



Piano Integrato di Salute

Allegato 2

Sistema Integrato Anziani

Indice

1	Sistema Integrato Anziani	27
2	La strategia del progetto	29
3	Le azioni	31
3.1	Tempo di vita: un'invenzione continua	31
3.1.1	Sport	31
3.1.2	Anziani in movimento	32
3.1.3	Cene	34
3.1.4	Ballo	34
3.1.5	Casa	35
3.1.6.	Vacanze anziani	36
3.1.7	Reti di solidarietà	37
3.1.8	Podologia	38
3.1.9	Odontoiatria geriatria	40
3.2	Gli interventi per gli anziani "fragili" o non autosufficienti	41
3.3	I servizi e le prestazioni per la domiciliarità	41
3.3.1	Global care	41
3.3.2	Centri diurni	42
3.3.3	Assistenza domiciliare sociale	43
3.3.4	Il Pronto Sociale Domiciliare	44
3.3.5	Aiuto Anziani	46
3.3.6	Sorveglianza attiva Anziani	48
3.3.7	Assistenza Infermieristica Domiciliare	48
3.3.8	I percorsi di riabilitazione territoriale	51
3.3.9	Servizi di supporto alla domiciliarità	53
3.3.10	Sostegno al ruolo assistenziale autonomo delle famiglie	54
3.3.11	Telecare	55
3.3.12	Centro ascolto Alzheimer	57
3.3.13	Qualificazione assistenti familiari	57
3.4	Le prestazioni delle strutture residenziali	59
3.4.1	Riabilitazione - Il Polo Geriatrico	60
3.4.2	Sistema Residenziale	61
3.4.3	Lista di attesa	63
3.4.4	Servizi per le cure intermedie	65
3.5	Le azioni di sistema	66
3.5.1	Accesso dal territorio - Microequipe di comunità	66
3.5.2.	Accesso dall'Ospedale	68
3.5.3	La cabina di regia	68
3.6	Indicatori	69
3.7	Previsioni risorse parte sanitaria e parte sociale calcolate sulla base storica 2005	70

1 Sistema Integrato Anziani

Nel 1951 la città di Firenze aveva una popolazione di 374.625 abitanti; 50 anni dopo la numerosità della popolazione è pressoché la stessa, 373.594 abitanti secondo i dati anagrafici. Se si guarda però la suddivisione della popolazione in fasce di età è evidente che vi è stato un cambiamento strutturale sostanziale: in mezzo secolo i minori di 0-14 anni sono diminuiti del 40% mentre, al contrario, gli ultra 65enni sono aumentati del 172% e gli ultra 75enni del 235%. In termini assoluti i ragazzi di 0-14 anni hanno subito una contrazione di 27.641 unità, mentre la popolazione anziana è aumentata di ben 59.000 unità.

Dopo il 1951 la popolazione fiorentina è aumentata fino a raggiungere il picco massimo nel 1971 con una popolazione di 457.083 abitanti, grazie non solo all'aumento degli anziani ma soprattutto a quello dei ragazzi sotto i 14 anni, figli del ben noto baby-boom degli anni 60. Dopo il baby boom la fecondità, che in una popolazione stazionaria dovrebbe assumere valori di poco superiore a 2 figli per donna, si è progressivamente ridotta registrando i valori più bassi del mondo.

Tabella 1 **Residenti a Firenze per anno e fasce di età**

Anno	0-4	0-14	15-64	65 e >	75e >	Totale
1951	20.653	68.215	271.994	34.416	14.404	374.625
1961	23.334	65.780	312.875	57.861	19.691	436.516
1971	26.997	82.354	302.193	73.256	26.080	457.803
1981	16.049	67.652	298.850	81.829	32.754	448.331
1991	12.469	40.020	274.624	88.650	41.152	403.294
2001*	14.007	39.290	241803	92.501	46.911	373.594
2004*	14.775	40.574	232.736	93.740	48.325	367.050

/*/ dati anagrafici

Parallelamente la durata media della vita si è allungata al di là di ogni più ottimistica previsione cosicché l'invecchiamento della popolazione è da qualche anno uno dei principali problemi del paese, sia per l'incremento in termini assoluti degli anziani che per il peso sempre maggiore che hanno sulla popolazione.

