



Progetto

ex Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, anno 2009

Regione proponente: Veneto

Linea progettuale: 2. La non autosufficienza

Titolo del progetto

Organizzazione e sviluppo dei flussi informativi per la non autosufficienza

Durata del progetto

Biennale (gennaio 2009 – dicembre 2010)

Referente

Dott. Giancarlo Ruscitti - Segretario regionale Sanità e Sociale  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Telefono 041/2793457; Fax 041/2793491  
E-mail: [giancarlo.ruscitti@regione.veneto.it](mailto:giancarlo.ruscitti@regione.veneto.it)

Dott. Maglio Michele  
Direzione Servizi Sociali - Dorsoduro 3493, 30123 Venezia  
Tel. 0412791420 - Fax 0412791369  
E-Mail: [michele.maglio@regione.veneto.it](mailto:michele.maglio@regione.veneto.it)

Aspetti finanziari

a) spese stimate

€3.000.000,00 ripartiti nei due anni (€1.500.000,00 nel 2009 e €1.500.000,00 nel 2010)

b) importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2009:

€1.500.000,00

c) eventuale partecipazione della Regione al finanziamento anno 2009: -----

## 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. Di pari passo si muovono nuovi meccanismi di gestione delle risorse come per esempio attraverso l'istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (art. 3 legge regionale 1/08).

Il governo e la gestione del sistema dei servizi per la non autosufficienza richiedono l'attivazione di un coerente sistema informativo, capace di alimentare adeguatamente i flussi che andranno a soddisfare il fabbisogno derivato dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario, secondo quanto disciplinato dai decreti ministeriali del 17/12/08, ma che vede gli stessi inseriti in un contesto coerente ed organico di gestione delle informazioni.

Il sistema informativo attuale si è andato via via a costruire sommando rilevazioni in essere a nuove richieste di dati e sistemi di rilevazione parziali in un'ottica incrementale, con l'effetto di utilizzare canali informativi diversi non sempre coerenti o di chiedere più volte dati simili o a volte sovrapposti agli stessi operatori o di non presidiare adeguatamente alcune aree importanti in un'ottica di visione integrata e complessiva.

Il progetto si propone di avviare un processo di:

- Mappatura e analisi dei flussi esistenti.
- Riordino e riorganizzazione in un sistema unitario, organico, integrato e dialogante dei flussi esistenti relativi alla domiciliarità, la residenzialità e la semiresidenzialità. In questo obiettivo rientra anche la sperimentazione di nuovi strumenti da condividere a livello regionale per omogeneizzare territorialmente la raccolta delle informazioni da parte dei servizi, come la "Cartella Regionale Utente".
- Sviluppare i flussi esistenti, come il flusso "SID-ADI" per la domiciliarità, implementato inizialmente con le informazioni sugli interventi sanitari e che prevede l'integrazione della parte sociale, e il flusso delle "Impegnative di Residenzialità" di cui attualmente viene rilevato un set minimo di dati e che richiede il completamento delle informazioni sugli utenti.
- Garantire la risposta al fabbisogno informativo ministeriale (NSIS) secondo quanto definito dai decreti ministeriali in data 17/12/2008.

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

- Il contesto regionale dei servizi

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 2008, le persone sopra i 65 anni sono il 19,5% 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 2359/04 e 39/06 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 ed organizzativamente ordinata 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. In particolare, con la deliberazione n. 39/06, la Giunta Regionale ha approvato le disposizioni applicative per la realizzazione in ogni territorio ULSS dei "Piani locali per la domiciliarità" per il triennio 2007 – 2009. Il Piano locale per la domiciliarità (PLD) è uno strumento con il quale gli attori locali, comuni, azienda Ulss e privato sociale, definiscono il quadro di integrazione e sviluppo dei servizi e dei progetti finalizzati a rendere il mantenimento della persona non autosufficiente in famiglia meno difficile, più conveniente e più soddisfacente sotto il profilo delle condizioni di salute, ma anche delle relazioni affettive intrafamiliari e delle relazioni sociali. Il PLD definisce il sistema delle responsabilità locali nell'attuazione delle politiche sociali e sanitarie per la domiciliarità; individua i processi unitari per la valutazione, la presa in carico, il sostegno e l'accompagnamento della persona fragile e della sua famiglia.

