilitativi (di bassa intensità)	Pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale	Possono articolarsi in più moduli, in considerazione del diverso impegno assistenziale necessario	La durata è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale; A carico del SSN per il 40% della tariffa giornaliera
SEMI RESIDENZIALITÀ	Trattamenti diurni terapeutico-riabilitativi	Pazienti con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale	trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati da una equipe multiprofessionale in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno 5 giorni la settimana	A totale carico del SSN

Residenzialità e semi-residenzialità per persone con dipendenze patologiche (art. 35)

	Trattamenti	Target	Descrizione	Note
RESIDENZIALITÀ	Trattamenti terapeutici specialistici, anche con ricorso a terapia farmacologica e suo monitoraggio	Persones con presenza concomitante di disturbi psichiatrici, o dello stato di gravidanza o di gravi patologie fisiche o psichiche	Trattamenti terapeutici specifici, in strutture o moduli con lpresenza di personale sociosanitario sulle 24 ore	Durata massima <u>18 mesi</u> ; A totale carico del SSN
	Trattamenti terapeutico-riabilitativi per superamento della dipendenza	Persones con dipendenze patologiche che, anche in trattamento farmacologico, non assumono sostanze d'abuso	Trattamenti terapeutici per superare la dipendenza, migliorare la qualità di vita, in strutture con presenza di personale sulle 24 ore	Durata massima di <u>18 mesi</u> , prorogabili a seguito di rivalutazione dei servizi territoriali; A totale carico del SSN
	Trattamenti pedagogico-riabilitativi per recupero autonomia e integrazione sociale	Persones che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti farmaceutici sostitutivi	Possono articolarsi in più moduli, secondo il diverso impegno assistenziale necessario	Durata massima di <u>30 mesi</u> A totale carico del SSN
SEMI RESIDENZIALITÀ	Trattamenti diurni terapeutico- riabilitativi per recupero autonomia e reinserimento sociale	Persones che, anche in trattamento farmacologico, non assumono sostanze d'abuso	trattamenti terapeutico-riabilitativi in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno 5 giorni la settimana	Durata massima <u>18 mesi</u> ; A totale carico del SSN
	Trattamenti pedagogico-riabilitativi per autonomia e reinserimento sociale	Persones che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti farmaceutici sostitutivi	trattamenti terapeutico-riabilitativi in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno 5 giorni la settimana	Durata massima di <u>30 mesi</u> A totale carico del SSN

Residenzialità e semi-residenzialità per persone NON AUTOSUFFICIENTI (art. 30)

	Trattamenti	Target	Descrizione	Note
RESIDENZIALITÀ	Estensivi di cura e recupero funzionale	Persones non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria, continuità assistenziale e presenza infermieristica h24	Prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e tutelari, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici, educazione terapeutica del paziente e del caregiver	Durata: di norma <u>≤60 giorni</u> , fissata sulla base delle condizioni dell'assistito e VMD; A totale carico del SSN
	Lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale	Non autosufficienti	Come sopra più attività di socializzazione e animazione	A carico del SSN per il 50% della tariffa giornaliera
SEMI RESIDENZIALITÀ	Lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, compresi interventi di sollievo	Non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria; comprese persone con demenza		A carico del SSN per il 50% della tariffa giornaliera

Residenzialità e semiresidenzialità per persone con **DISABILITÀ** fisiche, psichiche e sensoriali (art. 34) – con progetto riabilitativo individuale

	Trattamenti	Target	Standard	Note
RESIDENZIALITÀ	Riabilitazione intensiva	Persone di ogni età non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica, con disabilità complesse e modificabili	Intervento riabilitativo = 3h die Infermiere h24 Durata di norma ≤ 45 giorni, con possibilità di nuova VMD che rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo	A totale carico del SSN
	Riabilitazione estensiva	Persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale	Intervento = 1h die Personale sociosanitario h24 durata ≤ 60 giorni, rivalutabile	A totale carico del SSN
	Socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, insieme a prestazioni assistenziali	Persone disabili non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate	Moduli differenziati: 1) disabili gravi con elevato impegno assistenziale	A carico del SSN per il 70%
2) Disabili con moderato impegno assistenziale e tutelare			A carico del SSN per il 40%	
SEMI RESIDENZIALITÀ	Riabilitazione estensiva	Persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale	Intervento = 1h die durata ≤ 60 giorni, rivalutabile	A totale carico del SSN
	Socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue e assistenziali	Non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate		A carico del SSN per il 70%

Come ripensare le attività...

- ✓ Individuazione precoce dei bisogni sanitari e socio-sanitari ed elaborazione di risposte adeguate, valorizzando tutte le risorse civiche disponibili;
- ✓ Programmazione per i diversi target di utenza: promozione e prevenzione; fragilità; cronicità e multicronicità, non autosufficienza;
- ✓ Sviluppo del lavoro per percorsi di cura con organizzazione delle diverse fasi: accesso (PUA; dimissioni protette..); valutazione multidimensionale (con strumenti validati e comparabili, se non unico); Piano individuale di assistenza (con lavoro in team); Monitoraggio e rivalutazione;
- ✓ Facilitazione dei processi di empowerment, la responsabilizzazione degli operatori, le capacità di programmazione e valutazione delle attività su obiettivi comuni di assistenza;
- ✓ Programmazione operativa con il sistema socio-assistenziale, fondamentale per l'integrazione sociosanitaria;
- ✓ Monitoraggio sistematico, quali-quantitativo, delle prestazioni e dei percorsi clinico-assistenziali, nei confronti di tutti gli erogatori interni ed esterni, pubblici e privati e valutazione dei risultati.



Ministero della Salute

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

md.bellentani@sanita.it

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria



EMPOWERING LIVES THROUGH KNOWLEDGE AND IMAGINATION

MILANO | ITALY

PIATTAFORME DI WELFARE

UNA POSSIBILITA'
PER RIORGANIZZARE I MODELLI DI INTERVENTO?


*Giovanni Fosti
CORTINA, 14 giugno 2019*

L'articolazione del sistema

	Soggetto di riferimento	Luogo fisico	Persone da contattare	Procedure	Sistemi informativi	«esito»
Indennità di Accompagnamento	Commissione ASL	ASL, UO dedicata	Ufficio ASL	Valutazione Commissione INPS	Database INPS	Valutazione e titolarità
Permessi ex lege 104	INPS	Sportelli INPS	Operatore INPS	Richiesta amministrativa	Database INPS	Valutazione e titolarità
Ausili sanitari - Carrozzina	ASL	Ufficio protesi e ausili	Ufficio ASL	Richiesta amministrativa	Se esistente, Dipartimento ASL	Concessione ausilio
Badante	Cooperative Patronati Reti Sociali	-	-	-	-	-
Dimissione Ospedaliera (Protetta)	Azienda Ospedaliera	Reparto	Se presente Assistente sociale Ospedale	Procedura di dimissione con cura al domicilio	Se esistente, Dipartimento ASL	Servizi domiciliari al domicilio o altro
ADI	ASL	Dip.Assi				Servizi domiciliari al domicilio
SAD	Servizi sociali comunali	Comune	Assistenti sociali	Valutazione	Se esistente, Comune	Servizi domiciliari al domicilio
RSA o altra struttura	Servizi sociali comunali ASL	Comune, Dip. ASSI	Assistente sociale Personale ASL	Valutazione	Se esistenti: Database Comune o ASL	Inserimento in struttura
«Buono badante» o altro	Servizi sociali comunali	Comune	Assistenti sociali	Richiesta amministrativa	Se esistente, Comune	Supporto finanziario ²

L'articolazione del sistema: percorso o labirinto?

	Soggetto di riferimento	Luogo fisico	Persone da contattare	Procedure	Sistemi informativi	«esito»
Indennità di Accompagnamento						
Permessi ex lege 104						
Ausili sanitari - Carrozzina						
Badante						
Dimissione Ospedaliera (Protetta)						
ADI						
SAD						
RSA o altra struttura						
«Buono badante» o altro						



Bisogni e offerta: le famiglie si organizzano

I SERVIZI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI: Provincia di Bologna e Comune di Milano

**STIMA ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI** provincia
Bologna: 42.926

Anziani in carico ai servizi
pubblici: **11.160** (26% anziani
n.a.)

STIMA BADANTI provincia
Bologna: ~23.100 badanti per
una spesa complessiva di **~280**
milioni di euro all'anno

**STIMA ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI**
residenti a **Milano: 39.581**

Anziani in carico ai servizi
pubblici: **8.312** (21% anziani
n.a.)

STIMA BADANTI comune
di Milano: ~31.287 per una
spesa complessiva di **~375**
milioni di euro all'anno

Risorse pubbliche e private: un esempio

Servizio	Posti disponibili (2015 o 2016)	Utenti in carico (ultima data disponibile)	Risorse	Di cui pubbliche	Di cui private (compartecipazione o Out-of-pocket)
RSAO e RSA	4.817 autorizzati 4.500 convenzionati	4.519 + 127 privati	€ 210.830.000	€ 155.260.000 73,6%	€ 55.570.000 26,4%
Casa di soggiorno	207 posti autorizzati	200	€ 3.460.000	-	€ 3.460.000 100,0%
Centri diurni Anziani e Alzheimer	339 convenzionati + 106 privati	437 + 48 privati	€ 6.160.000	€ 4.520.000 73,4%	€ 1.640.000 26,6%
ADI e ADPD	-	1.186	€ 4.340.000	€ 4.100.000 94,5%	€ 240.000 5,5%
SAD*	-	3.122 utenti in carico per 3,6 ore medie sett.	€ 16.560.000*	€ 14.500.000* 87,6%	€ 2.060.000* 12,4%
Indennità di accompagnamento (cod. 05-06-10)**	-	5.183 utenti 75+	€ 32.000.000	-	€ 32.000.000 100,0%
Assegno di cura	-	2.257 utenti 65+	€ 6.610.000	-	€ 6.610.000 100,0%
Altro*	-	-	€ 11.444.000*	€ 2.224.001 19,4%	€ 9.220.000 80,6%
TOTALE	-	-	€ 291.404.000	€ 180.604.000 62%	€ 110.800.000 38%
Badanti	6.000	6.000	€ 90.000.000	-	€ 90.000.000 100%

*Contenente valori riferiti al primo semestre 2015 che sono stati raddoppiati

**Esclusi valori riferiti ad RSA

La sfida





PENSARE (IN) PIATTAFORME

Perché pensare ai servizi e all'interlocuzione con gli utenti tramite piattaforme reali o web. Vantaggi e precauzioni per l'uso

Un nuovo ambiente competitivo

Si sta sviluppando nell'esperienza delle persone un ambiente di fruizione dei servizi con luci e ombre, che tuttavia può suggerire importanti riflessioni per il welfare.

Il più grosso driver di cambiamento nelle dinamiche competitive non riguarda più la sola risposta efficiente a singoli bisogni tramite beni o servizi



La competizione si è spostata verso piattaforme di ricomposizione a cui l'utente accede in modo unitario, multicanale, spesso in remoto.

La sfida dell'ultimo miglio

- L'utilizzo di piattaforme ha spostato la competizione sulla **risposta aggregata ai bisogni**.

- Processi chiave diventano:

*Forme di
trasformazione dei
bisogni in domanda*

*Orientare la scelta dei
prodotti/servizi*

*Orientare la scelta del
produttore/erogatore*

- L'organizzazione che è in grado di offrire l' "**ultimo miglio**", risulta il pivot del sistema:



Quale valore offrire?

- Oggi la *value proposition* di chi opera in un settore produttivo/di servizi diventa:

- ✓ *Essere centrati sui bisogni*
- ✓ *Riconoscere che diventare una interfaccia per utente / cliente fa la differenza*



- In questo contesto la competizione non si gioca più sulle performance del singolo attore ma sulla sua presenza e sul suo posizionamento in **ecosistemi**.

Di che tipo di piattaforma parliamo oggi

Piattaforma fisica o virtuale

- Luogo di incontro fisico
- Modalità di connessione
- Comunità
- Marketplace virtuale
- Broker



Punti di attenzione:

- Il digitale trasforma i contenuti
- La digitalizzazione modifica i modelli di consumo ma anche di erogazione
- Lavorare su una piattaforma virtuale non è «fare le stesse cose che facevi prima ma su internet»



PIATTAFORME PER IL WELFARE: DALLE PRESTAZIONI ALLE CONNESSIONI

Elementi di valore della logica di piattaforma per la ricomposizione sociale e la crescita della comunità

Il welfare nel contesto «di piattaforma»

- Se il welfare è una questione di ***presidio di diritti***, per continuare a tutelarli dobbiamo leggere il contesto contemporaneo in movimento:
 - ✓ **Non si tratta più solo di conservare o tutelare diritti**
 - ✓ **Ma di essere in contatto con l'esperienza dei cittadini / utenti**
 - ✓ **Allinearsi al dinamismo del contesto**
 - ✓ **Promuovendo reti inclusive**
 - ✓ **Riposizionando le forme di contatto interfaccia con i cittadini /utenti**



Le piattaforme e il mondo pubblico

Il caso della sanità:



- Anche in sanità è iniziata la competizione per offrire la piattaforma ricompositiva unitaria (“ultimo miglio”)
- Ci provano le farmacie, le assicurazioni, le cooperative di medici, gli erogatori sanitari privati, i produttori socio-sanitari, le cooperative di consumo, siti web, associazioni pz., ecc.
- Offrono counselling per le prestazioni e gli stili di vita, informazioni per il paziente, prenotazioni, orientamento tra i produttori, sostegno alla compliance, integrazione tra sociale e sanitario, case management

Si sposta il luogo chiave sull' orientamento dei cittadini e della definizione delle priorità di consumo

La sfida della contemporaneità

Equilibrio si è sempre giocato su una dinamica di economie di scala, rapporto volumi erogati/spesa sostenuta oppure strategia di nicchia



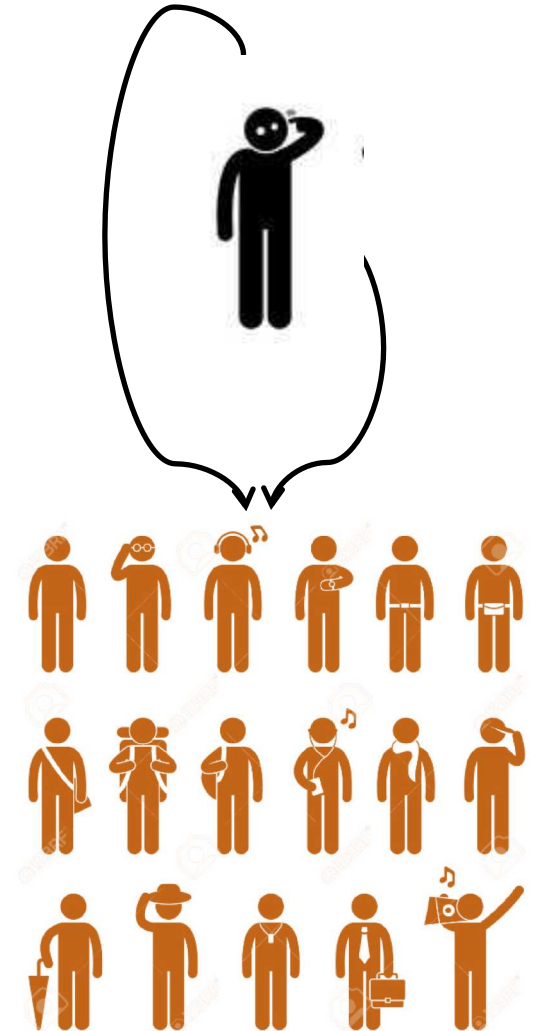
Apertura al privato / mercato come replica di schemi già visti non è soluzione di medio / lungo periodo