Come mostra la tabella 1 il peso dei giovani sotto i 15 anni era nel 1951 doppio di quello degli anziani; mezzo secolo dopo la situazione è completamente ribaltata in quanto sono gli anziani ad avere un peso nella popolazione più che doppio rispetto a quello dei giovani sotto i 15 anni di età.

Tabella 2 **Composizione percentuale dell'età dei residenti a Firenze per anno**

Anno	0-14	15-64	65 e >	Totale
1951	18,2	72,6	9,2	100,0
1961	15,1	71,7	13,3	100,0
1971	18,0	66,0	16,0	100,0
1981	15,1	66,7	18,3	100,0
1991	9,9	68,1	22,0	100,0
2001*	10,5	64,7	24,8	100,0
2004*	11,1	63,4	25,5	100,0

/*/ dati anagrafici

Questi dati indicano da soli la dimensione e la complessità di queste problematiche che necessitano di azioni da un lato di sostegno alla natalità e dall'altro di sostegno alla popolazione anziana.

I dati esposti fanno emergere una considerazione: solo qualche decennio fa la società conosceva sostanzialmente solo due fasce di età: i minori e la popolazione attiva. Gli anziani presenti non avevano una rilevanza "sociale"; presenti e accuditi sostanzialmente dalle reti familiari. L'aumento della durata della vita, il conseguente progressivo aumento della numerosità degli anziani, il venir meno delle reti familiari di supporto fanno emergere quindi gli anziani come fascia di popolazione con rilevanza sociale, da cui consegue il diritto delle persone di invecchiare con una vita di qualità, anche nella fase in cui la vita diventa dipendente.

La situazione di Firenze, con una forte presenza di popolazione anziana e con un'aspettativa di vita fra le più alte in Toscana indica nella nostra città la presenza contemporanea di "opportunità" e "bisogni".

Le opportunità del territorio sono quelle collegate alla presenza di una forte rete di offerta di servizi, non solo sanitari e sociali, ma anche culturali, sportivi, commerciali, di svago ecc. nonché dalla presenza di una forte rete di associazionismo che fa degli stessi anziani "attori" di socialità nella città.

I bisogni sono quelli collegati alla popolazione anziana che è sola, che perde l'autosufficienza o entra nella fase di "fragilità", collegata sempre più non solo ad aspetti sanitari, ma anche economici per il progressivo impoverimento determinato negli ultimi anni dalla perdita di potere d'acquisto. I bisogni poi vengono aggravati dalla assenza della tradizionale rete di supporto familiare: ormai a Firenze la numerosità media delle famiglie è pari a 2,1.

2 La strategia del progetto

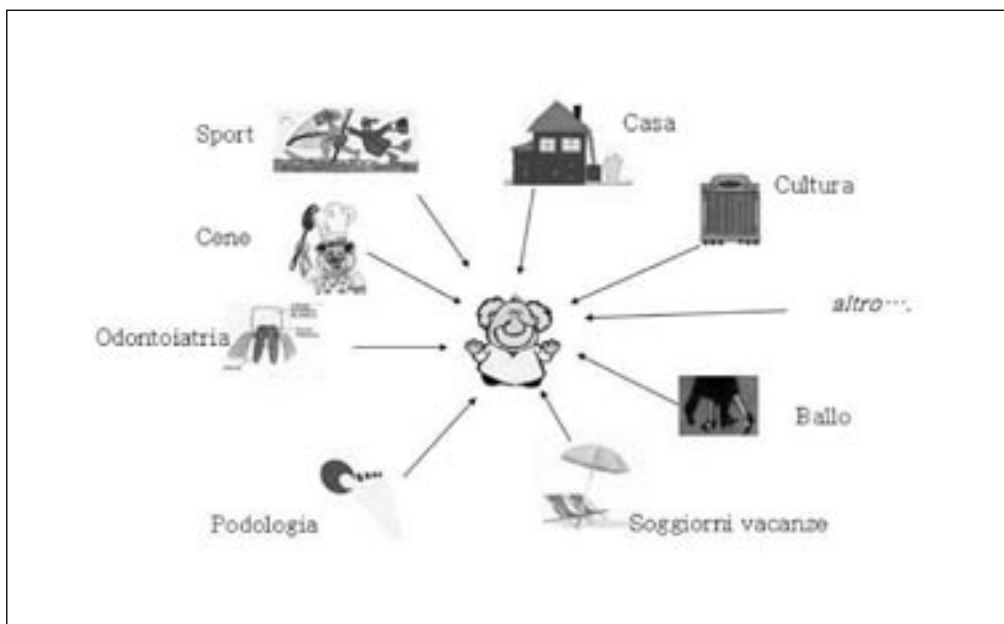
Sotto la denominazione “Sistema Integrato Anziani” sono da intendersi tutte le azioni , le iniziative, i servizi, le strutture che, pur afferenti a enti, istituzioni, soggetti diversi fino ad ora operanti in maniera a volte scollegata fra loro, agiscono in maniera integrata, unitariamente governata e unitariamente orientata a fornire risposte appropriate ai bisogni degli anziani. Risposte inserite in un quadro di risorse definito nel volume complessivo, ma senza rigidi confini al proprio interno.