L'insieme delle politiche di sostegno alla domiciliarità si caratterizza in Veneto nell'offerta ai cittadini di tre aree di intervento:

1. interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia: assistenza domiciliare sociale (SAD - 31.697 persone nel 2006), sanitaria (comprensiva della fornitura di protesi e ausili), e integrata socio-sanitaria (ADI - 15.179 persone nel 2006), telesoccorso e telecontrollo (26.927 utenti nel 2008), interventi delle reti solidaristiche della comunità locale;

2. interventi di sostegno economico: assegni di cura e contributi economici alle famiglie, differenziati a seconda del carico di cura, della tipologia e delle modalità di assistenza fornita, della situazione economica (nel 2008 sono stati beneficiari di assegni di cura 24.085 persone, di cui 3.075 con alzheimer, e sono stati finanziati circa 2.500 progetti di vita indipendente);
3. interventi di sollievo alla famiglia: centri diurni, ricoveri temporanei, soggiorni climatici, etc., per persone in situazione di dipendenza assistenziale (nel 2006 sono stati 5.084 i progetti di sollievo, 3.602 indirizzati a famiglie con anziani e 1.482 a famiglie con disabili).

Con particolare riferimento all'ADI, essa viene inserita organicamente nel contesto dei servizi per la domiciliarità. L'ADI era stata in precedenza disciplinata con la DGR n. 5273/1998 nella quale la Giunta Regionale l'assistenza domiciliare integrata viene suddivisa in sei tipologie assistenziali, di cui cinque a valenza integrata.

Anche nell'ambito della residenzialità, già dall'anno 2000 sono stati introdotti rilevanti cambiamenti per la riorganizzazione del sistema regionale dei Centri di Servizio per le persone anziane non autosufficienti. Il sistema regionale della residenzialità per la non autosufficienza si è incardinato in due specifici provvedimenti, la DGR 447/2000 e DGR 751/2000. Successivamente questi provvedimenti sono stati aggiornati con la DGR 474/2006 e la DGR 394/2007 che delineano la programmazione della residenzialità fondandola su livelli di fabbisogno territoriale e promuovono lo sviluppo del sistema perseguendo due orientamenti strategici: il primo è la centralità del cittadino e il diritto alla libera scelta, il secondo, la programmazione territoriale delle risorse.

I cambiamenti culturali e di contesto socio-sanitario richiedono procedure più articolate e flessibili, tali da far convergere le risorse della domiciliarità, della residenzialità e dei servizi sanitari verso obiettivi condivisi e interventi coordinati.

Un'ulteriore evoluzione del sistema si raggiunge con la definizione degli standard per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale per le strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali (L.R. 22/2002), approvati in via definitiva con la DGR 84/2007.

I risultati raggiunti, in attuazione di questi nuovi indirizzi hanno così permesso di sviluppare sul territorio Regionale aspetti di eccellenza favorendo:

- Il compiuto inserimento della residenzialità e della semiresidenzialità nella rete dei servizi alla persona, come sistema funzionalmente integrato con il complesso dei sanitari e servizi socio sanitari territoriali;
- la programmazione dell'offerta di residenzialità e semiresidenzialità nei vari ambiti territoriali attraverso lo strumento dei Piani di Zona e i Piani Attuativi Locali, individuando i livelli di fabbisogno delle singole aziende AULSS e la distribuzione delle relative quote socio-sanitarie (DGR 312/2001).

Rispetto all'accesso alle strutture residenziali socio-sanitarie con la DGR 3632/2002 viene istituito il Registro Unico della Residenzialità (R.U.R.). In ogni Azienda ULSS tale Registro rappresenta lo strumento operativo per la gestione, regolazione e attribuzione della impegnativa di residenzialità alle persone anziane non autosufficienti che necessitano di interventi socio-sanitari residenziali, al fine di garantire l'espressione della libera scelta dei servizi residenziali autorizzati nella Regione Veneto. L'impegnativa di residenzialità costituisce infatti il titolo per spendere la quota di rilievo sanitario legata all'assistenza sanitaria all'interno della retta applicata presso i Centri Servizi autorizzati all'esercizio. Nel corso del 2007 le impegnative di residenzialità vengono attivate secondo le disposizioni attuative della DGR 456/2007. Con la stessa delibera vengono anche presentate le indicazioni per la predisposizione del "Piano Locale della Non Autosufficienza" (DGR 464/06 e DGR 394/2007), individuato come strumento operativo del Piano di Zona, finalizzato all'attuazione a livello locale degli indirizzi di programmazione regionale, attraverso l'integrazione tra i percorsi della residenzialità e quelli della domiciliarità.