Equilibrio si può spostare dalla produzione di prestazioni all'attivazione di risorse



Piattaforma nel welfare

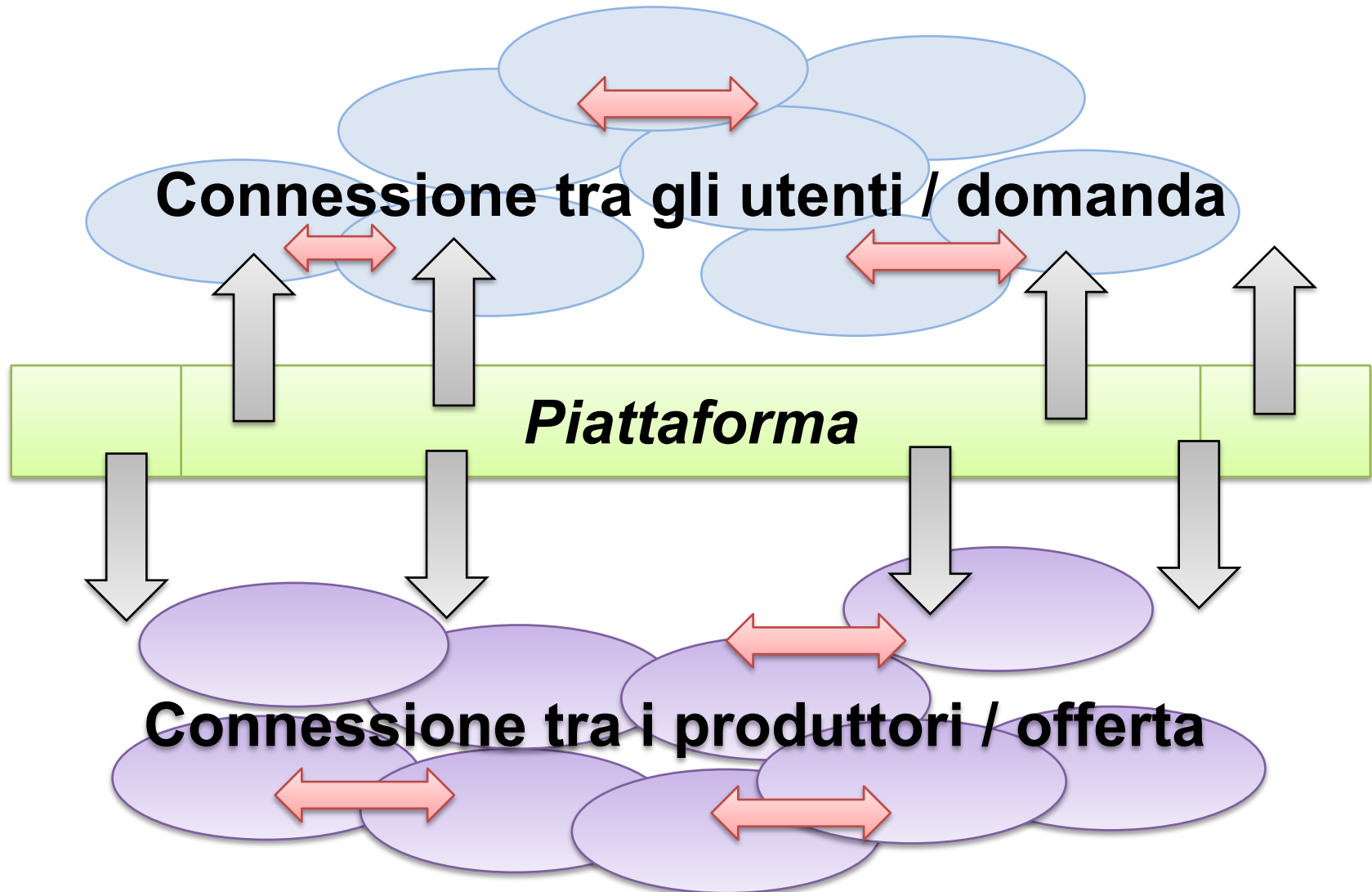
- *Come mettere a frutto le piattaforme nel welfare?*
- Alcuni temi:
 - Passare da domanda individuale e valore per il singolo a domanda **aggregata** e valore per la **comunità**
 - **Massa critica** da raggiungere
 - Creare **fiducia** verso la piattaforma
 - Mettere a frutto **pooling** tra pubblico e privato





DALLE PRESTAZIONI ALLA COMUNITÀ ATTRAVERSO LA RETE
Risorse e servizi che possono essere attivati tramite piattaforme web

Connessioni orizzontali e verticali (1)



Connessioni orizzontali e verticali (2)

La connessione tra gli
UTENTI (domanda) :



- Promuove legami sociali
- Valorizza le risorse della comunità
- Rende i problemi individuali meno intensi

La connessione tra i
PRODUTTORI (offerta):



- Integra la filiera
- Economie di specializzazione
- Spill over di know how

Stimolare la comunità abbattendo i confini

- Il confine tra chi è utente e chi è produttore può arrivare a cadere oltrepassando la piattaforma.
- Questa è una ambizione del sociale e del sociosanitario.
- Il coinvolgimento dei singoli diventa reale.
- Piattaforma vs co-progettazione.

Dalla piattaforma alla comunità

- Tre passaggi logici:

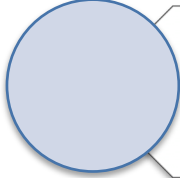
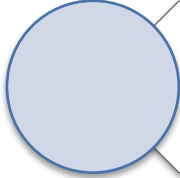
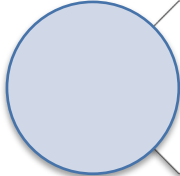
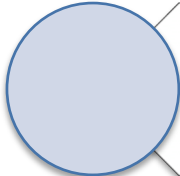
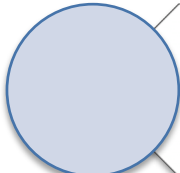
1. *Le piattaforme attivano forme di scambio e di contatto*
2. *Le connessioni creano relazioni stabili*
3. *Le piattaforme si basano sulla fiducia, che il singolo ripone verso l'aggregato e verso gli altri singoli*



SVILUPPARE E PROGETTARE UNA PIATTAFORMA PER IL WELFARE

Quali sono le dimensioni strategiche e operative da considerare nell'allestimento della piattaforma?

Quali punti di attenzione nel progettare piattaforme per il welfare?

-  *La piattaforma va organizzata e controllata (CHI?)*
-  *Stare nel web non è semplice (COMPETENZE)*
-  *Le relazioni vanno costruite e alimentate (COSA?)*
-  *Le piattaforme non si «riempiono» da sole (MASSA CRITICA)*
-  *Gli step progettuali sono da presidiare*

La piattaforma va organizzata e controllata

- **Chi** accede alla piattaforma sul lato offerta?
- **Chi** accede alla piattaforma sul lato domanda?
- **Come** avvengono le relazioni?
- Qualcuno **controlla** la piattaforma o lascia libera di svilupparsi?



Stare nel web non è semplice

- Il web ha le sue regole che sono diverse da quelle di altri spazi di mercato.
- Sono necessari:
 - **Competenze**
 - **Tecnologie**
 - **Tempi**
 - **Linguaggi**



.... *Ad hoc, specifici*

Le relazioni vanno costruite e alimentate

- La fase iniziale di start up **non** è la più rilevante.
- Il successo delle iniziative si sposta sul **mantenimento** di alti livelli di attenzione e sul continuo **aggiornamento**.
- La piattaforma non si progetta una volta per tutte. E' un luogo che deve continuamente evolvere per soddisfare i bisogni degli utenti.



Non è detto che sia più facile di progettare un servizio tradizionale!

Le piattaforme non si «riempiono» da sole

- Come esplicitare il valore proposto per chi partecipa alla piattaforma?
- I singoli aderiscono alla piattaforma se:
 - *Si riconoscono nel valore proposto*
 - *Percepiscono fiducia verso la piattaforma*
 - *Trovano soluzione ai loro bisogni*
 - *Trovano personalizzazione e facilità di accesso*



Gli step progettuali sono da presidiare

- Tutti gli step sono fondamentali.
 1. *Definizione di un target di riferimento*
 2. *Definizione di una value proposition*
 3. *Individuazione delle possibili soluzioni che offrono quel valore a quel target*
 4. *Studio di fattibilità delle opzioni*
 5. *Ricerca dei partner*
 6. *Test*
 7. *Continuo aggiornamento*



Quale ruolo per il pubblico?

- *Gestore della piattaforma?*
- *Facilitatore di piattaforme private?*
- *Promotore culturale?*
- *Monitoraggio delle reti esistenti, dei gap?*



Comune di Cortina d'Ampezzo
Comun de Anpezo



“Scienza e carità”, olio su tela, (cm 197x249,5), Pablo Picasso, 1897
“Museu Picasso” di Barcellona

DOLOMITI & AGING “ANZIANI E SALUTE NEL TERRITORIO MONTANO”

MODELLI GESTIONALI NEL LONG TERM CARE IN AMBITO MONTANO: ESPERIENZE A CONFRONTO

venerdì 14 giugno 2019 – Cortina d'Ampezzo

Gian Antonio Dei Tos MD, MA
Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
Azienda ULSS 1 Dolomiti

REGIONE DEL VENETO



ULSS 1
DOLOMITI



UNA PRIMA DEFINIZIONE

Con il termine assistenza continuativa o di lungo periodo (**Long Term Care, LTC**) l'Organizzazione Mondiale della Sanità fa riferimento **all'insieme di servizi sanitari e sociali erogati per un periodo di tempo prolungato a soggetti che necessitano di assistenza continuativa di base a causa di disabilità fisiche o mentali.**

Tali servizi possono essere erogati in strutture residenziali, a domicilio o presso comunità, comprendendo l'assistenza informale di parenti o conoscenti così come quella formale di professionisti e agenzie o organizzazioni sanitarie.

L'**obiettivo** finale degli interventi di LTC è il **perseguimento e mantenimento del miglior stato di salute possibile** per la singola persona in relazione alle condizioni fisiche e psichiche nelle quali essa si trova. **Indipendenza, autonomia, partecipazione, autorealizzazione e dignità umana** sono, infine, i **cardini valoriali** attorno ai quali gli interventi devono essere organizzati **al fine di valorizzare le risorse presenti e rendere i soggetti partecipi e responsabili dei percorsi di cura.**



COSA INVESTIAMO?

Italia fanalino di coda in UE: investe solo il 10% della spesa sanitaria. Assistiti a domicilio il 3,2% degli over 65.

Nei Paesi del Nord Europa viene investito in Long Term Care circa il 25% della spesa sanitaria. In Italia il dato si ferma a circa 15 miliardi di euro. Di questi, solo 2,3 miliardi (l'1,3% della spesa sanitaria totale) sono destinati all'erogazione di cure domiciliari, con un contributo a carico delle famiglie di circa 76 milioni di euro.



Azienda ULSS 1 Dolomiti



4%

popolazione

1/5

territorio

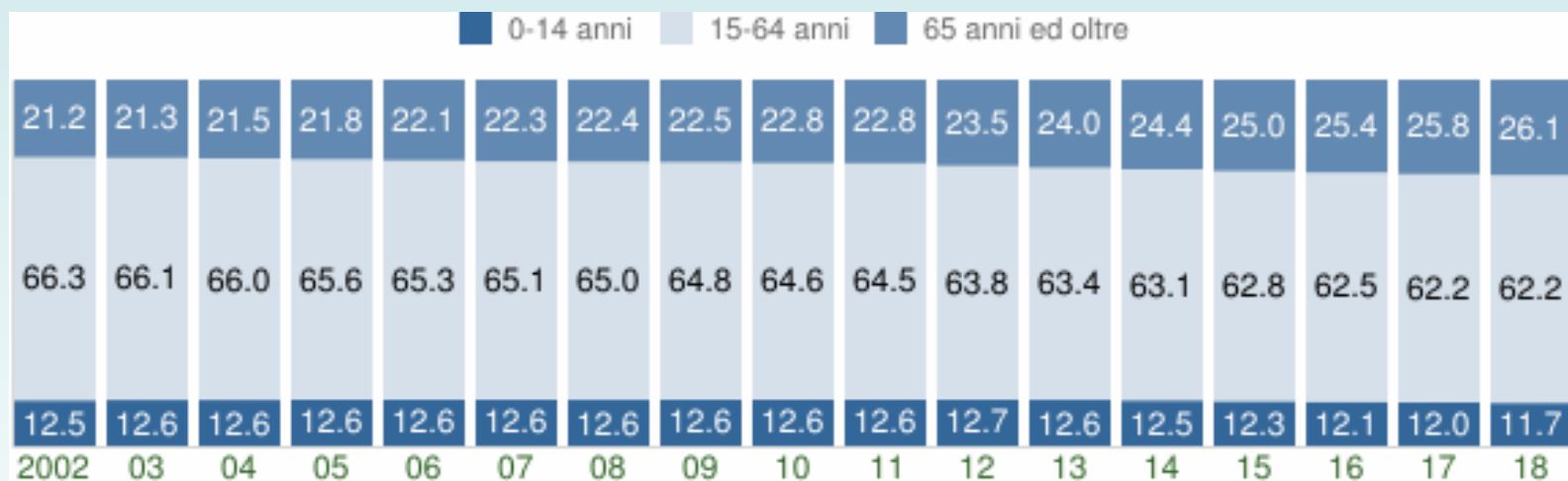
56 Ab/km²

VS.

266 Ab/km²



Evoluzione della struttura della popolazione della Provincia di Belluno negli ultimi 15 anni



Struttura per età della popolazione (valori %)

PROVINCIA DI BELLUNO - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT



INDICE DI VECCHIAIA



- Belluno: 215,5
- Veneto: 136,6
- Nel 2002 era 170

Indice di vecchiaia

Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni.



TASSO DI CRESCITA TOTALE DELLA POPOLAZIONE (PER MILLE ABITANTI)

Provincia di Belluno -4,3%

Regione Veneto -0,6%



Tasso di crescita totale

È il rapporto fra la variazione della popolazione in un dato anno (differenza fra popolazione al 31 dicembre e al 1° gennaio) e la popolazione media di quell'anno per mille individui.


Belluno: evoluzione della popolazione negli ultimi 35 anni (1982-2017)


Graficamente la Figura indica, per la provincia di Belluno, una curva di caduta della popolazione molto inclinata negli ultimi 5 anni e quindi peggiore rispetto ai periodi precedenti: tra il 2012 e il 2017 la provincia di Belluno ha perso quasi il 2% degli abitanti passando da 209.720 unità a meno di 206 mila unità.

L'analisi dell'ultimo quinquennio (2012-2017) è indicativa in quanto si nota - specie in raffronto con altri territori montani che, per vicinanza al Bellunese (Trento e Bolzano) o per motivi legislativi (la lombarda Sondrio e la piemontese Verbano-Cusio-Ossola sono state definite per legge, insieme a Belluno "province montane di confine") - un comportamento diverso e comunque più critico per Belluno.

In particolare, il confronto con le 110 province italiane è drammatico tant'è che tra il 2012 e il 2017 la provincia di Belluno (-1,9%) presenta il quinto calo demografico più elevato d'Italia.