Il programma anziani risulta quindi organizzato secondo una strategia che è incentrata sui seguenti obiettivi:

- Tempo di vita: un’invenzione continua
- Gli interventi per gli anziani “fragili” o non autosufficienti
 - Le prestazioni e i servizi per la domiciliarità
 - Le prestazioni delle strutture residenziali

3 Le azioni

3.1 Tempo di vita: un'invenzione continua



Target: tutta la popolazione anziana.

Promozione delle occasioni di socializzazione, aggregazione, svago, adozione di stili di vita adeguati con l'obiettivo di prolungare l'autonomia delle persone anziane attraverso una vita di qualità, soprattutto con il contrasto dell'isolamento (anziani soli).

3.1.1 Sport

Motivazione dell'azione

Una costante e moderata attività fisica favorisce il mantenimento di un buono stato di salute (ben note le prescrizioni in tal senso per la prevenzione di disturbi cardio-circolatori) e dello stato di benessere (altrettanto nota la produzione di endorfine in corso di attività fisica).

Fare sport in età geriatrica significa individuare la tipologia di sport adatta e le modalità di offerta della stessa, favorendo anche gli aspetti di socializzazione che alcune attività fisiche comportano. In particolare si ritiene che la cosiddetta "ginnastica dolce" sia particolarmente indicata, e specialmente gradita alla popolazione femminile, come dimostrano le numerose richieste di questo tipo di attività da parte dei Centri Anziani.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Favorire il mantenimento dell'autonomia e del benessere fisico e psichico.

Creare occasioni per uscire di casa e mantenere contatti con l'esterno.

Socializzare con altri facendo attività fisica insieme.

Soggetti partner

U.O.Riabilitazione funzionale-EAS-Epidemiologia- MMG- UISP- Auser- Associazionismo sportivo-
associazionismo - COOP

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Mantenere e migliorare la qualità della vita e l'autonomia della persona anziana, assicurando una attività motoria "di mantenimento" alle persone che hanno completato un percorso riabilitativo e che trovano difficoltà, ad ottenere una risposta di stretta caratterizzazione sanitaria dai servizi di riabilitazione.

Definire specifiche procedure e percorsi all'attività, con il coinvolgimento dei MMG, quali professionisti sanitari in grado di orientare i cittadini destinatari, anche in alternativa alla prescrizione di prestazioni di terapia fisica.

Individuare, se del caso ed in collaborazione con il Comune-Quartieri, particolari tariffe e/o agevolazioni che possano favorire e sostenere la partecipazione dei cittadini anziani all'attività motoria.

Ridurre i costi sanitari e le liste d'attesa.

Offrire alla popolazione anziana l'opportunità di partecipare ad attività motoria finalizzata al mantenimento del benessere fisico ed alla prevenzione di condizioni di ridotta mobilità che favoriscono la riduzione del grado di autonomia e la comparsa di sintomatologie che determinano il ricorso a prestazioni di terapia fisica.

Si prevede di offrire agli anziani, in condizioni fisiche buone, una proposta di attività motoria alternativa alla prescrizione di terapie fisiche (pertanto prima di transitare dai servizi riabilitativi); in questo senso diventa importante il ruolo del Medico di Medicina Generale in quanto ordinatore di prestazioni.

Saranno effettuati interventi di formazione ed aggiornamento rivolti agli operatori dell'associazionismo sportivo che dovranno seguire le attività motorie dei gruppi di anziani.

