

**Progetto**

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 84/CSR del 20 aprile 2011 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, Anno 2011

1. Regione proponente: Regione del Veneto

2. Linea progettuale: 2 - La non autosufficienza

3. Titolo del progetto: Programma sperimentale di interventi per favorire la permanenza o il ritorno nella comunità di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti.

4. Durata del progetto: Anno 2011

5. Referente

Commissario alla Non Autosufficienza: dott.ssa Annalisa Basso

Direzione Servizi Sociali – Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

Tel 041271393- Fax 0412791369

annalisa.basso@regione.veneto.it

6. Aspetti finanziari

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2011 €19.000.000,00

7. Impianto progettuale**a) Descrizione sintetica del contenuto del progetto**

Il sistema dei servizi sociosanitari per la non autosufficienza è caratterizzato in Veneto da una progressiva evoluzione nella direzione di una sempre maggiore integrazione ed organicità. I percorsi assistenziali e di presa in carico sono spesso complessi e diversificati. Diversi sono anche i soggetti che intervengono e appare sempre più difficile (quando non opportuno) distinguere la residenzialità dalla domiciliarità, legate spesso fra di loro all'interno di un unico progetto assistenziale.

I punti focali di questa nuova visione della non autosufficienza sono: la persona, con la necessità di definire percorsi di presa in carico che richiedono l'attivazione di risorse e servizi diversi; il territorio, con la necessità di attuare una programmazione coerente sulla domiciliarità (DGR 39/06) e sulla residenzialità (DGR 464/2006, DGR 394/2007) sempre più integrate in una visione di programmazione complessiva sia a livello di ambito territoriale che a livello regionale.

Nell'ambito di questa programmazione, particolare attenzione deve essere riservata al momento del rientro a domicilio del cittadino dalla degenza ospedaliera in quanto non sempre semplice da affrontare e può essere fonte di gravi disagi e difficoltà per l'assistito e i suoi congiunti; possono sussistere ancora la necessità di sorveglianza medica, assistenza infermieristica e/o riabilitazione che debbono essere organizzate in un progetto di cure integrato di durata variabile ed erogate a domicilio o in alternativa in una struttura di degenza e/o accoglienza caratterizzata da minor costo assistenziale rispetto l'ospedale, eventualmente con la partecipazione finanziaria anche dell'assistito.

La dimissione protetta deve assicurare la continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio consentendo o un parziale recupero di autonomia o, per i pazienti in fase terminale, una migliore qualità di vita residua.

Deve inoltre assicurare l'integrazione operativa fra i servizi territoriali ed ospedalieri nella presa in carico del paziente.

Con la realizzazione di questo progetto si mira a dotare i Centri di Servizio di strumenti idonei a favorire la continuità tra ospedale e territorio.

b) Contesto (motivazioni del progetto, ambito di intervento, criticità da superare, valenza sanitaria dei risultati ottenibili)

Il contesto regionale, così come quello di tutti i paesi ad economia avanzata, vede un costante aumento delle persone in condizioni di non autosufficienza, legato in parte al progressivo invecchiamento della popolazione e agli sviluppi della medicina. Si tratta di persone i cui bisogni sanitari, sociali e relazionali richiedono livelli di cura e assistenza elevati e prolungati nel tempo.

In Veneto, nel 2010, le persone sopra i 65 anni sono il 19,9% della popolazione totale, mentre quelle sopra gli 80 anni sono il 5,4%; l'indice di vecchiaia è pari a 139 (139 persone > 65 anni su 100 giovani tra 0>14 anni). L'indice di dipendenza invece è pari a 0.29 (29 persone > 65 anni ogni 100 persone in età lavorativa).

A fronte di ciò, la regione del Veneto ha attivato, in questi ultimi anni, una serie di strategie volte a potenziare e qualificare l'offerta dei servizi sociali e socio sanitari tenendo come obiettivo prioritario e strategico il mantenimento nel proprio contesto di vita delle persone anziane o in condizioni di disabilità.

Tale indirizzo si inserisce in un contesto caratterizzato tradizionalmente dalla scelta dell'integrazione socio-sanitaria. Con l'avvio del servizio sanitario nazionale e la costituzione delle Unità sanitarie locali, la Regione del Veneto ha confermato l'orientamento all'integrazione, assegnando anche funzioni sociali ai nuovi organismi, che sono stati denominati Unità locali socio sanitarie (ULSS, LR 55/1982), e valorizzando il ruolo dei Comuni nella programmazione sociale e sanitaria locale.