IL QUADRO DELLE RISORSE ECONOMICHE PER I SERVIZI SOCIO-SANITARI

DISTRETTO DI BELLUNO

Distribuzione risorse per area di intervento

	Interventi di accesso, consulenza e presa in carico	Interventi domiciliari /territoriali	Interventi semi-residenziali	Interventi residenziali	Sostegno economico	Interventi di socializzazione, prevenzione, informazione, azioni di sistema	Altro	TOTALE
Famiglia, infanzia, adolescenza	2.245.189,79	147.324,41	2.677.025,17	0,00	1.481.926,18	672.665,78	114.570,65	7.338.701,97
UDE	2.191.994,00	99.688,74	2.677.025,17	0,00	1.481.926,18	59.940,13	111.309,97	6.621.884,18
PROGETTI	53.195,79	47.635,67		0,00	0,00	612.725,65	3.260,68	716.817,79
Persone Anziane	693.526,21	5.406.871,89	1.396.879,31	38.434.931,09	1.329.619,98	77.935,77	0,00	47.339.764,26
UDE	603.071,00	5.273.326,47	1.396.879,31	38.434.931,09	1.329.619,98	52.065,12	0,00	47.089.892,98
PROGETTI	90.455,21	133.545,42	0,00	0,00	0,00	25.870,65	0,00	249.871,28
Disabilità	840.392,79	2.124.161,84	2.738.375,95	3.446.844,00	488.340,54	139.097,78	249.720,53	10.026.933,43
UDE	832.988,28	2.116.499,84	2.564.715,81	3.388.995,71	488.340,54	77.113,34	249.720,53	9.718.374,05
PROGETTI	7.404,51	7.662,00	173.660,14	57.848,29	0,00	61.984,44	0,00	308.559,38
Dipendenze	1.710.043,42	0,00	0,00	0,00	452.754,42	2.877,00	0,00	2.165.674,84
UDE	1.710.043,42				452.754,42	2.877,00		2.165.674,84
PROGETTI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Salute Mentale	3.779.400,71	3.553,73	498.813,14	1.573.733,18	304.106,07	11.532,00	0,00	6.171.138,84
UDE	3.779.400,71	99,99	498.813,14	1.573.733,18	304.106,07	0,00	0,00	6.156.153,10
PROGETTI	0,00	3.453,74	0,00	0,00	0,00	11.532,00	0,00	14.985,74
Marginalità Sociale	333.766,11	22.454,40	2.067,49	103.818,09	794.871,85	0,00	0,00	1.256.977,94
UDE	4.977,00	22.454,40		10.000,00	348.959,01			386.390,41
PROGETTI	328.789,11		2.067,49	93.818,09	445.912,84	0,00		870.587,53
Immigrazion e	39.366,54	0,00	0,00	7.846.141,55	60.841,00	19.490,00	0,00	7.965.839,09
UDE	22.777,47	0,00	0,00	0,00	60.841,00	0,00		83.618,47
PROGETTI	16.589,07	0,00	0,00	7.846.141,55	0,00	19.490,00	0,00	7.882.220,62
Trasversale	611.685,66	354.470,55	0,00	0,00	121.367,80	24.668,08	387.101,53	1.499.293,62
UDE	546.796,93	74.220,98			121.367,80		387.101,53	1.129.487,24
PROGETTI	64.888,73	280.249,57	0,00	0,00	0,00	24.668,08	0,00	369.806,38
Totale	10.253.371,24	8.058.836,81	7.313.161,07	51.405.467,91	5.033.827,84	948.266,41	751.392,71	83.764.323,99

IL QUADRO DELLE RISORSE ECONOMICHE PER I SERVIZI SOCIO-SANITARI

Distribuzione risorse per fonte di finanziamento

	Regione	Comune	Fondi statali vincolati e UE	Altri enti pubblici	Utenza	Enti privati	Altro/ Non definito	TOTALE
Famiglia, infanzia, adolescenza, minori, giovani	2.864.990,11	2.089.004,63	188.807,97	233.221,31	1.579.003,50	136.944,34	60.357,04	7.152.328,90
Persone anziane	22.917.028,05	1.859.649,26	19.943,00	438.061,20	19.669.891,34	2.474.522,38	308.868,00	47.687.963,23
Disabilità	6.699.735,69	2.069.608,44	7.915,00	271.630,52	859.899,36	77.055,24	60.131,26	10.045.975,51
Dipendenze	2.162.797,84	2.877,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.165.674,84
Salute mentale	6.091.918,38	46.437,71	849,00	0,00	21.250,75	6.706,00	4.107,00	6.171.268,84
Marginalità sociale	194.802,21	445.904,96	51.240,11	65.621,24	3.067,00	506.153,00	22.150,49	1.288.939,01
Immigrazione	9.265,81	31.734,48	7.850.531,55	3.600,00	0,00	70.141,00	0,00	7.965.272,84
Trasversale	515.770,08	719.593,90	0,00	39.342,17	33.137,48	37.709,23	1.000,00	1.346.552,85
TOTALE	41.456.308,17	7.264.810,38	8.119.286,63	1.051.476,43	22.166.249,43	3.309.231,19	456.613,79	83.823.976,02

IL QUADRO DELLE RISORSE ECONOMICHE PER I SERVIZI SOCIO-SANITARI

DISTRETTO DI FELTRE - Distribuzione risorse per area di intervento

	Interventi di accesso, consulenza e presa in carico	Interventi domiciliari territoriali	Interventi semi-residenziali	Interventi residenziali	Sostegno economico	Interventi di socializzazione, prevenzione, informazione, azioni di sistema	TOTALE
Famiglia, infanzia, adolescenza, minori, giovani	1.664.271	77.194	1.844.007	309.952	868.666	217.701	4.981.790
Persone Anziane	0	5.099.767	588.063	39.033.349	0	34.403	44.725.581
Disabilità	239.462	319.082	1.739.879	765.180	1.043.139	222.118	4.328.859
Dipendenze	620.040	0	0	731.323	0	6.402	1.357.765
Salute mentale	702.030	0	263.864	3.863.531	6.000	2.400	4.837.824
Marginalità, inclusione sociale e Immigrazione	0	0	0	70.294	227.907	55.000	353.201
Trasversale	200.297	0	0	0	230.609	5.464	436.370
TOTALE	3.426.100	5.496.043	4.435.813	45.486.458	2.376.321	543.488	61.734.219

IL QUADRO DELLE RISORSE ECONOMICHE PER I SERVIZI SOCIO-SANITARI

Distribuzione risorse per fonte di finanziamento

	Regione	Comune	Fondi statali vincolati e UE	Utenza	Altri enti pubblici	Enti privati	TOTALE
Famiglia, infanzia, adolescenza, minori, giovani	2.403.506	1.231.243	0	1.127.735	122.885	107.996	4.981.790
Persone Anziane	19.215.938	1.204.743	0	23.492.214	113.883	712.829	44.725.581
Disabilità	2.896.383	427.158	40.000	681.604	6.354	277.360	4.328.859
Dipendenze	1.292.301	31.050	0	28.467	0	5.947	1.357.765
Salute mentale	4.828.424	6.000	0	0	0	2.400	4.837.824
Marginalità, inclusione sociale e immigrazione	63.378	138.283	0	40.191	54.156	57.192	353.201
Trasversale	179.884	251.022	0	5.464	0	0	436.370
TOTALE	30.879.814	3.289.499	40.000	25.375.675	297.278	1.862.527	61.734.219

RISORSE ECONOMICHE DISPOBILI PROVINCIA BELLUNO NELL'AREA SOCIO-SANITARIA



Belluno: € 83.823.976

Feltre: € 61.734.219



COSA CI ATTENDE?

L'invecchiamento della popolazione è una delle sfide più rilevanti che il nostro Paese, e ancor più le Amministrazioni che si collocano nei territori montani quali il bellunese, sono chiamati ad affrontare nei prossimi anni:

- l'indebolimento del welfare basato sulle risorse della famiglia,
- le difficoltà del settore pubblico nel fornire servizi agli anziani e alle loro famiglie, il ricorso ad assistenti familiari straniere (le cosiddette badanti) e altre soluzioni “informali” di assistenza



I PROCESSI DELL'LTC

Quando nel nostro Paese si fa riferimento all'assistenza continuativa degli anziani, si intendono principalmente 3 tipi di servizi, che hanno il fine di soddisfare il bisogno assistenziale determinato dall'insorgere della non autosufficienza:

1. **interventi domiciliari**
2. **interventi residenziali**
3. **prestazioni monetarie**



L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Pubblica: a sua volta si articola in SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)
e in ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Privata: il cd “BADANTATO”, strettamente associato alle condizioni economiche delle famiglie, e correlato alla trasformazione della famiglia contemporanea degli ultimi decenni, che viene utilizzato in alternativa o sostituzione delle reti informali familiari



I SERVIZI RESIDENZIALI

RSA – Residenze Socio-Assistenziali

Strutture finalizzate all'assistenza sanitaria a tempo determinato (circa 3 mesi) di soggetti temporaneamente non autosufficienti dimessi dall'ospedale

Ospedali di Comunità: 1 Auronzo di Cadore, 1 Agordo, 1 Alano di Piave e 1 in attivazione a Belluno e Feltre

Unità riabilitative territoriali: 1 in attivazione a Lamon

Hospice: 1 a Belluno e 1 a Feltre

Strutture residenziali

Centri di Servizio per anziani autosufficienti (22)

Centri di Servizio per anziani non autosufficienti (29)

Case Albergo (3)

Comunità Terapeutiche (Auronzo, Belluno)

Area psichiatrica

Comunità Alloggio (Auronzo, Belluno)

Gruppi Appartamento Protetto (Pieve di Cadore, Belluno)

Servizi semi-residenziali

Centri Diurni, che sostengono gli utenti in condizione di *parziale autosufficienza* (9 + 3 di area psichiatrica)



LE PRESTAZIONI MONETARIE

Indennità di accompagnamento: erogata dall'INPS; è l'unica prestazione a livello nazionale che non tiene conto in alcun modo degli aspetti anagrafici ed economici

Impegnative di cura domiciliare (ICD): erogati dai Comuni e dalle ULSS; la loro peculiarità consiste nell'essere erogati prevalentemente in alternativa ai servizi alla persona, domiciliari o residenziali. 3.027.451,00 euro anno 2018

Voucher: "buoni" che attribuiscono il diritto ad acquistare determinati pacchetti di prestazioni presso provider riconosciuti ed accreditati

Es: Progetto Home Care Premium (200 utenti anno 2018)



DATI DI ATTIVITA' ULSS 1 DOLOMITI

ANNO 2018

Utenti in assistenza domiciliare: 1994

Utenti in assistenza domiciliare integrata: 1026

Utenti in strutture residenziali: 1710

Utenti cure palliative: 684

Utenti disabili: 2279

Utenti servizio integrazione lavorativa: 557

Utenti inseriti nelle strutture intermedie (Hospice e Ospedali di Comunità): 773

Utenti del dipartimento dipendenze: 1623

Utenti con problemi di salute mentale: 4893

MEDICINE DI GRUPPO

- Sono **team multiprofessionali** (medici e pediatri di famiglia, specialisti, medici della continuità assistenziale, infermieri, collaboratori di studio ed assistenti sociali) che:
- erogano un'assistenza **globale** (dalla prevenzione alla palliazione continua e centrata sulla persona)
 - assicurano un'assistenza **H24, 7 gg su 7**

Sono parte fondamentale del Distretto ed assumono responsabilità verso la salute della Comunità

MEDICINE DI GRUPPO

Nel 2018 – dopo la prima fase di avvio – sono entrate a regime le 4 Medicine di Gruppo Integrate (con sede a Belluno, Longarone, Santo Stefano di Cadore, Feltre) avviate nel 2017 che complessivamente hanno realizzato gli obiettivi di salute affidati attraverso i contratti di esercizio.

Il Piano ha previsto l’attivazione delle seguenti MdG come sviluppo di altrettante Medicine di Rete:

Anno 2019

- 1 MdG con sede a Ponte nelle Alpi
- 1 MdG con sede a Cortina d’Ampezzo
- 1 MdG con sede a Feltre

Anno 2020

- 1 MdG con sede ad Agordo
- 1 MdG con sede a Belluno

ZONE DISAGIATE

L'Azienda ULSS 1 Dolomiti, con deliberazione n. 114 del 25.1.2018, ha attivato le cc.dd. zone disagiate per l'assistenza primaria dall'1.3.2018.

Le zone disagiate – che riguardano **23 Comuni** (20 nel Distretto di Belluno e 3 nel Distretto di Feltre 2) nei quali l'attività dei medici di assistenza primaria è retribuita con un **compenso aggiuntivo di € 6,20/assistito/anno**. **Costituiscono un intervento mirato ad incentivare la presenza medica nei territori più “sfavoriti” per le caratteristiche del territorio.**

Progetto Home Care Premium

Si tratta di un progetto finanziato dall'INPS e rivolto a persone anziane e disabili in situazione di non autosufficienza, che vivono a domicilio, alle quali vengono offerti una serie di servizi domiciliari, che si armonizzano con quelli proposti da sistema di cure domiciliari in essere in Azienda. Dal 2015 al 2018 sono state erogate risorse per 1.516.373,43 Euro.



PROGETTO SOLLIEVO

L'obiettivo principale del progetto regionale è quello di dare sollievo alle famiglie che assistono a domicilio persone affette da decadimento cognitivo accertato ed in fase di iniziale, attivando una rete di sostegno da parte del volontariato nella comunità in cui vivono, alleggerendo anche il carico assistenziale e cercando di arginare l'inevitabile isolamento in cui il nucleo familiare si trova a vivere.

Nel Distretto di Belluno a partire dal 2014 sono stati avviati in prima battuta cinque Centri Sollievo (Ponte nelle Alpi, Limana, Agordo, Santo Stefano e Calalzo di Cadore) gestiti da volontari adeguatamente formati con il prezioso supporto del Progetto Alzheimer e coordinati da operatori professionali.

Nel 2017 hanno preso avvio altri centri a Chies d'Alpago e a San Vito di Cadore. Nel comune di Ponte nelle Alpi è stato creato un gruppo di AutoMutuoAiuto che ruota attorno al locale Centro Sollievo.

Visto il buon esito del progetto e soprattutto il positivo riscontro da parte dell'utenza, ulteriori realtà territoriali stanno valutando di implementarlo con l'apertura di nuovi centri sollievo a Rocca Pietore, Gosaldo e Farra d'Alpago.

Nel distretto di Feltre, dopo una fase di stasi del progetto, sono partiti n. 2 Centri Sollievo, a Trichiana e Cesiomaggiore che stanno dando buoni risultati in termini di utenza

Centro per il Decadimento Cognitivo

Sia nel Distretto di Belluno che quello di Feltre è presente un “Centro per il Decadimento Cognitivo Demenze” (CDCD);

I Centri sono composti da uno staff di professionisti che si rendono disponibili per il paziente seguendolo dalla diagnosi durante tutta la cura della malattia fino alla sua conclusione.

Per i familiari viene offerto un vasto piano di informazione e formazione mirato ad una gestione del proprio caro il più consona ed agevole possibile nel rispetto del proprio stile di vita.

Il CDCD è un servizio che si occupa di riconoscere e curare il cittadino con decadimento cognitivo.