Il modello organizzativo che viene a disegnarsi permette a circa 70.000 persone anziane della Regione Veneto, parzialmente o totalmente non autosufficienti, di usufruire di servizi e di interventi di sostegno alla

permanenza nel proprio domicilio e a 25.000 persone in condizioni di particolare gravità di ricevere le cure e l'assistenza necessarie attraverso il ricovero in strutture residenziali.

Punto di forza di questo modello organizzativo complessivo (domiciliarità e residenzialità) sono:

- la valutazione multidimensionale
- l'integrazione socio sanitaria
- la centralità del distretto socio sanitario.

E' presso il distretto infatti che viene costituita l'UVMD competente ad effettuare la valutazione multidimensionale e multiprofessionale e la progettazione personalizzata degli interventi. L'integrazione socio sanitaria trova la sua dimensione operativa nell'articolazione delle funzioni distrettuali, che focalizzano l'attenzione sulla persona e sui suoi bisogni, per una presa in carico globale e unitaria.

Da punto di vista del cittadino, l'integrazione si fonda sul processo di presa in carico, dalla quale può originarsi l'invio e l'accesso ai diversi tipi di prestazioni e di interventi. Essa richiede unitarietà nei momenti della valutazione, della definizione del progetto individualizzato di intervento, della verifica e dell'aggiornamento del progetto medesimo

#### - Il sistema informativo regionale

Via via che il sistema di offerta dei servizi per la non autosufficienza è andato a definirsi, e con il conseguente sviluppo di nuovi fabbisogni informativi in relazione alle caratteristiche e alla dimensione dei servizi erogati, si sono attivati flussi informativi dagli enti erogatori alla Regione. Tali flussi informativi, strutturati diversamente in relazione alle caratteristiche dei servizi implementati, restituiscono ora un quadro non sempre a fuoco, che risulta in alcuni casi incompleto, o viceversa, in altri, sovrabbondante e ridondante.

Al fabbisogno informativo regionale e in parte per dare risposta ad esso, si somma il fabbisogno informativo locale, la cui risposta si è andata strutturata con modalità, caratteristiche, qualità diverse, rendendo ormai necessaria un'opera di rivisitazione complessiva e, in definitiva, di ricomposizione dei flussi e della loro gestione. Ciò anche perché si è sviluppata in maniera sempre più chiara la consapevolezza che la comprensione dei fenomeni, il loro governo e la stessa gestione dei processi di presa in carico devono essere sostenuti da strumenti informativi capaci anch'essi di restituire la dimensione dell'integrazione e di ricomporre la frammentarietà intorno alla persona. La gestione dei flussi informativi, sia quelli orientati al governo del sistema che quelli finalizzati alla gestione del progetto dovranno quindi conformarsi a questo nuovo approccio, che ha fra i suoi punti caratterizzanti l'unitarietà dei processi di presa in carico, l'integrazione degli interventi, la realizzazione di progetti individualizzati, e che mette al centro, di fatto, la persona nella sua integrità e globalità.

Vi sono infine da soddisfare gli obblighi informativi nazionali che vanno ad alimentare il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) secondo le specifiche determinate dal DM 17/12/1008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" e dal DM 17/12/1008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semi-residenziali". Anche in questo caso si tratta di avviare non un'operazione incrementale (la semplice produzione di nuove modalità con nuovi strumenti di raccolta, ecc) ma di integrare questo fabbisogno con gli altri, per riorganizzare le attività di raccolta esistenti, introdurre le modifiche necessarie ed implementare gli eventuali nuovi strumenti di raccolta dei dati.

Nell'ambito della non autosufficienza sono attualmente attivi i seguenti flussi informativi indirizzati verso la regione:

- Sistema Informativo di Distretto Sociosanitario - modulo ADI (SID ADI) i cui standard regionali per l'acquisizione delle informazioni da inserire sono stati approvati con la DGR n. 1722/2004. Si tratta al momento del flusso maggiormente strutturato. Il suddetto flusso informativo regionale viene trasferito in Regione dalle Aziende ULSS con cadenza trimestrale, privo del dato relativo all'identificazione