Si conta inoltre di accompagnare al progetto un monitoraggio per il controllo dei risultati dell'intervento in termini di riduzione delle richieste di prestazioni riabilitative e di ricoveri.

Si procede con la formazione effettuata da parte della UO riabilitazione aziendale ai laureati ISEF per il corso mirato agli anziani.

I MMG, sensibilizzati al problema con 2/3 incontri preventivi, indirizzano alle palestre i propri pazienti idonei per la ginnastica.

I Medici di medicina generale utilizzano una scheda di collegamento condivisa con la UO Epidemiologia che segue l'anziano durante l'esperienza. L'epidemiologia rielaborerà i dati complessivi. Viene anche distribuito materiale e realizzati incontri sugli stili di vita corretti.

Collaborano le associazioni anziani e quelle sportive e le palestre.

Le Fasi

	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Creazione gruppo- di lavoro multidisciplinare e condivisione azioni														
Incontro del gruppo con MMG														
interventi di formazione ed aggiornamento rivolti agli operatori dell'associazionismo														
Incontro con la popolazione per la presentazione del progetto														
Iscrizione ai corsi ed inizio attività Sportiva ed informativo-educativa														
Incontro di verifica MMG														
Iscrizione corsi e secondo quadrimestre attività sportiva														
Incontro verifica														
Prima elaborazione dati-														
Possibile prosecuzione progetto														

Scheda economico finanziario

Il progetto è realizzato in economia.

personale Aziendale

i comuni: potrebbe esserci una partecipazione minima alla quota di iscrizione dei cittadini
le associazioni non richiedono finanziamento

MMG. da verificare

materiale: € 2000,00 finalizzati alla produzione del materiale divulgativo (Grafica e contenuti specialistici)

monitoraggio epidemiologico: € 1.000,00

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo.

Indicatori di processo

dimensione della popolazione interessata all'intervento

numero degli operatori sanitari coinvolti

numero degli operatori associazionismo coinvolti

numero degli interventi formazione svolti dagli operatori sanitari

numero degli anziani che partecipano alle attività motorie

numero di azioni sui mass media locali

numero iniziative pubbliche nell'ambito dell'intervento

3.1.3 Cene

Istituire e sperimentare un servizio di erogazione pasti presso la mensa di Montedomini (in prospettiva estendibile anche ad altri presidi, a partire dal Quartiere 4 e 2) a quegli anziani che non sono in condizione di dover richiedere pasti a domicilio, ma per i quali anche la preparazione del pasto può costituire una difficoltà, anche per problemi economici. Il mangiare insieme ad altre persone costituisce anche occasione di svago e socialità.

3.1.4 Ballo

Motivazione dell'azione

Per rimanere in buona salute è essenziale una buona qualità di vita.

Il ballo rappresenta una attività di tipo ricreativo molto socializzante, graditissima alle persone anziane, che contribuisce al mantenimento della vivacità e dell'allegria. Rappresenta inoltre una grande risorsa per non far sentire gli anziani "troppo diversi" rispetto a come erano. In poche parole continuano a fare una cosa che hanno fatto sin da giovani. E' dunque una azione che serve a limitare la sensazione dell'ostile trascorrere del tempo che costringe a mutare abitudini perdendo quelle più piacevoli.

Tutto questo con un modesto impegno di energie e di risorse economiche (per questo è efficiente).

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Evitare l'isolamento delle persone anziane che senza adeguati stimoli tendono a rimanere in casa.
Ricareare gruppi di persone che stanno volentieri insieme per distrarsi e divertirsi fra persone

disabituata a socializzare e favorire il mantenimento dei gruppi già esistenti (ciascuno fa da stimolo agli altri, vincendo le resistenze e la pigrizia che in taluni momenti può cogliere qualcuno).

Favorire la cura della persona che viene spontanea quando si sa di doversi presentare in pubblico e che rappresenta un sicuro antidoto contro la depressione.

Ridurre le patologie legate all'isolamento della solitudine (prima di tutte la depressione).

Le fasi

Fase 1- Individuare i luoghi dove si può svolgere il ballo, anche in relazione alle stagioni (luoghi all'aperto e al chiuso).

Fase 2-individuare gruppi di persone che fungano da organizzatori degli eventi e punto di riferimento per gli altri (associazioni, singoli).