PROGETTI INNOVATIVI

Nel Bellunese hanno avuto un forte sviluppo, anche grazie all'impulso delle associazioni di genitori, le iniziative rivolte specificamente a pre-adolescenti e a giovani adulti affetti da disturbi dello spettro autistico, le quali potrebbero sfociare nell'accreditamento di nuove unità di offerta (CD Aliante). Nel caso della pre-adolescenza, si tratta di interventi educativi riabilitativi, rivolti allo sviluppo di autonomie sociali, mentre per l'utenza adulta, in parte conosciuta nei centri diurni e in parte nuova, è stato attrezzato uno spazio specifico e dedicato.

Nel Feltrino la cooperativa Portaperta SCS Onlus ha dato continuità al gruppo appartamento aperto 2 week-end al mese e tre pomeriggi dove ospitare ragazzi che necessitino di acquisire o rafforzare le autonomie necessarie ad affrontare una vita fuori dal nucleo familiare (a solo titolo di esempio, preparare i pasti, accudire casa, convivere con altre persone).

A seguito del confronto posto in essere a partire dal 2017 tra i servizi presenti nei due distretti, alcune esperienze rivolte ai minori e ai giovani adulti, attualmente presenti solo nel Distretto di Belluno, verranno estese anche all'ambito distrettuale feltrino.

PROGETTI INNOVATIVI

Entrambi i distretti hanno colto le opportunità garantite dalla DGR 739/2015, attivando **“Percorsi socializzanti ed occupazionali”** (Feltre) e **“Nuove frontiere di Occupabilità”** (Belluno), ossia percorsi innovativi che hanno l’obiettivo di sostenere i percorsi di autonomia e sviluppo di soggetti con disabilità medio lieve e moderata che non trovano adeguata risposta nei servizi tradizionali (Centri Diurni) o che non accedono ai percorsi di inclusione lavorativa, sia per carenza di opportunità che per una condizione soggettiva.

I risultati che i progetti individuali attivati stanno producendo sono molto soddisfacenti e su questo versante la collaborazione tra i due distretti è già operativa, con l’intento di estendere reciprocamente l’offerta anche a persone provenienti dal distretto limitrofo, ampliando così le opportunità di integrazione sociale ed occupazionale disponibili nel territorio provinciale.

Progetto di implementazione territoriale della cura della salute mentale in Cadore

L'Azienda è caratterizzata da un'utenza territoriale, sia per i casi in carico, sia per i nuovi casi, tra le più elevate della Regione Veneto. L'assistenza domiciliare degli utenti con problemi di salute mentale permette di raggiungere il duplice scopo di:

- 1) migliorare la continuità delle cure e dell'assistenza, con lo scopo di privilegiare gli interventi di prevenzione delle ricadute;
- 2) mantenere la persona nel proprio domicilio e nella comunità di appartenenza, con incremento dell'integrazione sociale.

Il numero e l'utilizzo dei posti letto dedicati all'acuzie risulta, in relazione alla presenza di tre SPDC (Belluno, Feltre, Pieve di Cadore) in un territorio numericamente ristretto, nettamente superiore alla media regionale.

Dal mese di aprile 2019 è stata chiusa l'SPDC di Pieve di Cadore ed è previsto un potenziamento della attività territoriale nelle sue varie articolazioni per rispondere alle esigenze dell'utenza e ricollocare parte del personale con anni di esperienza con i pazienti psichiatrici. Anche se i servizi psichiatrici del Cadore si sono sempre caratterizzati per un forte radicamento dell'attività sul territorio, un aumento di tale attività appare necessario per fornire interventi capillari, oltre che integrati con le risorse istituzionali e non istituzionali della Comunità, ad un'utenza diffusa in un territorio molto ampio.



PROSPETTIVE FUTURE

Il dibattito interessa e preoccupa tutti quei Paesi in cui il team dell'invecchiamento si pone in termini di attualità e di prospettiva futura.

Rientrano tutti i Paesi dell'UE impegnati in progetti di riforma.

Il tema centrale è la sostenibilità finanziaria della LTC.

La LTC con peso prevalentemente istituzionale va incontro fondamentalmente a due sfide:

1. **La richiesta di domiciliarità da parte degli utenti e delle loro famiglie**
2. **la sopportabilità degli oneri delle rette per le famiglie e la sostenibilità per il bilancio pubblico.**

La LCT domiciliare oltre a trovare il favore degli anziani e delle loro famiglie garantirebbe anche una maggiore sostenibilità, perché capace di mobilitare un insieme di risorse che altrimenti rimarrebbero inerti (economico-finanziarie patrimoniali, del volontariato sociale, ecc.).



QUALI STRATEGIE PER IL FUTURO?

- *Migliorare la qualità abitative delle strutture residenziali attuali*
- *Sviluppare una “residenzialità leggera” (esempio scandinavo) che prevede la sostituzione delle RSA con alloggi a gruppi nei paesi di origine (adattati agli anziani, senza barriere architettoniche ed integrate nella rete dei servizi di comunità), sostenuti da un grande potenziamento dei servizi domiciliari.*
- *Diffondere le “residenze senior” con specifiche progettuali per l’anziano (esempio francese e catalano), sia di committenza pubblica che privata.*
- *Creazione della figura dell’assistente familiare di paese*
- *Italia: progetto riabitare la montagna “Case di Tiedoli”, Cohousing Ecosol a Fidenza, Synergy la residenza multigenerazionale a Cardano al Campo, Contratto di quartiere a Borgaro Torinese e Orbassano, il progetto città integrata di Civitas vitae della Fondazione OIC di Padova...*
- *Investire in tecnologia e tecnoassistenza che consentirebbe un maggior accesso alle cure domiciliari, anche in territori geograficamente ‘difficili’ del nostro variegato Paese.*

COSA MANCA?



Poter invecchiare al proprio domicilio non è visto come un diritto della persona; manca una vera legge organica nazionale sulla non autosufficienza e sull'invecchiamento attivo



***Norberto Bobbio (Torino, 18/10/1909 –
09/01/2004)***

“ Ho la fortuna di vivere a casa mia, dove abito da tanti anni, e che potrei percorrere da cima a fondo a occhi chiusi...”

Siedo al mio tavolo, dove ritrovo ogni giorno le mie carte, il libro che avevo cominciato a leggere, la mia vecchia penna stilografica, il blocchetto degli appunti...

Lo spazio della casa è tanto più essenziale, quanto più un vecchio come me, e come tanti altri nelle mie condizioni, vi conducono la propria esistenza...

La propria casa dà sicurezza, ti difende dal non conosciuto, dall'imprevisto, dal ritrovarti in un mondo che ormai, chiuso tra le pareti, è diventato sempre più estraneo.

Tanto più si è vecchi, tanto più sono profonde le radici, e quindi tanto più è difficile da sopportare lo sradicamento, l'andare altrove, dove saresti spaesato, perderesti la tua identità, diventeresti un numero in mezzo ad altri numeri.”

REGIONE DEL VENETO



ULSS 1
DOLOMITI

gianantonio.deitos@aulss1.veneto.it
direttore.sociosanitario@aulss1.veneto.it



DOLOMITI & AGING

Anziani e Salute nel territorio montano

Cortina d'Ampezzo, 14 giugno 2019

**Modelli gestionali nel Long Term Care in ambito montano:
esperienze a confronto.**

Azienda Servizi Sociali di Bolzano
Direttrice Generale Dott.ssa Liliana Di Fede



ASSB-BSB

Azienda Servizi Sociali di Bolzano
Betrieb für Sozialdienste Bozen



Dati demografici 2018

Popolazione residente:

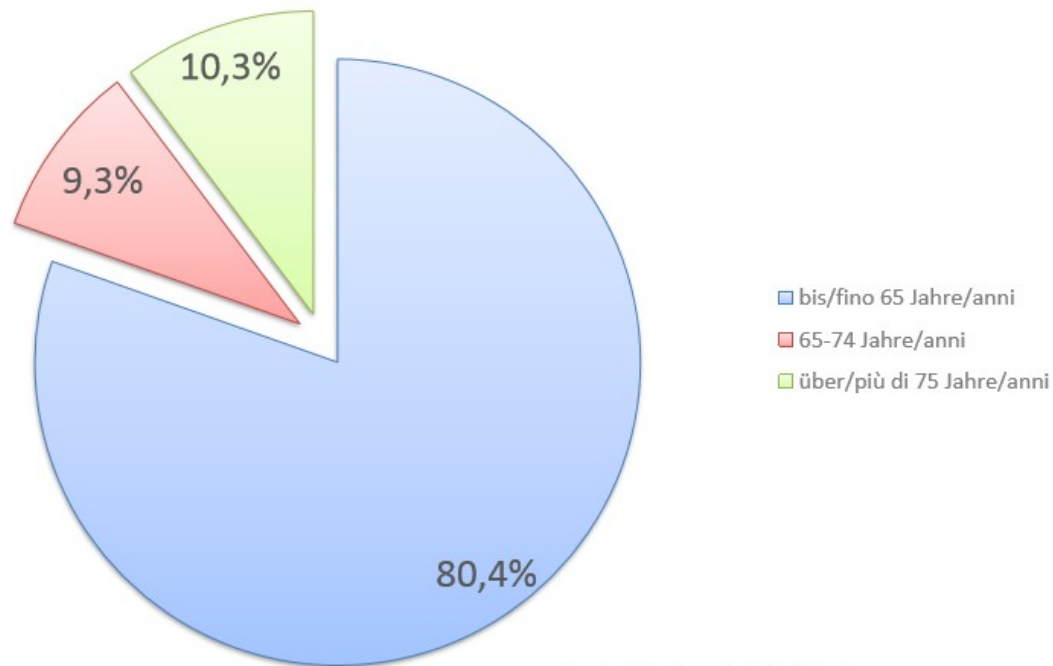
532.233 abitanti, di cui:

104.113
oltre 65 anni

49.229
tra 65 e 74 anni

54.884
oltre 75 anni

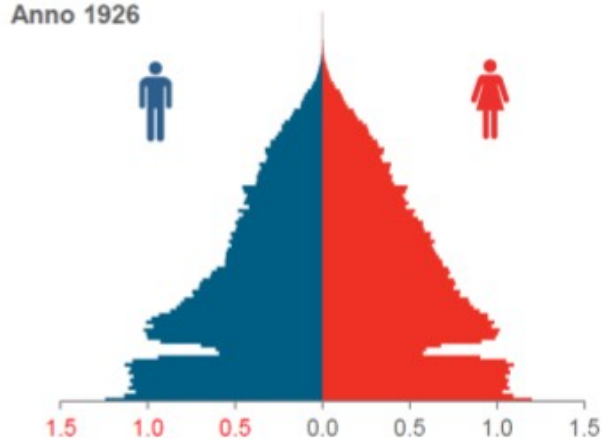
situazione del 31/12/2018



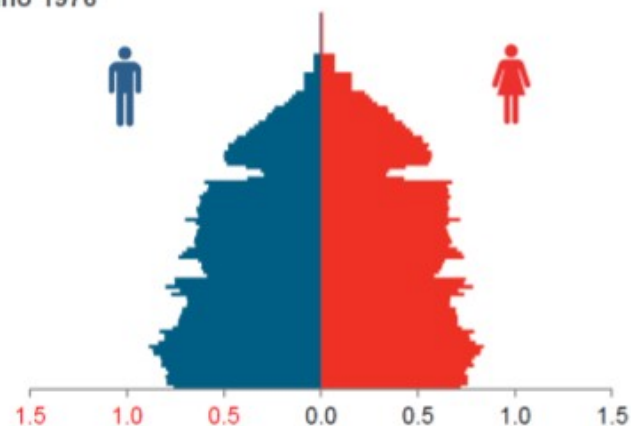
Quelle: Abteilung Soziales/ Fonte:
Ripartizione Politiche sociali