- dell'utente per ovvi motivi di privacy, e consente l'elaborazione dei dati sulle effettive prestazioni erogate a domicilio degli utenti dai diversi operatori sociali e sanitarie.
- Flusso informativo legato al "Monitoraggio dei Piani di Zona" (L. 328/2000, DGR 1762/2004 e DGR 3702/2006), attivato nel 2006, e dal 2008 supportato da un sistema web, che prevede l'inserimento annuale delle informazioni sui servizi ed interventi sociali e sociosanitari, di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare, realizzati nell'ambito territoriale. All'interno di tale flusso confluisce dal 2009 il monitoraggio dei Piani locali per la domiciliarità.
  - Anche la gestione delle procedure per l'accesso dei servizi di telesoccorso e l'assegno di cura sono completamente informatizzate e accessibili dagli operatori via web rendendo disponibili informazioni ai diversi livelli di aggregazione.
  - Flusso informativo relativo a "L'assistenza residenziale extraospedaliera degli anziani, non autosufficienti e disabili" (DGR n.2210/2001), attivato nel 2001, che prevede l'alimentazione a periodicità trimestrale, da parte delle Aziende ULSS, di un archivio regionale dei trattamenti di residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera, ed è finalizzato alla rendicontazione delle mobilità sanitaria intraregionale.
  - Flusso informativo relativo alle "Schede di Rendicontazione" dei Centri di Servizio per anziani e disabili (DGR 2980/ 2001, DGR 298/2002 e successive), attivato nel 2002, che prevede l'invio da parte dei Centri di Servizio alle Aziende ULSS (che successivamente li trasmettono all'Osservatorio Regionale sulla Condizione della Persona Anziana e Disabile) del rendiconto economico-finanziario annuale delle loro attività specifiche, e la verifica del rispetto degli standard per l'autorizzazione e l'accreditamento delle loro strutture.
  - Flusso informativo relativo al "Registro Unico di Residenzialità" riguardante l'accesso ai Centri di Servizio (DGR 3632/2002 e DGR 38/2006), che gestisce presso ciascuna Azienda ULSS le lista d'attesa per l'ingresso degli utenti nelle strutture residenziali.
  - Flusso informativo relativo alle "Impegnative di Residenzialità" (DGR 3632/02, DGR 456/07, DGR 457/07), attivato nel 2007, che prevede l'inserimento giornaliero delle informazioni sulle impegnative emesse dalle Aziende ULSS, all'interno di un portale regionale "websanita" (Impegnative RSA) ed è finalizzato alla gestione e alla rendicontazione delle impegnative di residenzialità a livello aziendale e regionale. Tale flusso risponde anche al fabbisogno informativo legato al monitoraggio dei Piani Locali per la Non Autosufficienza.

Con la DGR 2993/08 è stato inoltre formalizzato l'avvio di un processo di ricerca, analisi e progettazione finalizzato ad implementare a livello regionale un sistema di rilevazione omogeneo dei dati sui servizi, interventi e prestazioni, la "Cartella Regionale Utente", "che include tutti i possibili elementi comuni che consentano di classificare il caso (anagrafica, bisogno e offerta) e di avere delle informazioni comuni e standardizzate che tutti i sistemi locali dovranno produrre, utilizzando anche metodi di rilevazione diversi ma compatibili con la richiesta regionale". Tale strumento dovrà rispondere alla necessità di disporre in modo continuo delle informazioni essenziali alla realizzazione di una programmazione del sistema dei servizi e degli interventi che tenga conto dell'evoluzione dei bisogni, della tipologia degli utenti presi in carico dal sistema dei servizi e di come questo riesca a rispondere in termini di offerta attivata, tenendo presente al contempo, nel caso della non autosufficienza, la necessità di registrare i percorsi assistenziali e di monitorarli sia in relazione all'accesso dei servizi per la domiciliarità, che alla semiresidenzialità e alla residenzialità, sia in relazione alla necessità di considerare anche i servizi ad alta integrazione socio-sanitaria.

- Le criticità dell'attuale sistema informativo regionale per la NA

In merito all'organizzazione dei flussi fin qui attivati e alle considerazioni sopra esposte emergono alcuni aspetti di particolare criticità a cui rispondere con opportune iniziative.

