

**Linea ID 20: La presa in carico della disabilità: percorsi e strutture**

TITOLO: "Messa a regime nelle regioni italiane di un sistema di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana in particolare con disabilità e sulla qualità degli interventi assistenziali e socio-sanitari"

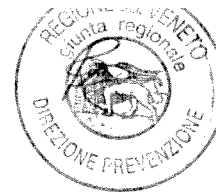
ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO**Descrizione ed analisi del problema**

Nel panorama mondiale l'Italia continua ad essere uno dei Paesi con la maggiore proporzione di anziani. Ad oggi, gli ultra 64enni costituiscono oltre il 20% della popolazione e fra 25 anni costituiranno il 34% (proiezioni ISTAT). Con l'invecchiare della popolazione, cresceranno anche gli ultra 84enni, i cosiddetti "grandi vecchi", dal 2,3% al 7,8% del totale. Questa evoluzione demografica è associata a un ulteriore incremento delle patologie cronico - degenerative legate all'invecchiamento, con conseguente aumento dei costi di cura e assistenza delle persone anziane. In particolare, la disabilità costituisce spesso un epilogo a tale condizione che implica una diminuzione della qualità di vita delle persone ultra64enni e un aggravio in termini di costi socio-economici non solo per il sistema socio-sanitario ma anche per le famiglie che nel 10.3% dei casi nel nostro Paese hanno un disabile di cui occuparsi (Rapporto Ageing Society, 2009). La disabilità, che interessa (stima conservativa) oltre 2,6 milioni di persone per l'80% con oltre 65 anni (ISTAT 2007), è maggiormente diffusa fra gli ultra75enni e le donne. Attualmente un punto di riferimento per la comprensione del fenomeno è la Convenzione internazionale sui diritti delle persone con disabilità, dell'Assemblea Generale delle NU (2006), ratificata in seguito anche nel nostro Paese con legge 18/2009.

Non è facile tuttavia elaborare un quadro universalmente condivisibile della disabilità e delle sue dimensioni nel nostro Paese a causa delle diverse definizioni utilizzate negli anni e dalla instabilità di un inquadramento obiettivo, così come riconosciuto anche dall'ONU (2006), che afferma che "la disabilità è un concetto in evoluzione e il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali e barriere attitudinali ed ambientali, che impedisce la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di uguaglianza con gli altri."

Benché nel nostro Paese si proceda verso l'adozione di *Linee Guida*, ai fini di una valutazione funzionale di carattere bio-psico-sociale, realizzabile con l'utilizzo della metodologia dell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), rimane inalterata la difficoltà di definire degli strumenti che, non solo a livello individuale ma anche di un'unità territoriale, permettano di quantificare il fenomeno disabilità nella popolazione ultr64enne e la sua gravità.

Tali premesse pongono una sfida importante agli operatori e alle organizzazioni della società civile in prima istanza ma anche ai responsabili dei sistemi di monitoraggio sulla popolazione generale per la misura degli effetti degli interventi sociali e sanitari sulla disabilità. Infatti, il miglioramento delle condizioni familiari, sociali e urbanistiche possono ridurre il grado di disabilità delle persone, soprattutto se associati a interventi di promozione, di prevenzione e di assistenza alle persone con disabilità. Al contrario, nel nostro Paese si registra una generale mancanza di informazioni sistematiche e dettagliate sui bisogni della popolazione anziana che permetta di valutare la qualità dell'assistenza e di razionalizzare le risorse disponibili, anche al fine di contrastare l'ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno di questa fascia di popolazione. Tale deficit di informazioni tempestive e utili agli operatori socio-sanitari per guidare gli interventi sono tanto più necessari al momento in cui si stanno varando in tutto il Paese i Piani Regionali di Prevenzione, cui sono associati dei vincoli operativi previsti nell'intesa della Conferenza Permanente Stato-Regioni del 29 aprile 2010. In tale documento infatti le Regioni si impegnano a sviluppare interventi all'interno delle 4 macro-aree del Piano Nazionale di Prevenzione e a sviluppare e finanziare la sorveglianza di popolazione di cui il Paese si sta progressivamente dotando per monitorare a livello regionale e nazionale la realizzazione del Piano. In sintesi, per effetto del Piano Nazionale di Prevenzione, formalmente parte del Piano Sanitario Nazionale, le regioni si sono impegnate per i prossimi 3 anni a sviluppare azioni anche nella Macroarea 4 che prevede interventi di valorizzazione, di promozione e di prevenzione della disabilità a favore della popolazione anziana