Tale scelta è andata consolidandosi in tutti i successivi passaggi di riforma normativa ed istituzionale, sia sul versante sanitario (D.Lgs. 229/1999) che sociale (L. 328/00), ed è andata anzi a precisarsi e a meglio strutturarsi nel tempo attraverso una serie di ulteriori scelte di carattere programmatico ed operativo, in particolare con la definizione di strumenti di pianificazione sociosanitaria integrata fra comuni e aziende Ulss (LR 5/96), con la definizione degli ambiti e dei processi di valutazione multidimensionale e multi professionale del bisogno assistenziale (DGR 2034/94 e DGR 561/98), con la messa a punto della SVAMA quale strumento di valutazione multidimensionale nel settore degli anziani e con la disciplina della UVMD (DGR 3979/99 e 4588/07). Tali scelte sono andate nella direzione di un progressivo rafforzamento dei Distretti Socio Sanitari, quali punti di accesso dei cittadini alla rete dei servizi sanitari e socio sanitari (DGR 3242/01).

Nell'ambito della non autosufficienza assumono particolare rilevanza le delibere di Giunta regionale n. 2359/04 e n. 39/06, nonché l'istituzione del Fondo per la Non Autosufficienza (L. R. 30/09), con le quali il Veneto ha delineato il quadro programmatico e gestionale attraverso cui i comuni, le aziende Ulss e la stessa Regione perseguono l'obiettivo di promuovere e tutelare la qualità della vita dei cittadini a rischio di esclusione dal loro contesto familiare. Ciò avviene attraverso la creazione e lo sviluppo continuo di una rete composita e coordinata di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e delle famiglie che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone fragili.

La dimissione protetta è un meccanismo di tutela della persona "fragile", teso ad assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza. Per "fragile" si individuano le persone "a rischio" (per esempio, di ripetute ospedalizzazioni) sia per le condizioni cliniche precarie sia per la mancanza di un adeguato supporto della rete familiare, amicale o parentale, a volte, sia per inadeguatezza socio-economica.

La mancanza di integrazione Ospedale e Territorio può portare a:

- dimissioni precoci o non organizzate;
- prolungamento dei ricoveri oltre i tempi appropriati di trattamento o un nuovo ricovero successivo al precedente.

È necessario, quindi, giungere ad una forte integrazione tra Ospedali, Servizi territoriali delle Aziende ULSS, MMG e Centri di Servizio che garantisca continuità.

Già durante la degenza in ospedale devono essere messe in atto, il più precocemente possibile, tutta una serie di valutazioni riguardanti i bisogni socio-sanitari del ricoverato, secondo la metodologia della Valutazione Multidimensionale di Distretto e attivate tutte le procedure previste per dare il massimo della tutela al momento della dimissione della persona con l'individuazione da parte del Distretto di residenza dell'assistito del progetto individuale assistenziale/terapeutico.

Lo strumento operativo in uso per la rilevazione dei bisogni socio-assistenziali dei pazienti ricoverati e candidati all'ingresso nella rete dei servizi territoriali è la SVAMA.

La dimissione protetta viene quindi a configurarsi come una dimissione programmata, preordinata e concordata con il paziente, i suoi familiari e il MMG.

Tutto ciò al fine di garantire l'appropriatezza delle dimissioni, la riduzione dei fattori di rischio e di rientro nonché l'assicurazione della preparazione delle famiglie.

c) Obiettivi e risultati attesi

Con il presente progetto s'intende favorire lo sviluppo di servizi orientati a ridurre i ricoveri inappropriati, cioè di persone che potrebbero trovare a domicilio le stesse garanzie di cura che in ospedale, assicurando il contenimento dell'ingresso in strutture residenziali a ciclo definitivo migliorando la qualità della vita dei pazienti e di chi presta loro le cure (caregivers).

d) Azioni/interventi

1) VALUTAZIONE

L'inserimento della persona anziana non autosufficiente nella rete dei servizi avviene attraverso la Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA). Tale scheda è lo strumento di valutazione a disposizione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) per la predisposizione del progetto assistenziale più consono alle esigenze della persona.

Attraverso la SVAMA viene definito il profilo di autonomia della persona, in relazione al quale possono essere stabilite le diverse articolazioni dei livelli assistenziali.