In merito al flusso SID ADI si sottolinea la necessità di integrare i tracciati con la parte sociale, attualmente sotto considerata, sia in merito ai dati registrati che ai soggetti che alimentano il flusso. In particolare si osservano:

- La carenza di informazioni circa l'unità organizzativa erogatrice del servizio di assistenza domiciliare e domiciliare integrata (struttura, organizzazione, servizi erogati, personale, ecc.). La necessità di fare riferimento all'unità organizzativa come oggetto della rilevazione e non all'effettiva unità di offerta. Uno dei debiti informativi da colmare è infatti quello di portare alla luce in maniera chiara e definitiva l'universo di quelle che sono state le differenti scelte organizzative del territorio circa l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare: convenzionamenti Comune-ULSS/Distretti, coinvolgimento di soggetti terzi del privato o del volontariato nell'erogazione del servizio, ecc., che i tracciati SID ADI non sono in grado di restituire;
- la necessità di irrobustire la parte del tracciato record del SID-ADI relativa alla valutazione del bisogno sociale dell'individuo;
- la necessità di integrare il tracciato record con gli accessi sociali con l'eventuale articolazione degli stessi in prestazioni;
- la mancanza di una definizione ragionata di una temporizzazione per fasce su alcune mirate tipologie di accesso;
- la realizzazione di un sintetico paniere di indicatori di governo del sistema di assistenza domiciliare.

Per altro, l'architettura del sistema SID ADI presenta ulteriori potenzialità di sviluppo, permettendo ad esempio la visione centralizzata delle domande di assegno di cura (già assicurata alla Direzione Servizi Sociali dalla procedura web ISEENET), ma anche:

- la registrazione dell'attività di presa in carico sociale (attività dell'assistente sociale e dell'OTAA) e sanitaria (accessi degli operatori sanitari)
- la produzione di report-tipo aziendali
- l'integrazione con i flussi informativi dei servizi sociali comunali (laddove già esistenti), a partire dai quali le informazioni vengono estratte per alimentare il tracciato record. Questo può evitare agli enti che già alimentano un proprio programma gestionale l'effettuazione di caricamenti multipli e favorire l'integrazione trasversale dei servizi.

Per quanto riguarda i flussi legati ai Piani Locali della Domiciliarità si evidenzia soprattutto la necessità di attivare modalità univoche di raccolta delle informazioni, evitando sovrapposizioni con i flussi derivati dagli uffici di piano. Si ritiene opportuno:

- definire un percorso per la ri-definizione del contenuto informativo relativo alle attività sociali;
- valorizzare l'ufficio di piano quale snodo per la raccolta e l'alimentazione dei flussi informativi regionali
- ipotizzare una reportistica-tipo per l'attività sociale delle ULSS
- effettuare un censimento sulle modalità di registrazione delle attività sociali dei Comuni (utilizzo di propri programmi gestionali, contenuti informativi, modalità e qualità del trasferimento dati verso le ULSS)
- migliorare l'interfaccia verso le ULSS del portale delle applicazioni (invio files, controllo errori) e del datawarehouse SID-ADI (queries pre impostate per la produzione di report aziendali);

Rispetto all'accesso dei servizi di telesoccorso e l'assegno di cura si pone l'obiettivo di uniformare le procedure di accesso e di valutazione del bisogno attraverso l'utilizzo di una scheda di valutazione multidimensionale semplificata.

La rilevazione delle "Schede di Rendicontazione" presso i Centri di Servizio per anziani e disabili presenta nel corso degli anni alcune criticità legate sia alla difficoltà di ottenere una rappresentazione completa ed esaustiva del sistema di offerta residenziale e semiresidenziale, sia alla modalità di raccolta dati non

supportata da adeguati strumenti informatici. In corrispondenza dunque della riorganizzazione complessiva degli Osservatori Regionali del 2006 (DGR 4139/2006) si sono avviate importanti riflessioni per migliorare i contenuti e la gestione del flusso informativo, in particolare rispetto a:

- Sistematizzare e integrare i contenuti informativi, necessari a monitorare il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali e la sua evoluzione sia rispetto all'emissione delle impegnative di residenzialità che all'accertamento del mantenimento degli standard organizzativo-gestionali.
- Passare da una modalità di raccolta dati basata su fogli di calcolo in formato Excell, all'inserimento diretto da parte dei Centri di Servizio in un Database Regionale accessibile mediante interfaccia web.
- Definire e produrre un sistema di reportistica e documentazione periodica che presenti le caratteristiche del sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali evidenziandone i mutamenti nel tempo.
- Confrontarsi con altri flussi informativi esistenti in vista di una ottimizzazione e razionalizzazione della raccolta dati, e per evitare sovrapposizioni, ridondanze o carenze nelle informazioni rilevate.