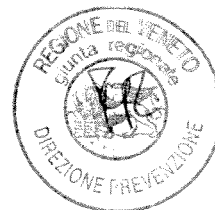
e a mettere in funzione sistemi di sorveglianza di popolazione atti a documentare i problemi ma anche la diffusione degli interventi in atto.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze/prove scientifiche di provata efficacia

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, nella macro-area 4, per la messa a punto di azioni a favore degli anziani fa specifico riferimento a un documento di strategia internazionale dell'OMS (Active Ageing, 2002). In tale documento si ribadisce la necessità di porre in atto politiche e strategie di contenimento dei costi pubblici e sociali che si accompagnano alle società che invecchiano con interventi di prevenzione miranti a ridurre la disabilità e il rischio di disabilità. A supporto di queste strategie, si raccomanda altresì la messa in atto di attività di monitoraggio di tali interventi. Nel nostro Paese la popolazione anziana è eterogenea al suo interno, presentando bisogni distinti, cui corrispondono un ventaglio di interventi socio-assistenziali e socio-sanitari altrettanto diversificati. Per rispondere a tali evidenze, il CCM ha di recente sostenuto la sperimentazione, in 17 fra Regioni e PA italiane, di un sistema di monitoraggio della disabilità e del rischio di disabilità. Gli indicatori misurati da tale sperimentazione mostrano a responsabili regionali e di azienda sanitaria che in circa il 40% della popolazione anziana sono presenti fattori di rischio comportamentali, sociali e di disabilità. La sperimentazione ha inoltre mostrato che, nel 13% della popolazione anziana risultata portatrice di disabilità, vi sono ampi spazi d'azione per il miglioramento della qualità dell'assistenza e delle azioni di prevenzione. Le informazioni prodotte permettono confronti fra diverse realtà locali e, nel tempo, all'interno della stessa area promettendo in tal modo, se il sistema verrà esteso su vasta scala nel nostro Paese, di indirizzare, monitorare e valutare il sistema integrato di interventi socio-assistenziali e socio-sanitari a favore delle persone anziane in un'ottica di continuità assistenziale. La sorveglianza della popolazione anziana proposta nel presente intervento, è ad oggi uno strumento agile e poco costoso, adottato da Paesi che posseggono, come il nostro, un buon sviluppo del sistema socio-sanitario, allo scopo di produrre informazioni utili ad orientare l'azione a livello regionale e operativo (di azienda e di distretto sanitario). Anche nel nostro Paese, la sorveglianza PASSI (popolazione generale di 18-69 anni) e, più recentemente, OKkio alla Salute (alunni scuola primaria) si sono dimostrati utili a livello regionale e aziendale per monitorare i fattori di rischio e i processi alla base degli interventi di prevenzione. A questi risultati si deve aggiungere quanto il sistema e i suoi operatori, a livello locale, crescano in competenza grazie alla partecipazione diretta nella pianificazione, realizzazione e utilizzazione del sistema di sorveglianza. Usando indicatori semplicemente riferiti dalla popolazione anziana è possibile, rispetto alle attività strumentali della vita normale (IADL), suddividere la popolazione in 4 gruppi (persone in buona salute a basso rischio di malattia, persone in buona salute ma a rischio di malattia, persone con segni di disabilità e persone con disabilità). Questa classificazione ha delle implicazioni operative: infatti i gruppi di popolazione così suddivisi, per ciò che riguarda aspetti di promozione della salute, di prevenzione e assistenziali, fanno appello ad una tipologia di operatori socio-sanitari con caratteristiche professionali differenti.

