



Advancing Integration for a Dignified Ageing



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

Progetto AIDA



**Linee guida sociosanitarie
rivolte a persone anziane e disabili in
condizioni di fragilità**

Premessa

Linee guida per orientare e supportare le performance nella maniera più efficiente ed efficace possibile



L'integrazione tra servizi sociali e sanitari diventa una necessità "imperativa" per organizzare risposte globali e integrate

Dimensione territoriale

- assume un carattere fondamentale sia per la fruibilità dei servizi che per la loro organizzazione sistemica
- individuare dimensioni territoriali adeguate per grandezza, popolazione residente e mobilità



Dimensione territoriale

Il Distretto Sociosanitario realizza l'integrazione sotto quattro aspetti strategici:

- **integrazione tra fattori produttivi** dei servizi territoriali delle ASL e dei Comuni;
- **integrazione professionale** tra figure e competenze territoriali sanitarie, sociali e sociosanitarie;
- **integrazione organizzativa** tra territorio e presidi ospedalieri;
- **integrazione tra servizi** pubblici e soggetti accreditati.

Accesso al sistema sociosanitario

Punto unico di accesso: semplificazione per il cittadino e unitarietà del sistema.

PUA: modalità organizzativa di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari



Principali funzioni del PUA

- **risposte informative e di orientamento;**
- registrazione degli accessi;
- **analisi del bisogno;**
- apertura di cartelle individuali che raccolgano i dati essenziali per definire la situazione della persona che ha fatto richiesta di prestazioni sociosanitarie, anche a fini epidemiologici;
- **segnalazione dei casi ai servizi di competenza perché si provveda alla presa in carico.**

Valutazione multidimensionale del bisogno

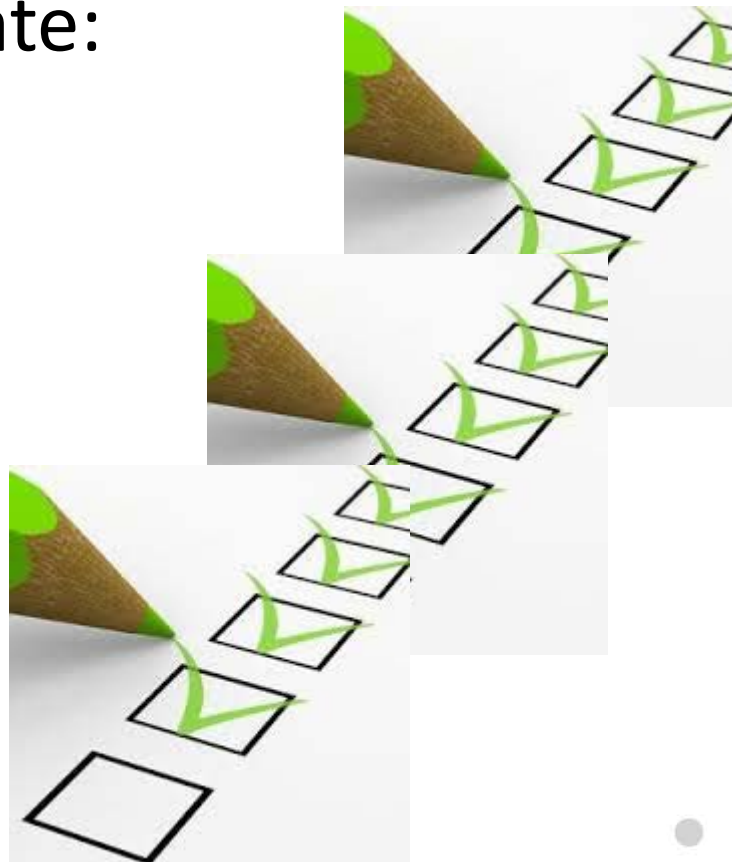
Scopo primario della valutazione multidimensionale è la misurazione dello stato di salute della persona, del grado di autonomia e di autosufficienza, delle risorse personali e familiari sulle quali può contare e delle condizioni economiche che possono condizionare, qualora non autosufficiente, la sua permanenza nell'ambiente di vita.



Valutazione multidimensionale del bisogno

Principali scale utilizzate:

- Scheda SVAMA
- Scheda AGED Plus
- Sistema RUG
- Protocolli ICF



Piano di assistenza individualizzato

- È formulato dall'equipe multi-professionale
- individua gli obiettivi raggiungibili e le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per raggiungerli
- permette di valutare l'appropriatezza delle prestazioni pianificate e la loro efficacia, unitamente ai costi
- prevede una valutazione in itinere ed ex post



Continuità assistenziale



Dalla presa in carico e dalla continuità delle cure derivano percorsi con prestazioni fornite da professionalità diverse che si integrano fino alla guarigione o alla stabilizzazione della situazione di salute.