Rispetto ai flussi informativi relativi a "L'assistenza residenziale extraospedaliera degli anziani, non autosufficienti e disabili" e alle "Impegnative di Residenzialità", in seguito al mutamento delle modalità di accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali avvenuto nel 2007, emergono diversi elementi di criticità riguardanti principalmente:

- La compresenza di due flussi informativi indipendenti che in parte si sovrappongono nella rilevazione delle informazioni, e che comporta una doppia richiesta da parte della Regione alle Aziende ULSS di informazioni relative alla residenzialità, sebbene con differenti periodicità di rilevazione.
- La difficoltà di avere informazioni integrate tra i due flussi sul sistema della residenzialità, e di conseguenza, la mancanza di informazioni e indicatori che consentano una migliore conoscenza dell'offerta complessiva del territorio, e di conseguenza una migliore programmazione e gestione del sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali.

Nella prospettiva dunque di completare la trasformazione del sistema di monitoraggio nella gestione delle impegnative e nell'ottica di sviluppare i flussi informativi nel rispetto delle indicazioni ministeriali si ritiene dunque necessario:

- Integrare i flussi informativi esistenti, facendoli confluire in un'unica rilevazione legata all'emissione delle impegnative di residenzialità,
- Adeguare, al mutamento dei contenuti dei flussi, le modalità di rilevazione e l'attuale sistema informatico a supporto dell'inserimento dei dati attraverso l'utilizzo del portale regionale.
- Avviare un processo di formazione e condivisione con gli enti locali sulle scelte avviate e sulla riorganizzazione dei flussi, per facilitare l'implementazione del nuovo sistema informativo. Legato a questo processo di recepimento e di condivisione nel territorio e per facilitare lo scambio con gli uffici regionali verrà individuato un unico referente all'interno delle Aziende ULSS per la gestione dei flussi informativi regionali.
- Individuare un set di informazioni omogenee e utili sia alla rendicontazione finanziaria ed economica che alla gestione del sistema di offerta dei servizi.
- Utilizzare i dati disponibili sui servizi per analizzare e presentare le caratteristiche del sistema di offerta elaborando documenti periodici di sintesi e divulgazione dello sviluppo e del cambiamento dei servizi nel territorio.

Attualmente il "Registro Unico di Residenzialità" (R.U.R.) è gestito autonomamente dalle singole Aziende ULSS. Per una più efficiente gestione delle liste d'attesa, integrata a livello regionale, si ritiene opportuno unificare il supporto informatico dei diversi R.U.R, mantenendone la gestione alle singole Aziende ULSS ma consentendo l'accesso e l'utilizzo attraverso un unico portale, quello regionale.

Si rilevano infine alcune criticità legate da una parte all'inerzia propria dei sistemi complessi nell'intervenire nei processi di alimentazione, governo e utilizzo dei sistemi informativi, dall'altra alla difficoltà di operare in un contesto nel quale gli attori sono molti e tendono a muoversi con logiche non sempre convergenti.

c) Obiettivi, risultati attesi e relativi indicatori

- Obiettivi

Con il presente progetto si vuole riordinare complessivamente la gestione dei flussi informativi legati alla non autosufficienza con i seguenti obiettivi:

1. Riorganizzare, sistematizzare, integrare e sviluppare i flussi esistenti sui servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali per ottimizzare il sistema regionale di rilevazione e le richieste informative agli enti del territorio.
2. Avviare la sperimentazione di uno strumento di rilevazione omogeneo a livello regionale, la Cartella Regionale Utente, come punto unificato di alimentazione dei flussi informativi e di gestione delle informazioni sia di carattere sociale che di carattere sociosanitario.
3. Sostenere il flusso informativo in risposta ai fabbisogni del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), secondo quanto disciplinato dal DM 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" e dal DM 17/12/2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semi-residenziali".
4. Adeguare l'attuale sistema informatico in rispondenza alle esigenze dei mutamenti dei flussi informativi regionali e nazionali.
5. Avviare una produzione periodica di reportistica finalizzata ad esplorare le caratteristiche del sistema complessivo dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari, evidenziandone l'evoluzione nel tempo e organizzare momenti di presentazione, condivisione e riflessione sui risultati delle analisi con rappresentanti ed esperti degli enti locali e delle realtà organizzative pubbliche e private del territorio.
6. Attuare processi informativi e formativi con gli enti locali e le realtà organizzative del territorio, finalizzati alla conoscenza, alla condivisione delle scelte e al miglioramento del sistema informativo regionale.