L'invecchiamento della popolazione

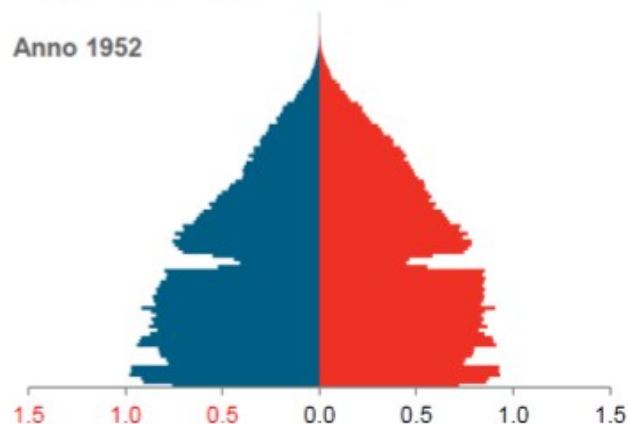
Anno 1926



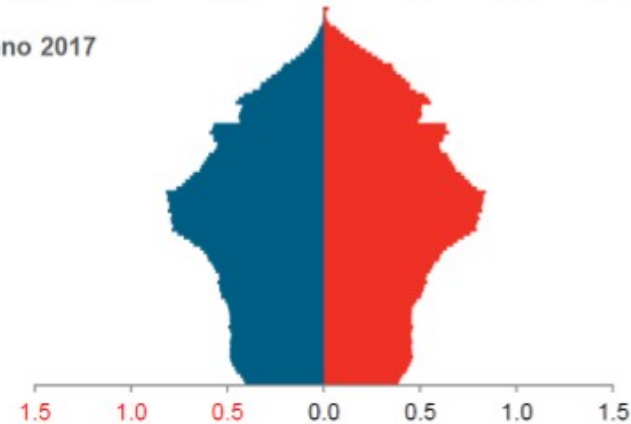
Anno 1976



Anno 1952



Anno 2017



AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL

Landesrätin Waltraud Deeg



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Assessora Waltraud Deeg

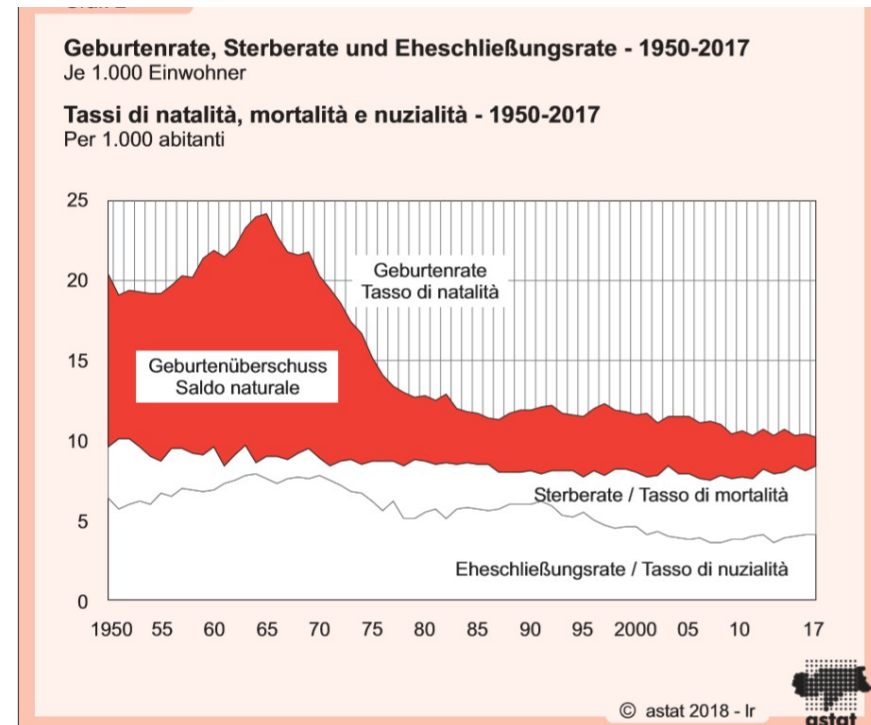


ASSB-BSB

Azienda Servizi Sociali di Bolzano
Betrieb für Sozialdienste Bozen

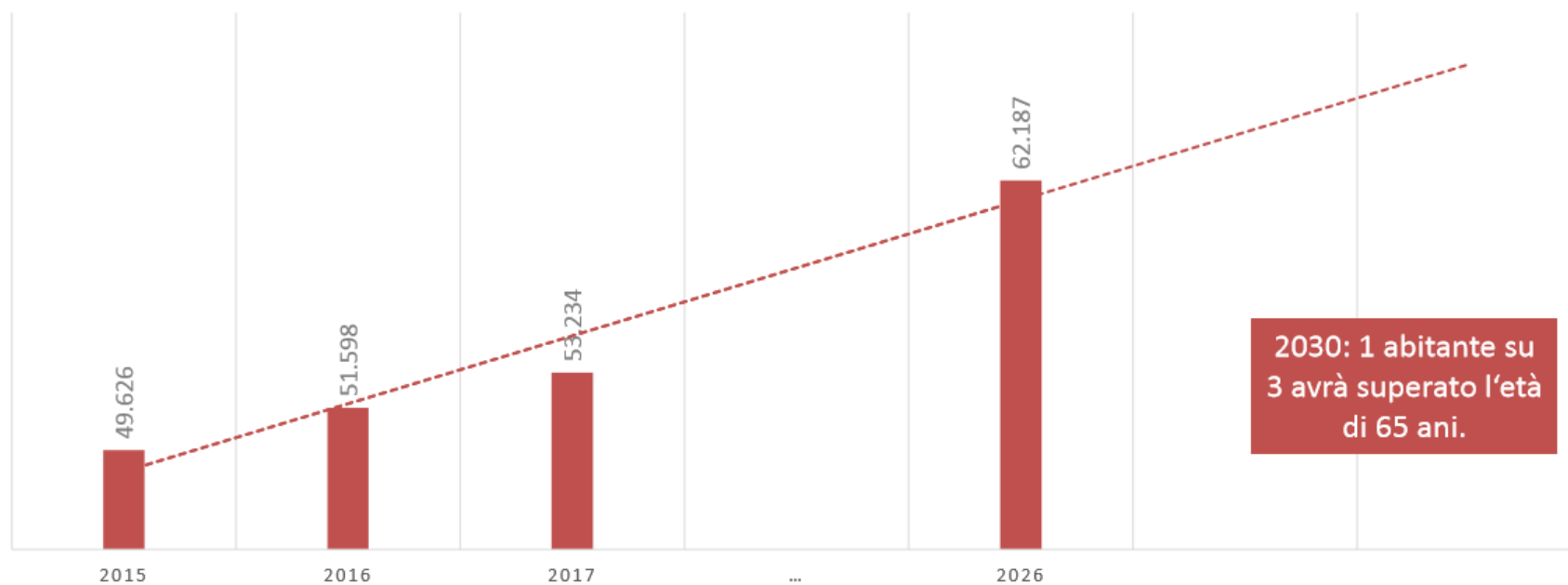
Alcuni dati sull'Alto Adige

- I principali risultati della previsione demografica analizzati dall'ASTAT fino al 2030, evidenziano un aumento contenuto della popolazione altoatesina nei prossimi anni, che potrebbe salire a circa 565.000 unità (dovuto principalmente al saldo migratorio), con un'età media di 45 anni.
- Contestualmente si prevede un invecchiamento demografico accelerato (attualmente la popolazione over 65 anni rappresenta ca il 19% del totale e quella over 75 ca il 9,5%); Saldo naturale 2017: 956
- Gli investimenti per le prestazioni sociali e a favore delle famiglie (missione 12) in Alto Adige raggiungeranno nel 2019 ca 623 milioni di euro, di cui ca 25 milioni riguarderanno gli interventi per gli anziani.
- ca 223 milioni di euro vanno ad appannaggio dell'assegno di cura con 16.300 persone che lo hanno percepito nel 2018



Prognosi per l'anno 2026

ALTOATESINI OLTRE I 75 ANNI



AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL
Landesrätin Waltraud Deeg



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE
Assessora Waltraud Deeg

Bisogno di cura per età

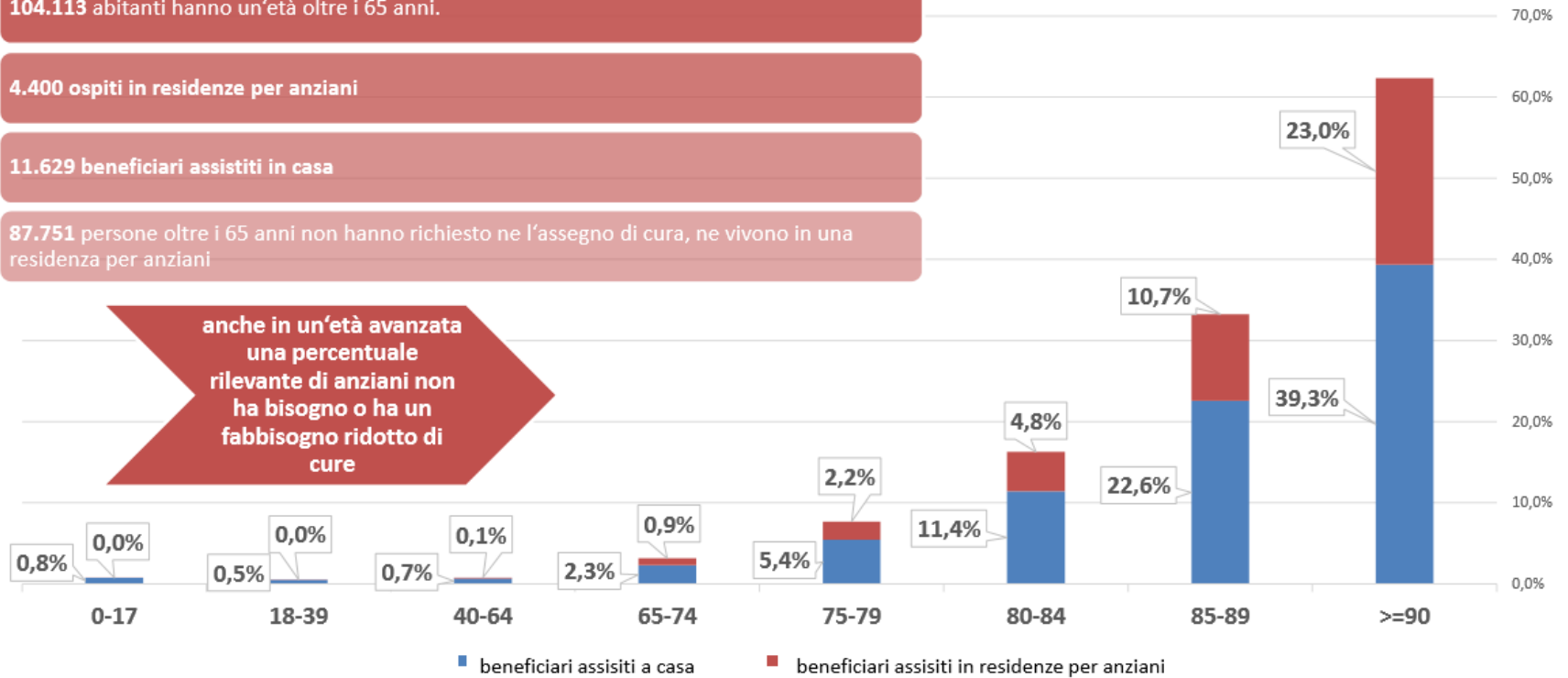
104.113 abitanti hanno un'età oltre i 65 anni.

4.400 ospiti in residenze per anziani

11.629 beneficiari assistiti in casa

87.751 persone oltre i 65 anni non hanno richiesto né l'assegno di cura, né vivono in una residenza per anziani

anche in un'età avanzata una percentuale rilevante di anziani non ha bisogno o ha un fabbisogno ridotto di cure



AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL
Landesrätin Waltraud Deeg



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE
Assessora Waltraud Deeg

Bisogno di cura

ca. 15.000 anziani con bisogno di cura
(ca. 2,8% della popolazione)

70% assistiti a casa
ca. 10.600 persone anziane con bisogno di cura

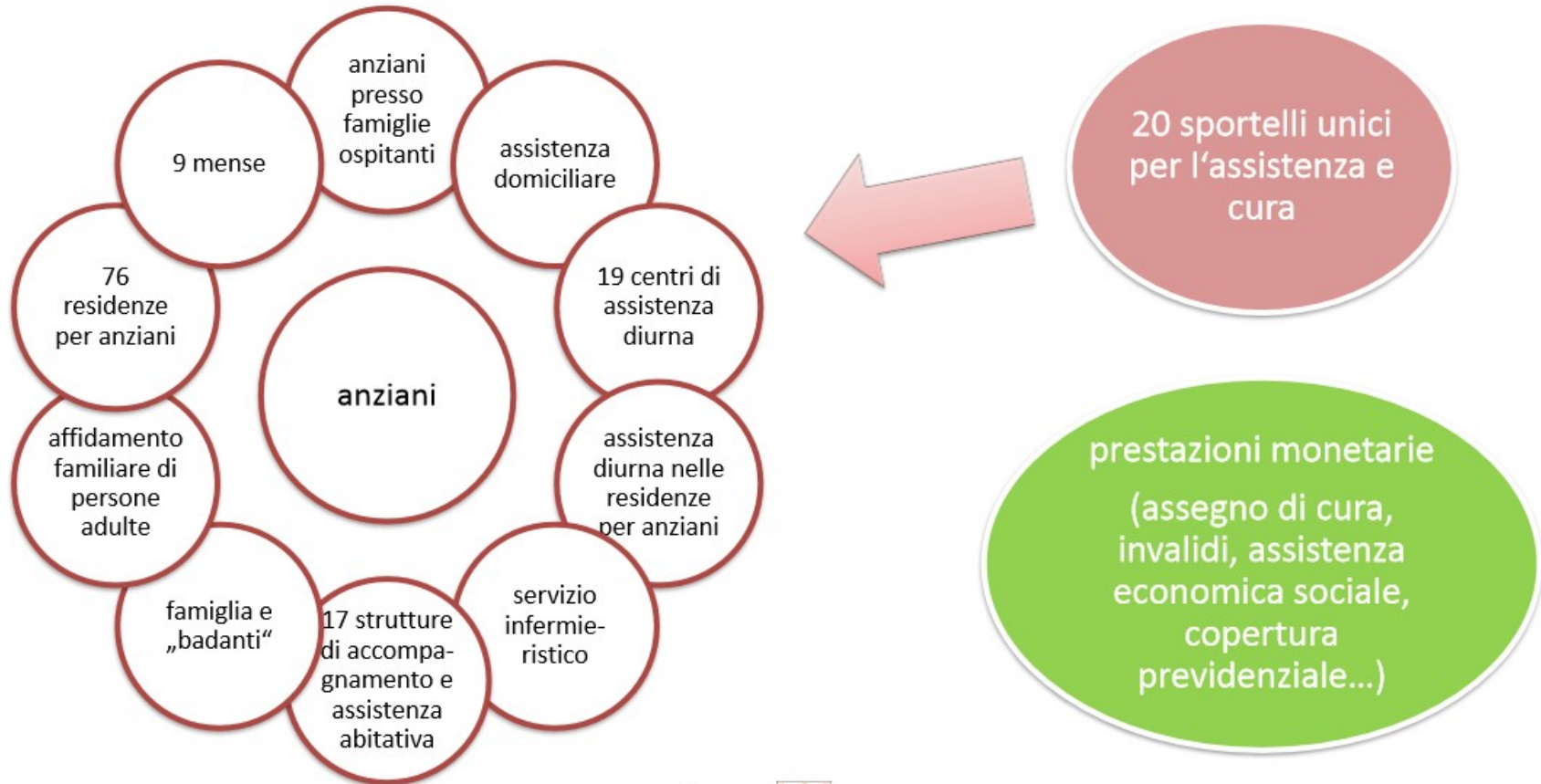
30% assistiti in residenza per
anziani
ca. 4.400 persone con bisogno
di cura

di cui 60% assistiti
esclusivamente da familiari e/o
„badanti“

di cui 40% persone
dall'assistenza
domiciliare



servizi e prestazioni per anziani



servizi per anziani: ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale

assistenza ambulatoriale

- assistenza domiciliare
- pasti a domicilio
- mensa per anziani
- lavaggio dei capelli, bagno o doccia, cura dei piedi, lavaggio su ruote
- assistenza sanitaria domiciliare
- club per anziani, soggiorni di villaggiature
- e assistenza privata

Vita
autonoma
nell'ambito
familiare

Assistenza semiresidenziale/offerte di sollevio

- assistenza diurna
- anziani presso famiglie ospitanti
- ricoveri temporanei
- ricoveri transitori

assistenza
diurna –
ricoveri
temporanei

assistenza residenziale

- assistenza abitativa
- residenze per anziani

accompa-
gnamento e
assistenza
abitativa

residenze



assegno di cura

beneficiari assistiti a domicilio e in residenze per anziani – dicembre 2018

dicembre: **11.629** assistiti a domicilio

ca. **4.500** assistiti nelle **residenze per anziani** il 31/12/2018

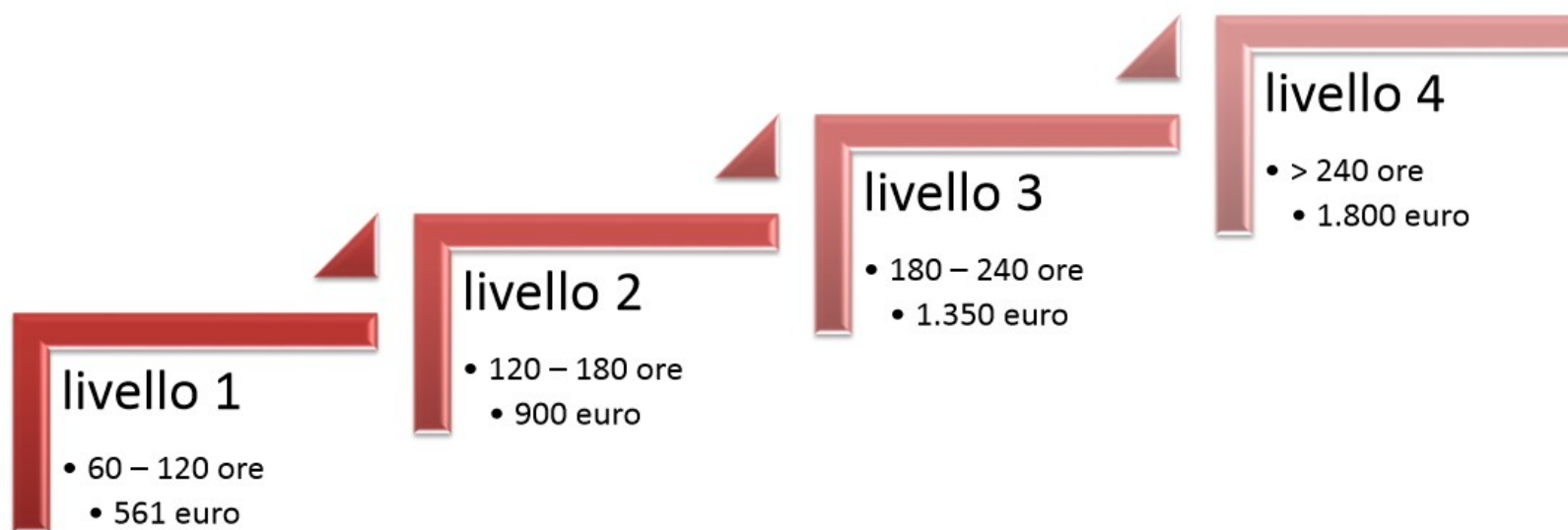
Nel 2014, la giunta provinciale ha stabilito che l'assegno di cura **non é più versato direttamente ai beneficiari**, ma alle rispettive istituzioni delle **residenze per anziani**.