L'intensità di assistenza sanitaria viene articolata su due livelli:

- a. Il primo di intensità ridotta e minima corrispondente ai profili SVAMA dal 2 al 13;
- b. Il secondo di intensità media corrispondente ai profili SVAMA 14,15, 16 e 17.

All'U.V.M.D. competono inoltre le verifiche periodiche del progetto anche in rapporto a variazioni delle condizioni dell'assistito.

Nella sperimentazione si terrà conto delle risultanze della scheda SVAMA, del contesto familiare di riferimento della persona non autosufficiente e la gestione del servizio sociale del comune di residenza.

Ogni Azienda Ulss dovrà individuare dei posti letto presso i centri di servizio residenziali di alta intensità assistenziale per fronteggiare situazioni di anziani non autosufficienti che, in seguito a eventi patologici di certa gravità, si trovano in condizioni sanitarie che, sebbene stabilizzate, richiedono un livello assistenziale elevato e continuativo nel tempo non gestibile momentaneamente a domicilio.

Hanno priorità di accesso, per documentazione e per valutazione, quelle situazioni in cui è possibile un recupero adeguato delle condizioni di salute per un auspicabile rientro a domicilio.

L'accesso deve avvenire previa valutazione U.V.M.D. integrata da personale delle dimissioni protette e a seguito di autorizzazione da parte del Responsabile competente per area.

In fase di predisposizione del progetto di inserimento, l'U.V.M.D. dovrà valutare la reale possibilità di un recupero per un successivo rientro a domicilio, stabilendone tempi e modi.

2) ACCESSO

L'accesso ai Centri di Servizio viene assicurato tramite la messa a disposizione da parte degli stessi, in convenzione con le Aziende ULSS, di 50 posti in media, di alta intensità, per ciascuna Azienda ULSS.

3) MONITORAGGIO

Raccordare l'attività dei servizi in parola con il sistema già in atto della residenzialità extraospedaliera per i ricoveri in struttura pone la necessità di gestire un'attività di monitoraggio degli accessi allo scopo di garantire:

- l'offerta di un servizio appropriato all'utenza;
- un controllo della spesa e una migliore programmazione futura dei servizi afferenti all'area in questione;
- la definizione di procedure, di strumenti, per rendere trasparenti e congrui, anche attraverso l'introduzione di un sistema autorizzativi, gli accessi ai servizi in argomento;
- e infine, un riferimento per una corretta informazione ai cittadini sui servizi offerti dall'Azienda.

e) Indicatori

1. Numero di operatori e servizi coinvolti nella sperimentazione del progetto intitolato: "Programma sperimentale di interventi per favorire la permanenza o il ritorno nella comunità di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti.", sul totale per ambito considerato.
2. Numero di persone non autosufficienti registrati nella sperimentazione della Cartella Regionale Utente sul totale per ambito considerato.
3. Numero di impegnative di residenzialità divise per profilo SVAMA sul totale delle impegnative per ambito regionale.
4. Numero di operatori e servizi coinvolti.
5. Valutazione di gradimento da parte degli operatori coinvolti.

f) Soggetti coinvolti

Aziende Ulss: Direttori Sociali, Responsabili del Distretto Socio-Sanitario, Medici di Medicina Generale, Operatori Socio-Sanitari impegnati nell'attività di valutazione e presa in carico delle persone non autosufficienti.

Comuni: Responsabili del settore dei Servizi Sociali.

Territorio: Enti gestori dei Centri di Servizio e altre realtà organizzative del territorio che concorrono alla gestione dei Servizi Socio-sanitari rivolti alle persone non auto sufficienti.

Uffici regionali: Direzione Servizi Sociali e Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali.

g) Strategie di comunicazione del progetto nei confronti dei cittadini e degli operatori

Si prevedono azioni di diffusione in ognuno dei 21 ambiti di Aziende ULSS con tutti gli attori territoriali: presentazione degli interventi, distribuzione di materiale informativo appositamente redatto e incontri di formazione specifica sull'uso degli strumenti informativi.

h) Tempi di attuazione

La tipologia di progetto non consente un preciso cronoprogramma suddiviso per specifiche azioni, ma l'intero processo si sviluppa nell'arco di 12 mesi, dove nella fase finale viene effettuato il monitoraggio.