- Risultati attesi

1. Produzione di un documento descrittivo del Sistema Informativo Regionale sui Servizi Socio-Sanitari, delle criticità emerse, delle possibilità e relative proposte di miglioramento volte all'integrazione e all'ottimizzazione tra diversi flussi.
2. Produzione di documenti che descrivano :
  - le proposte di modifica da apportare al Sistema Informativo e Informatico Regionale;
  - la programmazione e la realizzazione delle fasi di sperimentazione delle modifiche introdotte,
  - i risultati raggiunti nelle diverse fasi sperimentali e la loro validazione,
  - la programmazione e la realizzazione della messa a regime delle modifiche validate e introdotte nel Sistema Informativo e Informatico Regionale.
3. Produzione di un report conclusivo di presentazione dei risultati del progetto sulla sperimentazione della Cartella Regionale Utente
4. Integrazione dei flussi SIS ADI con la parte sociale e entrata a regime del sistema presso tutti gli ambiti territoriali Ulss
5. Creazione di un unico sistema di rilevazione dei flussi per la residenzialità e sua entrata a regime

6. Definizione di una piattaforma di integrazione dei data base (e dei portali di accesso) con accesso al servizio di carattere anagrafico esistenti, nella direzione di creare le condizioni per la riuscita del punto seguente.
7. Messa a punto (compresa la sperimentazione) della Cartella Regionale Utente e determinazione di tutte le condizioni organizzative e tecnologiche per la sua entrata a regime in tutto il territorio regionale
8. Produzione dei flussi informativi in uscita secondo le specifiche di cui ai decreti ministeriali del 17/12/08
9. Entrata a regime dei flussi informativi alimentati dagli Uffici di Piano e utilizzo dei flussi in uscita per la programmazione zonale e regionale.
10. Progettazione dei metodi, degli strumenti e dei contenuti per la valutazione degli effetti prodotti nel sistema dei servizi regionali in seguito alle modifiche apportate al sistema informativo dalle azioni previste nel presente progetto

- Indicatori

1. Effettiva produzione dei report di cui ai punti 1., 2. e 3. dei “risultati attesi”.
2. Numero di utenti ADI e SAD di cui vengono registrati gli accessi nel nuovo SID ADI integrato (sia parte sociale che sanitaria) sul numero di utenti ADI e SAD complessivi (ed evoluzione nel tempo)..
3. Numero di operatori e servizi coinvolti nella sperimentazione della Cartella Regionale Utente sul totale per ambito considerato.
4. Numero di persone non autosufficienti registrati nella sperimentazione della Cartella Regionale Utente sul totale per ambito considerato.
5. Numero di impegnative di residenzialità divise per profilo SVAMA registrate nel nuovo flusso per la residenzialità sul totale delle impegnative per ambito regionale (ed evoluzione nel tempo)
6. Numero di operatori e servizi coinvolti nei percorsi informativi e formativi
7. Numero di incontri formativi e informativi effettuati
8. Valutazione di gradimento da parte degli operatori coinvolti: negli incontri di informazione e formazione, nella sperimentazione e nell'utilizzo degli strumenti approntati .
9. Valutazione di gradimento dei policy maker rispetto ai flussi in uscita (indicatori e reportistica)

d) Azioni/interventi

Nonostante la complessità e l'eterogeneità del contesto informativo regionale e delle prospettive di sviluppo e miglioramento esposte, si considera l'insieme dei flussi informativi come già parte di un unico Sistema Regionale e di conseguenza si tenta di tracciare una linea progettuale comune, prevedendo quando possibile azioni/interventi coordinati per i diversi flussi che ne consentano una integrazione progressiva.