- ✓ ca. due terzi sono **donne** (62,9%; 7.312 donne)
- ✓ piú della metà dei beneficiari sono inquadrati nel primo livello assistenziale
- ✓ l'età media era di 72,8 anni

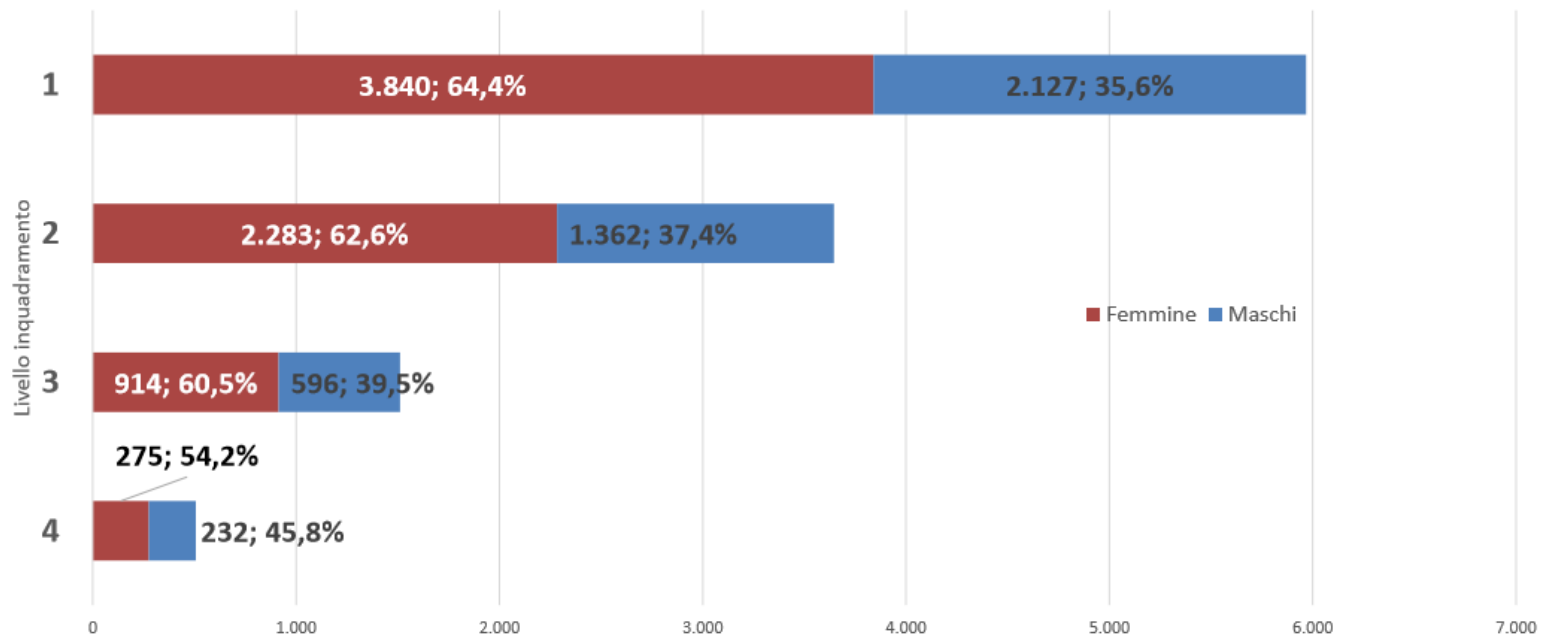


i 4 livelli assistenziali



spesa per l'assegno di cura

beneficiari assistiti in casa per livello di inquadramento e genere – dicembre 2018

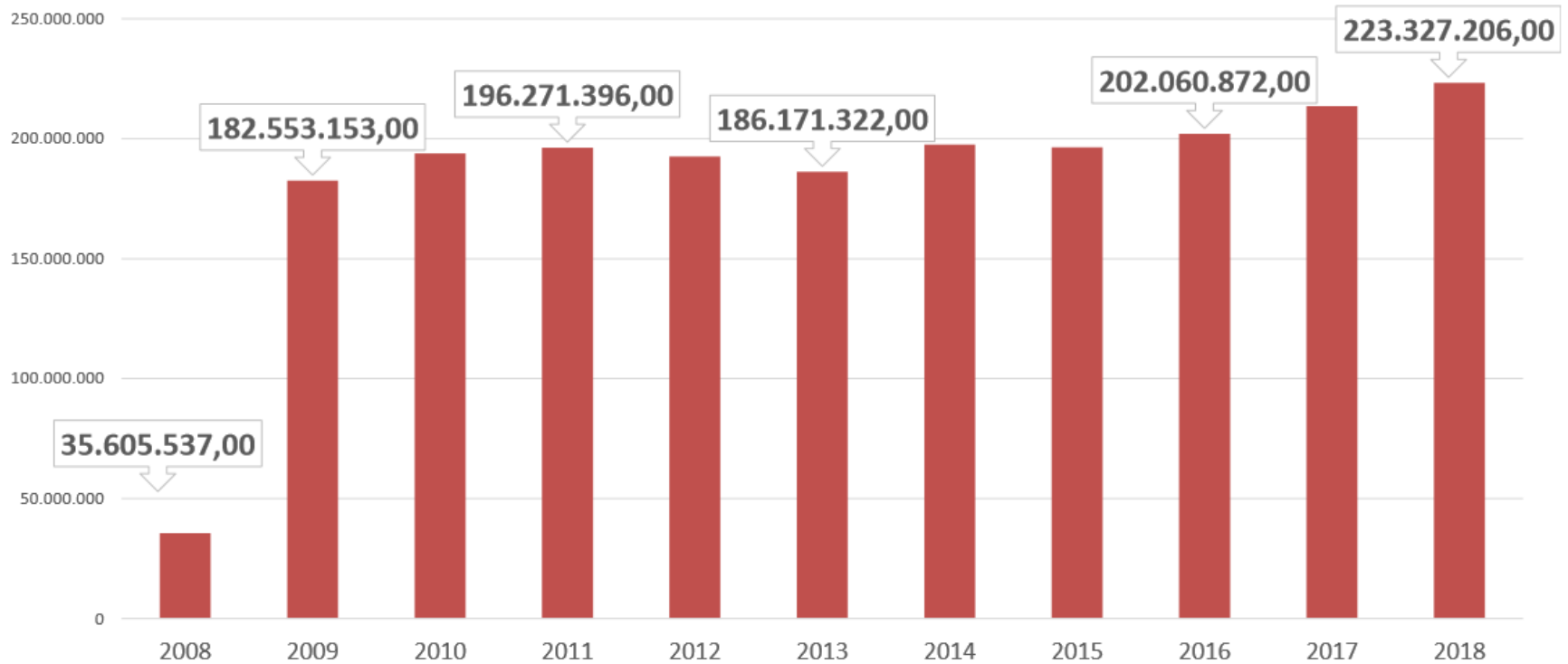


AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL
Landesrätin Waltraud Deeg



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE
Assessora Waltraud Deeg

spese per l'assegno di cura – 2008-2018



AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL
Landesrätin Waltraud Deeg



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE
Assessora Waltraud Deeg

copertura previdenziale dei periodi di cura ai familiari non autosufficienti

Si tratta di un contributo che viene erogato a sostegno della contribuzione previdenziale per i periodi dedicati all'assistenza domiciliare di familiari o di minori affidati/e a tempo pieno, **gravemente non autosufficienti, cioè che sono stati inquadrati nel 2°, 3° o 4° livello assistenziale provinciale**, oppure, nel caso di bambini fino ai cinque anni, con grado di invalidità pari o superiore al 74 per cento, o ciechi civili, o sordi.

Il contributo è compatibile con l'**iscrizione** del familiare assistito a **strutture educative e centri diurni** per disabili.

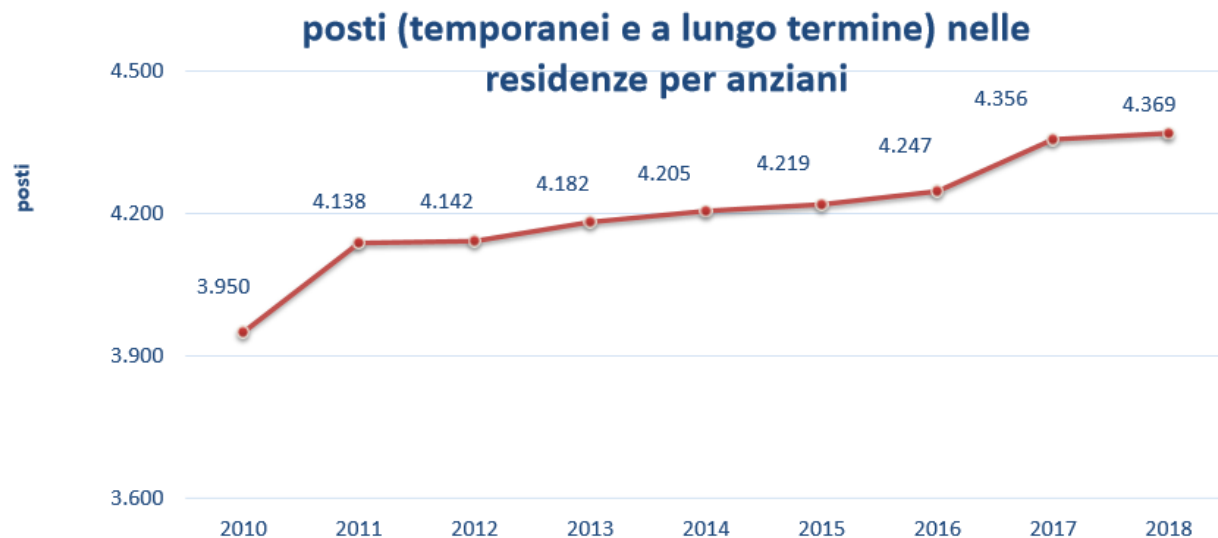
Il contributo **non è vincolato alla condizione economica** del nucleo familiare.



Sportelli unici per l'assistenza e la cura

- I servizi d'informazione e consulenza istituiti presso i Distretti socio-sanitari per le famiglie che assistono familiari non più autosufficienti sono stati ulteriormente incrementati sino a raggiungere **le attuali 25 unità operanti sul territorio provinciale**
- Il team degli sportelli unici è composto da rappresentanti delle residenze per anziani, del servizio di assistenza domiciliare e del servizio infermieristico domiciliare ed è a disposizione per offrire soluzioni e dare risposta a tutte le domande sull'assistenza e la cura

posti nelle residenze per anziani



personale
4.018,20
equivalenti a tempo pieno

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL
Landesrätin Waltraud Deeg



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE
Assessora Waltraud Deeg

forme di assistenza specifica nelle residenze per anziani

	posti
ricoveri temporanei	124
ricoveri transitori	22
posti letto per persone con demenza accompagnata da forti disturbi comportamentali	366
posti letto per assistenza intensiva	315
posti letto per assistenza estensiva	
per persone con malattie psichiche (dipendenze)	per persone con disabilità
56	18



Centri di assistenza diurna

L'assistenza diurna agli anziani può essere offerta:

- in un centro di assistenza diurna autorizzato - *Capacità ricettiva nel centro di assistenza diurna: da 8 a 25 persone contemporaneamente.*
- in una residenza per anziani - accoglienza fino ad un massimo di tre persone anziane contemporaneamente

accompagnamento e assistenza abitativa

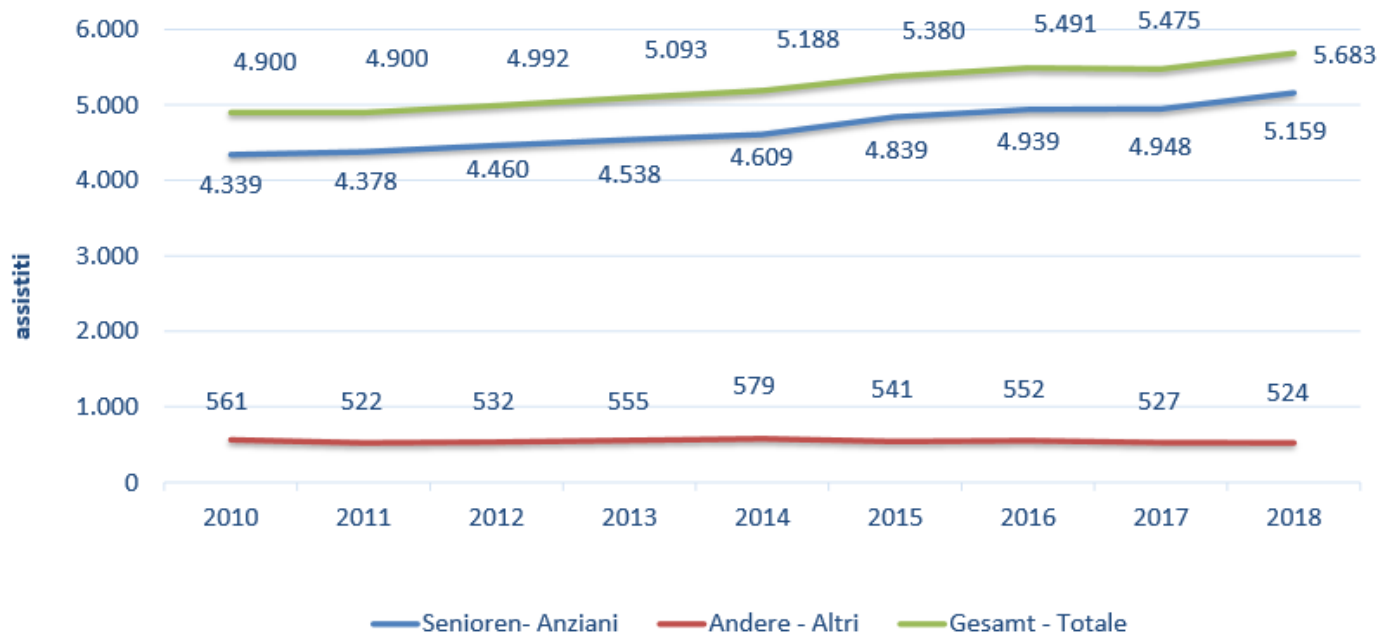
	posti
accompagnamento abitativo	119
accompagnamento e assistenza abitativa	90
assistenza abitativa	9