Continuità assistenziale

La continuità assistenziale deve diventare una forma “di approccio” sistemico degli operatori per non abbandonare la persona all’interno della settorialità dei servizi.



Continuità assistenziale

Va assicurata, in particolare, a:

- persone che escono da una **fase acuta**;
- persone in stato di **cronicità con facilità di riacutizzazione** degli eventi se non adeguatamente assistiti.

Continuità assistenziale

Importanza della diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Protocolli integrati di cura (PIC).



Cure domiciliari

- Privilegiare la permanenza a domicilio.
- Diversi gradi di assistenza domiciliare.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) unisce alle prestazioni sanitarie quelle di carattere tutelare e domestico. Ne esistono diverse forme.



Assistenza semiresidenziale e residenziale



Quando non è possibile assistere a domicilio la persona non autosufficiente :

- **Semiresidenziale**, a carattere diurno, prevedere prestazioni di aiuto personale di cura e riabilitazione, animazione, socializzazione e ristorazione.
- **Assistenza residenziale**, cure più intensive, 24 ore, le più diffuse sono le RSA.
- **Comunità alloggio.**
- **Ospedali di comunità.**



progetto
| aida

Case manager



- Collabora con il MMG per orientare e coordinare le prestazioni.
- Il *case manager*, viene individuato tra le professionalità sociali o sanitarie in relazione alla prevalenza delle prestazioni

Case manager

Rappresenta:

- **Persona di contatto tra utente e caregiver;**
- Coordinatore delle risorse professionali;
- **Responsabile per il monitoraggio e la valutazione del PAI;**
- Responsabile della gestione delle risorse finanziarie assegnate al caso;
- **Responsabile della verifica della qualità del servizio.**

Ruolo della famiglia e del caregiver

Caregiver (o carer): familiare che assiste – senza alcun compenso – un proprio congiunto (un familiare, un amico, un conoscente, etc.) che non sia in grado di svolgere in maniera autonoma gli atti necessari alla vita quotidiana a causa dell'età, di una malattia o di una disabilità.



Ruolo della famiglia e del caregiver

Ruolo fondamentale della famiglia

anche come protagonista del processo di presa in carico per la definizione del percorso assistenziale.

Caregiver :risorsa
che garantisce anche
il sistema di continuità
assistenziale



Figure professionali

L'integrazione professionale rappresenta un'opportunità perché ciascun operatore sia motivato a fornire il massimo valore al suo specifico apporto.



Figure professionali formazione



La formazione:

- va realizzata nel quadro più ampio della policy del servizio e di una coerente integrazione con altri saperi professionali.
- può caratterizzarsi come strategia per incrementare l'efficacia dei servizi.



Ageing

aida progetto

Figure professionali formazione

Processo formativo inteso come:

- Formazione trasversale
- Formazione tecnica
- Formazione interprofessionale



Formazione permanente come supporto per aggiornamento professionale e scambio di esperienze

Figure professionali volontariato

Volontariato come importante supporto nei casi più complessi e gravi. Fondamentale per il processo di cura (accudimento non autosufficiente e sollievo alla famiglia).

Ruolo orientato e definito da chi ha in carico la persona.



Gestione integrata delle risorse finanziarie



Budget di salute sociosanitario:

- massimo della razionalizzazione della spesa e suo controllo
- servizi più rapidi e coordinati (continuità assistenziale)

Gestione integrata delle risorse finanziarie

Sistema informativo



Sistema informativo:

- Base per pianificare e gestire sistema di servizi
- Permette la coordinazione e la gestione integrata di percorsi di cura e assistenza
- Nuovo Sistema Informativo Sanitario
- Sistema Informativo Sociale
- Sistema Informativo Non Autosufficienza

Monitoraggio e valutazione degli esiti

Monitoraggio: **valutazione complessiva degli effetti in relazione agli obiettivi prefissati.**

Due livelli:

- monitoraggio e valutazione percorso personalizzato
- monitoraggio e valutazione politiche sociosanitarie attivate

Basato su standard di riferimento condivisi definiti a priori



Partnership del progetto

- REGIONE LIGURIA
- REGIONE VENETO
- INRCA
- ANZIANI E NON SOLO
- ENEA APS
- EUROCARERS

Coordination



Partnership



REGIONE DEL VENETO



ENEA
APS



Partner associati

La realizzazione del progetto è stata supportata dai seguenti partner associati:

- **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**
- EDE – European Association for Directors and Providers of Long-Term Care Services for the Elderly
- **ELISAN – European Local Inclusion and Social Action Network**
- UNCCAS – Union Nationale Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale
- **ENSA – European Network of Social Authorities**