Le azioni/interventi previsti sono dunque:

1. Attivazione del Gruppo Guida per la definizione delle scelte, il monitoraggio della realizzazione e la validazione dei risultati emersi.
2. Mappatura dei singoli flussi esistenti rispetto i loro specifici contenuti informativi, il fabbisogno informativo a cui rispondono, la tempistica della rilevazione dei dati e la confrontabilità dei dati nel tempo, i soggetti e i referenti coinvolti nella loro gestione all'interno degli uffici regionali, delle Aziende ULSS, dei Comuni e dei Centri di Servizio, i supporti informatici utilizzati, la produzione di reportistica o di elaborazioni statistiche dei dati.
3. Individuazione e analisi delle criticità relative alle caratteristiche dei singoli flussi informativi, ai livelli di integrazione dei diversi flussi, alla confrontabilità tra i dati rilevati dai diversi flussi (presenza di ridondanze

e sovrapposizioni nella rilevazione dei dati, settori trascurati o incompleti, dati disomogenei o non standardizzati), considerando anche le nuove indicazioni sui flussi ministeriali per l'adeguamento del sistema informativo.

4. Attivazione di tavoli di lavoro con referenti delle aree della residenzialità e della domiciliarità, e tavoli di lavoro con referenti territoriali, per coinvolgere gli enti e le organizzazioni locali nella individuazione delle criticità e delle possibilità di miglioramento del Sistema Informativo Regionale, e nella validazione degli esiti raggiunti.

5. Introduzione delle modifiche e degli adeguamenti sui contenuti informativi esistenti necessari per avviare l'integrazione e l'ottimizzazione dei flussi informativi.

6. Adeguamento allo sviluppo dei flussi informativi del sistema informatico (supporti e strumenti informatici) di rilevazione, registrazione e trasmissione dei dati.

7. Avvio della sperimentazione della Cartella Regionale Utente

8. Informazione e formazione rivolta agli enti locali e alle realtà organizzative del territorio rispetto agli sviluppi del Sistema Informativo Regionale Socio-Sanitario.

#### e) Soggetti coinvolti

Aziende ULSS: Direttori Sociali, Responsabili del Distretto Socio-Sanitario, Medici di Medicina Generale, Responsabili del Sistema Informativo Sociale delle Aziende ULSS, Responsabili Reparti Ospedalieri, Responsabili degli Ufficio Piano, Operatori Socio-Sanitari impegnati nell'attività di valutazione e presa in carico delle persone non autosufficienti.

Comuni: Responsabili del settore dei Servizi Sociali, distinti per le diverse aree che caratterizzano l'organizzazione dell'ente locale specifico.

Territorio: Enti gestori dei Centri di Servizio ed altre realtà organizzative del territorio che concorrono alla gestione dei servizi socio-sanitari rivolti alle persone non autosufficienti.

Uffici regionali: afferenti alla Segreteria Sanità e Sociale (in particolare Direzione Servizi Sociali, Direzione Risorse Socio Sanitarie, Direzione Servizi Sanitari), ARSS, Osservatorio Regionale sulla Condizione della Persona Anziana e Disabile, ufficio Regionale dell'Istat.

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

Il progetto si rivolge prevalentemente agli operatori che alimentano in entrata i flussi informativi e agli operatori e ai policy maker locali e regionali che utilizzano i flussi informativi in uscita per la gestione dei processi individualizzati e per la gestione e il governo delle politiche a livello locale, regionale e nazionale.

Per la riuscita del progetto è soprattutto strategico il coinvolgimento degli operatori che dovranno alimentare il flusso in entrata e dei responsabili dei servizi interessati.

Si prevedono azioni di diffusione in ognuno dei 21 ambiti 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.

Si ritiene però fondamentale quale strategia comunicativa il coinvolgimento, fin dalle fasi iniziali, degli stessi operatori e dei loro referenti nel processo di analisi, revisione e ridefinizione dei flussi informativi e di messa a punto dei sistemi informatizzati per la raccolta e la gestione dei dati. Altrettanto importante sarà il coinvolgimento nel monitoraggio del progetto e nella eventuale messa a punto, attraverso altri momenti di confronto organizzati per ambito territoriale.



	Gen -mar 2009	Apr - giu 2009	Lug - sett 2009	Ott - dic 2009	Gen - mar 2010	Apr - giu 2010	Lug - sett 2010	Ott - dic 2010
informativi								
6.1 Flussi SID-ADI								
6.2 Flussi per i Piani di Zona								
6.3 Integrazione con i portali “telesoccorso” e “assegni di cura”								
6.4 avvio sperimentazione cartella utente regionale								
6.5 Flussi di rendicontazione Residenzialità e Semiresidenzialità								
6.6 Flussi impegnative di residenzialità								
6.7 Registro Unico della Residenzialità								
7. Avvio sperimentazione Cartella Regionale Utente								
8. Informazione e formazione agli “users” del sistema informativo								