situazione del 31/12/2018



assistenza domiciliare

301.803 ore di prestazione nell'assistenza domiciliare



AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL

Landesrätin Waltraud Deeg



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Assessora Waltraud Deeg



ASSB-BSB

Azienda Servizi Sociali di Bolzano
Betrieb für Sozialdienste Bozen

Pasti a domicilio

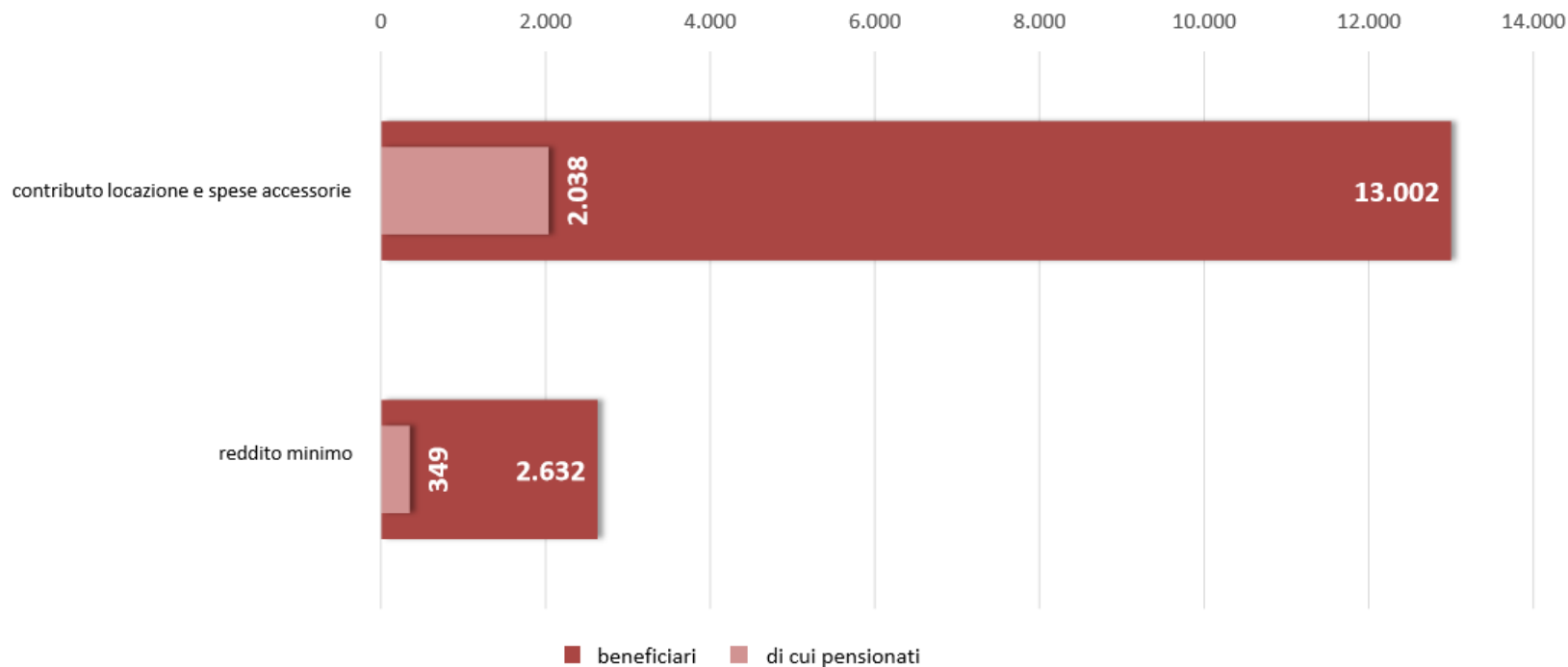
- Nel 2018 sono state complessivamente 2.692 le persone che hanno usufruito di questo servizio (-4,1% rispetto all'anno precedente)
- Sono stati distribuiti complessivamente 380.700 pasti (-1,38% rispetto all'anno precedente)

Assistenza sociopedagogica

Area Sociopedagogica	2018	2017	(+/-) %
Assistiti nel corso dell'anno	9.894	9.855	+0,4
di cui minori	3.652	3.623	+0,8
di cui adulti	6.242	6.232	+0,16

fonte: PAB 2019 Provincia non pubblica dato suddivisione adulti-anziani

assistenza economica per persone con reddito basso

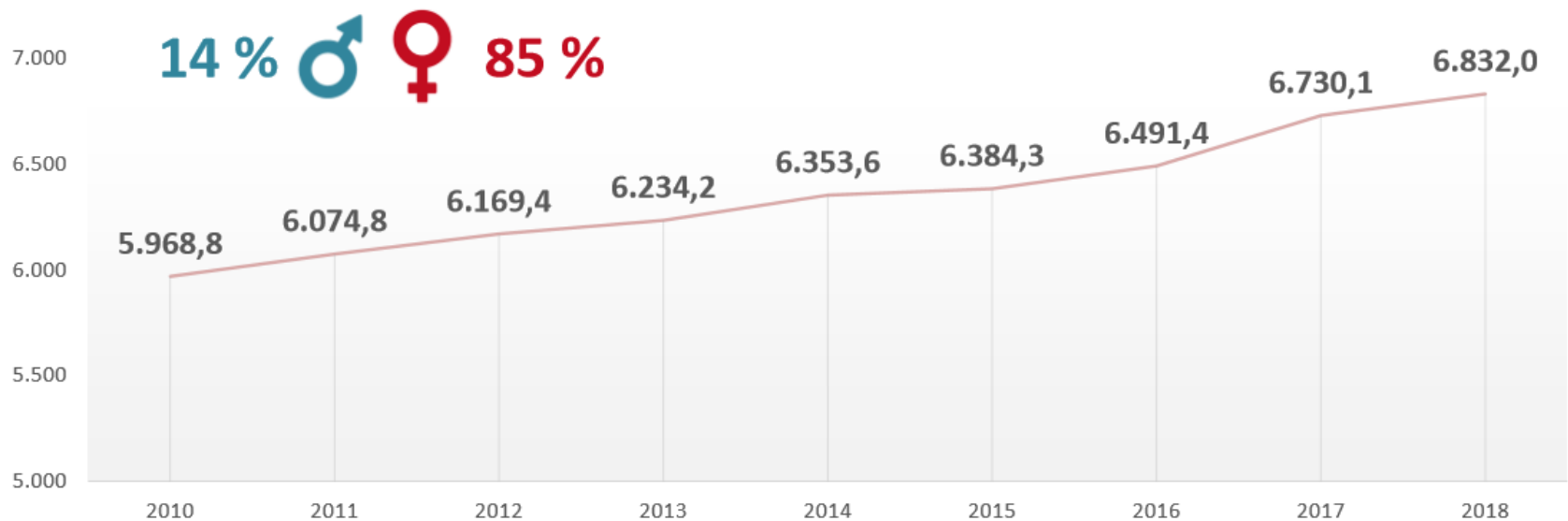


AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL
Landesrätin Waltraud Deeg



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE
Assessora Waltraud Deeg

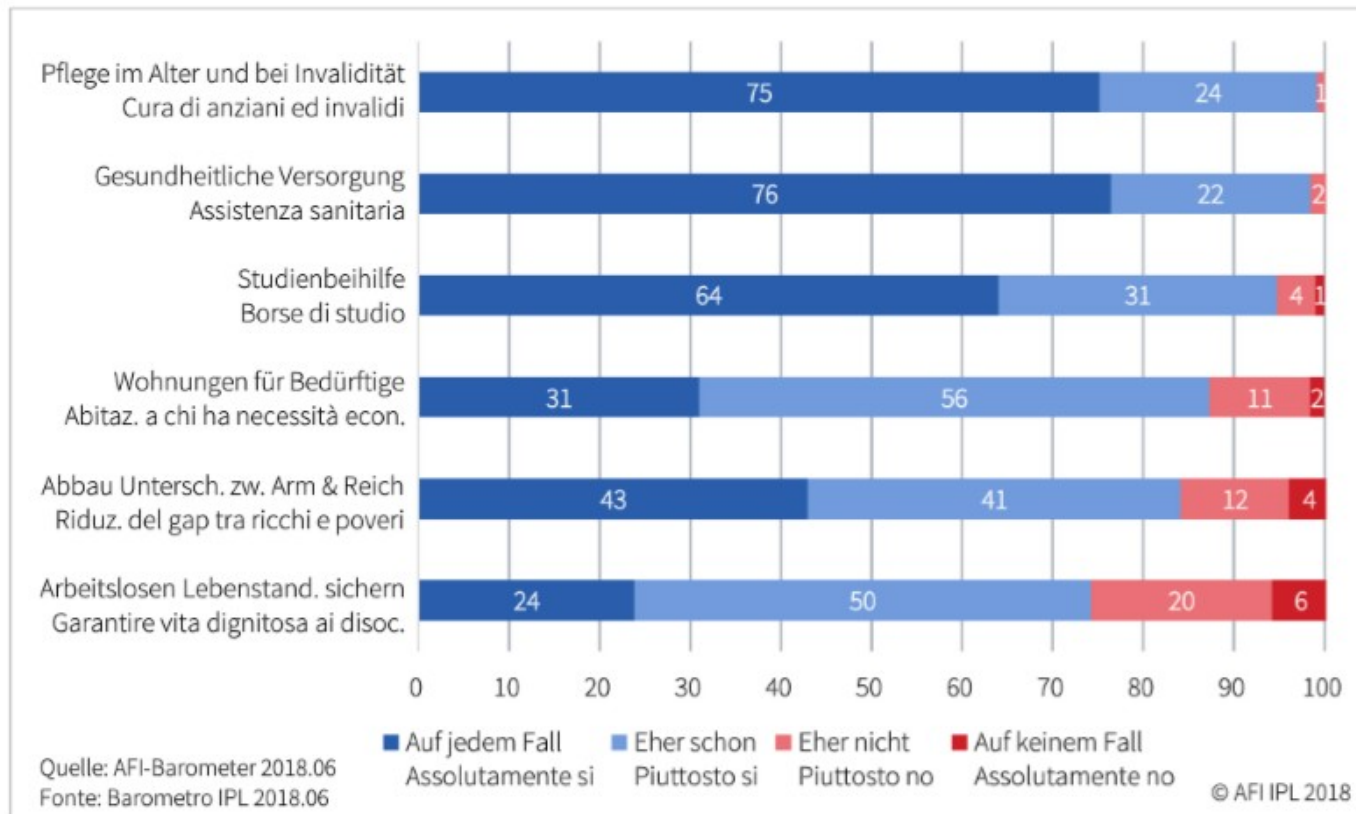
personale dei servizi sociali



Si intendono equivalenti a tempo pieno
età media = 44,1 anni
anzianità = 10,7 anni

Studio IPL (2018)

Ambiti per i quali l'ente pubblico dovrebbe essere responsabile (%)



Studio IPL (2018)

Le proposte di miglioramento emerse dallo studio e riferite all'area anziani e non autosufficienza in AA sono:

- Copertura della malattia per le collaboratrici domestiche
- Valutare lo sviluppo dell'assegno di cura partendo da obiettivi chiari
- Puntare sulla qualità dell'assistenza
- Garantire l'aiuto per la non-autosufficienza
- Rafforzare la cultura della previdenza complementare
- Invecchiamento attivo

Grazie dell'attenzione!

Contatti: Azienda Servizi Sociali di Bolzano
Piazza Anita Pichler 12 – Bolzano
liliana.difede@aziendasociale.bz.it
Tel. 0471 457760

Si ringrazia l'Assessorato alle Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Bolzano
per la messa disposizione dei dati contenuti nella presente presentazione



ASSB-BSB

Azienda Servizi Sociali di Bolzano
Betrieb für Sozialdienste Bozen

Caratteristiche socio-demografiche del Trentino

Territorio interamente **montano**: 6.207 km₂

Popolazione residente: ca. 538.600 abitanti al 1 gennaio 2017

Circa il 40% della popolazione vive in **5 comuni di fondo valle**, mentre il restante 60% negli altri 174 (il più piccolo con 127 abitanti!).

Si assiste al progressivo **spopolamento della montagna**, dove i comuni collocati sopra i 750 metri di altitudine registrano nel 2016 una popolazione del 16.4% (-1.2% in 3 anni).

16 Comunità di Valle, molto eterogenee per superficie e popolazione servita.

Indice di vecchiaia: 146 (media nazionale 163, nord est 170) *

Indice di dipendenza anziani: 33 (media nazionale 35, nord est 36.4) **

Indice di dipendenza strutturale: 56.5 (media nazionale 55.8, nord est 57.8) ***

* Indice vecchiaia = n. anziani/100 giovani

** Indice dipendenza anziani = n. anziani/100 persone 15-64 anni

*** Indice dipendenza strutturale = rapporto tra popolazione non attiva (0-14 e over 64) e popolazione attiva

Caratteristiche socio-demografiche del Trentino

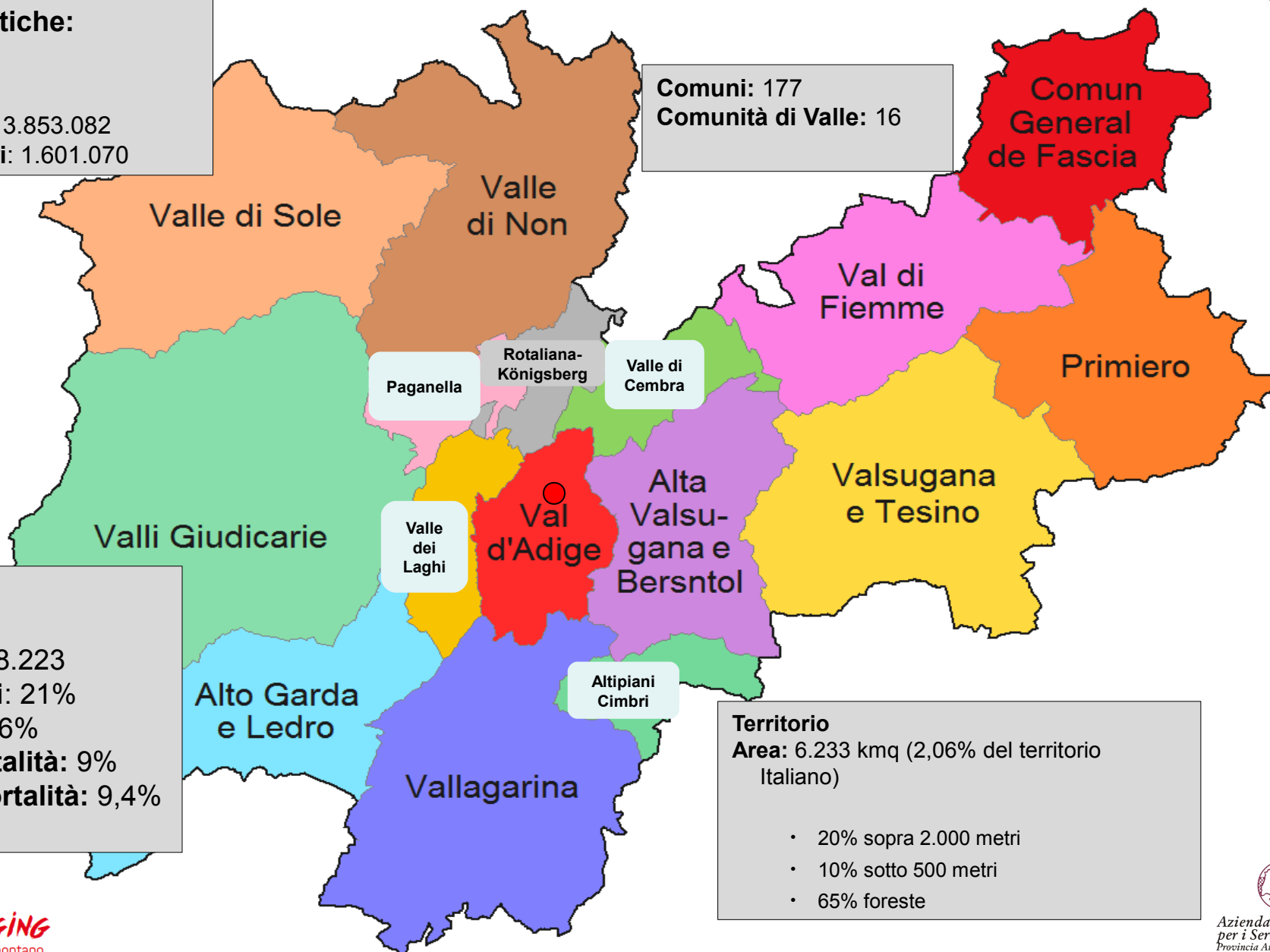
Presenze turistiche:

5.454.152

- Italiani: 3.853.082
- Stranieri: 1.601.070

Comuni: 177

Comunità di Valle: 16



Popolazione

- abitanti: 538.223
- ultra 65enni: 21%
- stranieri: 8,6%
- tasso di natalità: 9%
- tasso di mortalità: 9,4%

Territorio

Area: 6.233 kmq (2,06% del territorio Italiano)

- 20% sopra 2.000 metri
- 10% sotto 500 metri
- 65% foreste

Caratteristiche socio-demografiche del Trentino

Anziani : 21.1%, giovani 14.8 %

Famiglie unipersonali: ca. 32%

Nel giro di 4 anni (dal 2013 al 2017) in Trentino:

- Età media è cresciuta di 1 anno
- I bambini di età 0-4 si sono ridotti del 7.7%
- La popolazione over 75 è aumentata del 10.7%

In definitiva, il Trentino parte da una situazione demografica favorevole, ma **invecchia e lo fa più velocemente rispetto ad altre regioni.**

Analogo andamento si registra sulla riduzione del tasso di natalità.