Fattibilità/criticità delle soluzioni proposte

L'intervento che si propone porterà un beneficio al sistema sanitario in termini di apporto conoscitivo e alla popolazione di anziani un aumento dell'attenzione da parte del sistema e un aumento dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi ad essi rivolti. Un fattore esterno da considerare è la disponibilità del personale per la sorveglianza proposta. La creazione di un gruppo di coordinamento e operativo misto regionale sociale e sanitario si è dimostrato nella fase sperimentale utile non solo a contenere i costi ma anche a promuovere una sinergia fra i 2 settori che avrà un effetto positivo anche sulla sostenibilità del progetto. La sostenibilità politico-amministrativa e finanziaria della sorveglianza proposta trova nel quadro istituzionale dei PNP e dell'Intesa che li accompagna una garanzia solida per gli anni a venire, mentre per la sostenibilità tecnica, cioè la capacità del sistema socio sanitario di mantenere un inalterato livello di qualità della performance nella sorveglianza, sarà affrontato nei 2 anni di progetto in termini di integrazione con gli altri sistemi di sorveglianza di popolazione già esistenti.

**OBIETTIVO GENERALE:**

Portare a regime nelle Regioni italiane un sistema di monitoraggio della copertura e della qualità percepita degli interventi socio-sanitari di prevenzione e assistenziali sulla popolazione anziana in particolare con disabilità, capace di fornire informazioni valide e tempestive, confrontabili nel tempo e fra diverse aree locali/Regioni, al fine di orientare e migliorare le azioni di prevenzione e di assistenza da programmare.

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Disegnare un profilo della popolazione anziana, basato sulle IADL(1) e ADL(2), dinamico e utile alla programmazione e al monitoraggio degli interventi, che fornisca stime attendibili sulla distribuzione della popolazione anziana nei seguenti sottogruppi: 1) persone in buona salute, 2) a rischio di malattia, 3) con rischio di disabilità, 4) con disabilità

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Mettere a regime un rilevamento periodico di un pool di indicatori sulla qualità di vita, sulle condizioni di salute, sulla copertura delle attività di prevenzione e assistenziali, sulla qualità dell'assistenza e sulla continuità assistenziale e di accoglienza della popolazione anziana a rischio o con disabilità

OBIETTIVO SPECIFICO 3:

Promuovere competenze e qualità professionale all'interno dei servizi del settore sociale e sanitario, e favorire l'adozione o il miglioramento di interventi miranti a garantire la qualità delle attività di prevenzione e della continuità assistenziale attraverso il diretto coinvolgimento di questi servizi nelle attività di monitoraggio e interpretazione congiunta dei risultati.

OBIETTIVO SPECIFICO 4 :

Sviluppare una strategia comunicativa mirata che, a partire dai risultati della sorveglianza, permetta di indirizzare in maniera più razionale ed efficace azioni e strategie di intervento preventivo e di continuità assistenziale, settoriali e intersettoriali.

CAPO PROGETTO: Dott.ssa Stefania Salmaso

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

Unità Operativa 1	Referente	Compiti
CNESPS, ISS	Dott.ssa Stefania Salmaso	<ul style="list-style-type: none"> - Creazione di un gruppo tecnico di progetto (epidemiologi, gerontologi, universitari, esperti di sorveglianza, responsabili del sistema sociale e sanitario centrali e regionali) - Riassumere e condividere con le regioni partecipanti i risultati della sperimentazione biennale (2009-10) - Elaborazione condivisa di un protocollo di funzionamento del sistema di sorveglianza - Ricerca della letteratura nazionale e internazionale di supporto alle attività scientifiche del progetto - Studio e adattamento degli indicatori della sorveglianza sulla scorta degli obiettivi previsti nei diversi piani regionali di prevenzione - Formazione degli operatori sanitari e sociali di primo (regionale) e secondo (aziendali) livello. - Informatizzazione del sistema dati e gestione della piattaforma informatica - Elaborazione di un piano di comunicazione e supervisione della sua realizzazione a livello regionale

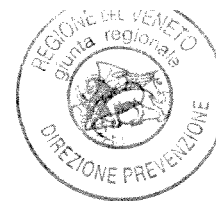
¹ Instrumental Activities of Daily Living