Caratteristiche socio-demografiche: composizione famiglie

Distribuzione delle famiglie per numero di componenti					
Composizione percentuale					
Ampiezza della famiglia	1971	1981	1991	2001	2011
1 componente	15,7	21,6	25,4	29,9	34,1
2 componenti	21,3	23,5	25,0	26,6	26,8
3 componenti	19,6	20,8	21,7	20,1	17,8
4 componenti	20,5	20,3	20,1	18,0	15,9
5 componenti	12,8	9,0	6,1	4,4	4,2
6 componenti	5,7	3,1	1,4	0,7	0,9
7 componenti	2,4	1,1	0,3	0,1	0,2
8 componenti	1,0	0,4	0,1	0,0	0,1
9 componenti	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0
10 componenti e più	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

← aumento

Assetto dell'offerta sociosanitaria in provincia di Trento

L'APSS (azienda provinciale per i servizi sanitari) gestisce l'offerta sanitaria e socio-sanitaria assicurando i LEA e le prestazioni aggiuntive e si ispira agli obiettivi del Piano provinciale per la salute 2015-2025:

- Più anni in buona salute
- Contesti di vita e lavoro favorevole alla salute
- Sistema socio-sanitario con la persona al centro

riducendo le diseguaglianze sociali e migliorando la comunicazione c tra cittadini e istituzioni

Il finanziamento ammonta (a. 2017) a circa 2.150 euro/pro capite, superiore alla media nazionale (1.860 ITA) e a quella delle aree limitrofe (1.940 Nord Est).

Include tuttavia il finanziamento per le convenzioni con le RSA e il Fondo per l'assistenza integrata (FAI) il cui valore è prossimo a 315 euro/ pro capite, istituito con la legge provinciale di riforma del SSP nel 2010, che enfatizza all'art. 21 il valore dell'integrazione socio-sanitaria

Assetto dell'offerta sociosanitaria in provincia di Trento

Il finanziamento 2019 per le convenzioni con le RSA ammonta a circa 140 mil. euro/anno)

Il FAI ammonta a circa 41 mil. Euro/anno e comprende, ad esempio, i finanziamenti per:

- l'assistenza ai centri diurni anziani e centri Alzheimer
- i centri disabili
- l'assistenza psichiatrica residenziale e semires.
- le comunità per tossicodipendenti
- l'assistenza socio-sanitaria SAD in ADI, ADI-CP e ADPD
- l'assistenza in hospice
- attività socio sanitarie assimilabili alle consultoriali



Integrazione socio-sanitaria

Assetto dell'offerta sociosanitaria in provincia di Trento

In provincia di Trento vi sono stati nel corso degli anni investimenti che hanno riguardato da un lato la deospedalizzazione (riabilitazione, lungodegenza e, da ultimo, cure intermedie) e dall'altro il fronte della residenzialità e della domiciliarità, quest'ultima supportata anche dall'introduzione dell'Assegno di Cura.

L'offerta in posti letto nelle RSA è di 9,2 % over 75 (molto più elevato rispetto alla media nazionale e di un terzo superiore alle media nord est, ma inferiore a quello di altri stati europei quali Francia Spagna Svezia Norvegia) con circa 4.500 posti convenzionati in 54 strutture, a cui si aggiungono circa 130 posti privati.

I 29 centri diurni anziani e i 2 centri Alzheimer (con accesso tramite UVM previa individuazione del profilo) accolgono ulteriori 700 utenti annui

Assetto dell'offerta sociosanitaria in provincia di Trento

Servizio	Posti disponibili (2015 o 2016)	Utenti in carico (ultima data disponibile)	Risorse	Di cui pubbliche	Di cui pubbliche trasferite alle famiglie	Di cui private (compartecipazione o Out-of-pocket)
RSAO e RSA	4.817 autorizzati 4.500 convenzionati	4.519 + 127 privati	€ 210.830.000	€ 133.100.000 63,1%	€ 22.160.000 10,5%	€ 55.570.000 26,4%
Casa di soggiorno	207 posti autorizzati	200	€ 3.460.000	-	-	€ 3.460.000 100,0%
Centri diurni Anziani e Alzheimer	339 convenzionati + 106 privati	437 + 48 privati	€ 6.160.000	€ 4.520.000 73,4%	-	€ 1.640.000 26,6%
ADI e ADPD	-	1.186	€ 4.340.000	€ 4.100.000 94,5%	-	€ 240.000 5,5%
SAD*	-	3.122 utenti in carico per 3,6 ore medie sett.	€ 16.560.000*	€ 14.500.000* 87,6%	-	€ 2.060.000* 12,4%
Indennità di accompagnamento (cod. 05-06-10)**	-	5.183 utenti 75+	€ 32.000.000	-	€ 32.000.000 100,0%	-
Assegno di cura	-	2.257 utenti 65+	€ 6.610.000	-	€ 6.610.000 100,0%	-
Altro*	-	-	€ 11.714.000*	€ 2.324.000* 19,8%	€ 3.840.000* 32,8%	€ 5.550.000* 47,4%
TOTALE	-	-	€ 291.674.000	€ 158.544.000 54%	€ 64.610.000 22%	€ 68.520.000 24%
Badanti	6.000	6.000	€ 90.000.000	-	-	€ 90.000.000 100%

*Contenente valori riferiti al primo semestre 2015 che sono stati raddoppiati **Esclusi valori riferiti ad RSA

Tabella tratta da: Report conclusivo SDA Bocconi per il ridisegno dell'assetto istituzionale welfare anziani in provincia di Trento
G. Fosti et aa. – 2017

TREND FABBISOGNO RSA e STIMA COSTI a copertura invariata (8% pop. 75 anni e oltre)

Oggi:

57.186

popolazione 75 anni e oltre (al 1/1/16)

4.575

posti letto convenzionati (8% della pop. 75 anni e +)

132 Milioni

finanziamento pubblico annuale

Fra 15 anni

78.699

popolazione (stima pop. 75 anni e oltre)

6.296

posti letto convenzionati (+ 1.721 unità)

181,4 Milioni

finanziamento pubblico annuale (+ **49,6 Milioni Euro**)

280 Milioni

realizzazione 1.721 pl RSA (21 RSA attrezzate e arredate)

Linee di sviluppo in tema di LTC in provincia di Trento

Nel corso dell'ultimo decennio è stato dato un forte impulso al sistema del welfare ad impronta socio-sanitaria con una serie di interventi legislativi che hanno consentito di attivare interventi assistenziali mirati.

Qui di seguito si indicano alcune direttrici di intervento:

CONSOLIDATE

- **Assegno di cura**
- **ADPD**
- RSA come nodo rete CP
- Cure intermedie
- Sostegno ai caregiver

IN SPERIMENTAZIONE O PROGETTAZIONE

- **Spazio Argento**
- **Reablement**
- **Rete cronicità e ACG**

Assegno di cura

Istituito con Legge provinciale 15/2012, ha come scopo quello di favorire la permanenza dell'assistito a domicilio ed è correlato alla misura del bisogno della persona non autosufficiente.

E' destinato a residenti, con indennità di accompagnamento e basso indice reddituale; il bisogno è accertato tramite UVM secondo quattro categorie di gravità.

Si registrano oltre 3.600 beneficiari.

Distribuzione per età degli utenti valutati

Modalità di utilizzo dell'AC

Assistenza domiciliare persone con demenza (ADPD)

Modello avviato nel 2013 e operativo dal 2015, rivolto a pazienti con demenza moderata-severa con disturbi del comportamento in presenza di rete familiare orientata al mantenimento a domicilio della persona.

ADPD si basa su una forma di assistenza domiciliare nelle varie forme (mirata, tregua, urgenza), riabilitazione (cognitiva e motoria), supporto psicologico ed affiancamento dell'assistente familiare; personale OSS, psicologi, fisioterapisti.

Attivazione rapida: (entro 72 h dalla segnalazione da parte dell'UVM alla cooperativa)

Copertura: 7-22 (in notturna al bisogno)

Circa 80 pazienti seguiti in linea (40% dei quali nuovi nell'anno di riferimento)

Stanziamiento annuo: ca. 1.100.000 euro

Reablement

Sperimentazione di presa in carico snella in assistenza domiciliare rivolti a persone con ridotta salute fisica o cognitiva o disabilità, per aiutarle a vivere **il più indipendentemente possibile** attraverso **l'apprendimento o ri-apprendimento delle capacità** necessarie per la vita quotidiana

Competenze riabilitative per poter **“fare con”** anziché **“fare per”**

Il Reablement è un intervento sociosanitario, inter-disciplinare, precoce e con un tempo definito (6-12 settimane)

Si tratta di un intervento guidato dai **terapisti occupazionali**, fisioterapisti e infermieri che definiscono obiettivi e piano d'intervento che viene poi svolto da operatori socio-sanitari appositamente formati e continuamente supervisionati

Reablement

Benefici e vantaggi:

1. tempestività ed equità nell'erogazione dei servizio assistenziali a domicilio
2. autonomia decisionale delle persone nella presa in carico del proprio percorso
3. riduzione del carico assistenziale di familiari e caregiver
4. ritardare/ridurre/evitare la dipendenza assistenziale

5. aumento delle dimissioni "fragili" a domicilio
6. riduzione del rischio di caduta e miglioramento dello stato di salute
7. riduzione degli episodi critici di scompenso e dei conseguenti accessi ospedalieri

Partnership tra APSS (Centro riabilitativo Ausilia, Cure domiciliari) e Servizi sociali (Comunità territorio di Trento e Comunità di Valle dell'Alta Valsugana)

La legge provinciale di riforma del welfare anziani

Obiettivo della Legge provinciale 16 novembre 2017 n. 14 è il **riassetto istituzionale** del sistema welfare anziani del Trentino per rafforzare l'integrazione tra servizi sociali e sanità assieme alle APSP (RSA)

La riforma prevede la costituzione, in ogni Comunità, di un nuovo *strumento* denominato **SPAZIO ARGENTO**

Diverrà il punto di riferimento unico per le persone anziane e le loro famiglie che andrà a sostituire i PUA e che verrà collocato dal punto di vista organizzativo presso le Comunità di Valle; garantirà una ampia gamma di risposte sociali consentendo di attivare i percorsi socio-sanitari più appropriati

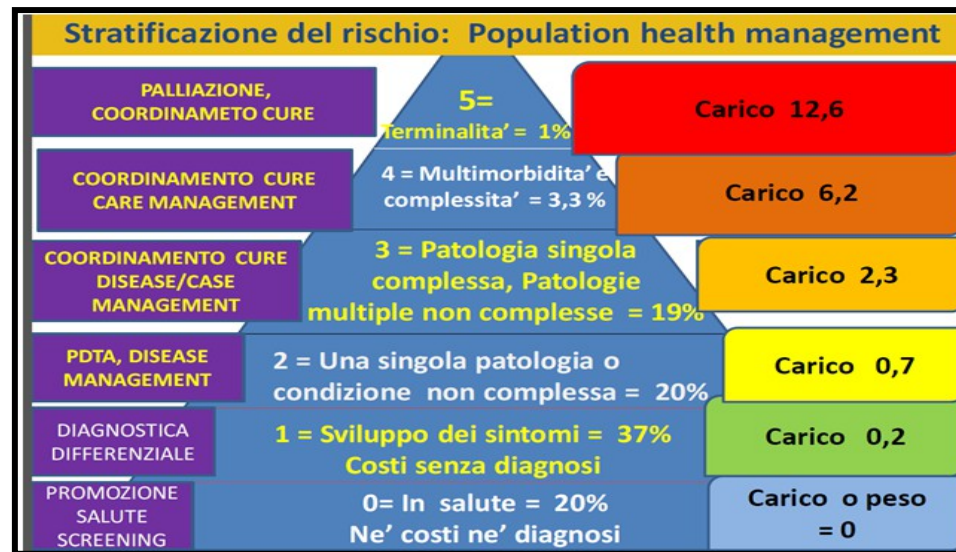
Alle Comunità vengono così attribuiti compiti e attività in materia socio-sanitaria riferiti agli anziani, con relativo ruolo di programmazione territoriale

La Provincia mantiene il ruolo di programmazione generale

Rete cronicità - ACG

La rete cronicità è stata appena istituita con il fine di implementare il piano nazionale cronicità per disegnare il percorso del malato cronico nei vari setting assistenziali.

Il population health management rappresenta lo sfondo di riferimento su cui costruire la stratificazione del rischio (tramite ACG) e quindi valutare costi e risultati della presa in carico basata su iniziative proattive (es. pacchetti standardizzati di specialistica).
Essenziale il coinvolgimento della medicina generale



Conclusioni

Contemperare la sostenibilità con l'esigenza di assicurare **servizi vicini alle persone**

Quando la domiciliazione non è più perseguibile, **non puntare esclusivamente sulla residenzialità**

Forme di semiresidenzialità possono risultare utili, ma deve **cambiare l'impostazione dei centri diurni per anziani** con orientamento sul versante socio-sanitario (tema delle qualifiche del personale)

Percorsi protettivi di **residenzialità leggera/cohousing** possono assicurare una qualità della vita accettabile anche in fasi complesse

Investire sui soggetti presenti sul territorio (APSP?) può risultare vantaggioso perché posseggono il know-how, purché si aprano verso il territorio

Il sostegno dell'area sociosanitaria per la LTC rappresenta una sfida che deve essere accettata, a patto che si intenda operare **investimenti strutturali complementari** che coinvolgano la popolazione quando è in attività (Fondi sanitari integrativi? Fiscalità anche per il socio-sanitario?)