² Activities of Daily Living



PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	Portare a regime nelle Regioni italiane un sistema di monitoraggio della copertura e della qualità percepita degli interventi socio-sanitari di prevenzione e assistenziali sulla popolazione anziana in particolare con disabilità, capace di fornire informazioni valide e tempestive, confrontabili nel tempo e fra diverse aree locali/Regioni, al fine di orientare e migliorare le azioni di prevenzione e di assistenza da programmare.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Regioni che mettono a regime il sistema di monitoraggio alla fine del 2012
<i>Standard di risultato</i>	100% delle partecipanti
OBIETTIVO SPECIFICO 1	Disegnare un profilo della popolazione anziana, basato sulle IADL e ADL, dinamico e utile alla programmazione e al monitoraggio degli interventi, che fornisca stime attendibili sulla distribuzione della popolazione anziana nei seguenti sottogruppi: 1) persone in buona salute, 2) a rischio di malattia, 3) con rischio di disabilità, 4) con disabilità
<i>Indicatore/i di risultato</i>	1. Creazione di un profilo condiviso con esperti del mondo clinico, epidemiologico, della salute pubblica, della prevenzione regionale e del ministero della salute.
<i>Standard di risultato</i>	1. Esistenza del profilo
OBIETTIVO SPECIFICO 2	Mettere a regime un rilevamento periodico di un pool di indicatori sulla qualità di vita, sulle condizioni di salute, sulla copertura delle attività di prevenzione e assistenziali, sulla qualità dell'assistenza e sulla continuità assistenziale e di accoglienza della popolazione anziana a rischio o con disabilità
<i>Indicatore/i di risultato</i>	1. Raccolta dati nel campione regionale/aziendale estratto 2. Creazione di una base di dati nazionale e per ciascuna regione partecipante
<i>Standard di risultato</i>	1. Realizzazione delle interviste entro 3 mesi dall'inizio della raccolta dati 2. (a)100% delle regioni partecipanti sono in possesso della base di dati, (b) Esistenza della base di dati nazionale
OBIETTIVO SPECIFICO 3	Promuovere competenze e qualità professionale all'interno dei servizi del settore sociale e sanitario, e favorire l'adozione o il miglioramento di interventi miranti a garantire la qualità delle attività di prevenzione e della continuità assistenziale attraverso il diretto coinvolgimento di questi servizi nelle attività di monitoraggio e interpretazione congiunta dei risultati.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	1. Formazione specifica degli operatori del settore sociale sanitario coinvolti nel sistema 2. Attivazione di una piattaforma per la formazione sul campo 3. Elaborazione dei rapporti di sorveglianza regionali
<i>Standard di risultato</i>	1. 100% dei coordinatori sociali e sanitari formati nelle regioni partecipanti 2. (a) Funzionamento di una piattaforma web-based entro 6 mesi dell'inizio del progetto (b) Accesso almeno settimanale in piattaforma di tutti i partecipanti 3. Esistenza di un rapporto regionale/aziendale entro 6 mesi dalla fine dell'indagine



PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Risorse	Totale in €
Personale - 1 epidemiologo senior - 1 epidemiologo junior	254.000
Beni e servizi - outsourcing: predisposizione piattaforme informatiche per comunità web e raccolta dati - predisposizione materiale informativo e percorsi online - coordinamento e tutoraggio della formazione	55.000
Missioni - supervisioni nelle regioni, site visits, valutazione delle attività locali, missioni dei membri del gruppo tecnico - partecipazione a convegni nazionali e internazionali	36.000
Convegni e corsi - realizzazione corsi frontali, convegni nazionali, workshop	45.000
Materiali informativi e pubblicazioni - redazione e diffusione rapporti di indagine - elaborazione e produzione materiali di comunicazione-	10.000
Spese Generali	80.000
Totale	480.000

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	tot
Personale	254.000
Beni e servizi	55.000
Missioni	36.000
Convegni e corsi	45.000
Materiali informativi e pubblicazioni	10.000
Spese Generali	80.000
Totale	480.000