Fase 3- Calendarizzazione degli eventi.

Fase 4- Reperire finanziamenti con risorse proprie (Comune, Quartieri) e soprattutto tramite sponsorizzazioni (Aziende, Privati, Associazioni di categoria). In questa fase è opportuno che vi sia anche un forte coinvolgimento degli anziani stessi che si impegnano a cercare modalità di sostegno delle iniziative).

Il personale coinvolto spazia dai consigli direttivi dei centri anziani all'Ancescao, alle associazioni di volontariato sociale e culturale, al personale degli uffici dei consigli di Quartiere addetti al cosiddetto "Sociale di comunità".

Ballo	2005		2006											
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
individuare gli organizzatori degli eventi														
individuare i luoghi ove svolgere l'attività														
individuare sponsor per finanziare le attività														
calendarizzazione degli eventi														

Scheda economico finanziaria

Il finanziamento delle attività avverrà attraverso l'individuazione di sponsor.

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Verifica del numero di partecipanti.

Verifica del gradimento attraverso colloqui informali o strutturati.

Verifica dello stato dell'umore nei partecipanti.

Richieste di prosecuzione o incremento delle iniziative.

3.1.5 Casa

Motivazione dell'azione

Presenza di un altissimo numero di richiesta di alloggi, in relazione al numero di anziani, all'elevato numero di sfratti che riguardano la popolazione anziana, all'allentamento delle

reti parentali e alla maggiore mobilità delle famiglie giovani, oltre alla sempre maggiore indisponibilità delle stesse a farsi carico direttamente dell'anziano. Necessità e opportunità di conservare per l'anziano condizioni di vita dignitose e soddisfacenti: l'anziano che può contare di vivere in una casa senza la preoccupazione di essere da essa allontanato vive meglio (nulla come stare in una casa propria fa mantenere l'attaccamento alla realtà e il gusto delle proprie abitudini che scandiscono la vita). Se si riesce a evitare o a ritardare il più possibile il ricovero dell'anziano si realizza certamente un risparmio di risorse economiche (l'azione risulta efficiente).

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Mantenimento dell'autonomia dell'anziano.
Conservazione della dignità di vita e del "piacere di vivere".
Riduzione del numero di ricoveri permanenti in strutture.
Contenimento della spesa.
Migliore soddisfazione dei soggetti interessati.

Le fasi

Fase1- Individuare luoghi dove realizzare ex-novo o recuperare, tramite interventi di ristrutturazione, appartamenti autonomi e minialloggi, eventualmente con servizi comuni. Essenziale riuscire a costruire una rete di luoghi diffusi sul territorio, evitando concentrazioni e mantenendo il più possibile la distribuzione territoriale di provenienza per evitare fenomeni di sradicamento.

Fase 2- Individuare modalità di finanziamenti tramite accordi con Enti e Società, che abbiano a disposizione patrimonio e liquidità (Enti pubblici, Casa s.p.a. ecc.).

Personale: Amministratori, Direzioni Comune di Firenze consulenti finanziari, imprese.

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Verifica del numero di richieste di alloggi.
Verifica dello stato di salute e di benessere degli anziani.
Diminuzione dei costi relativi ai ricoveri permanenti in strutture residenziali.

3.1.6 Vacanze anziani

Il servizio Vacanze Anziani si pone come obiettivo il miglioramento della qualità della vita degli anziani attraverso la prevenzione delle situazioni di isolamento e di disagio, offrendo idonee opportunità di svago, impegno, ricreazione ed aggregazione in un contesto nel quale il soggetto identificato come potenzialmente fragile si pone in rapporto con gli altri, sentendosi nel contempo libero di esprimersi e tutelato.

È un servizio organizzato dai Quartieri ormai da diversi anni, che si rivolge a pensionati o a persone in età pensionabile e che propone una vasta gamma di soggiorni estivi bisettimanali in rinomate località turistiche marine, montane e termali, con la formula del "tutto compreso" (viaggio A/R, pensione completa incluso bevande ai pasti, assistenza di un accompagnatore per gruppo).

L'Amministrazione garantisce ai soggetti economicamente più deboli un sostegno economico per permetterne la partecipazione mediante il pagamento di quote di contribuzione graduate in 5 fasce sulla base del reddito mensile netto percepito, prevedendo una detrazione per chi abita in affitto.

Nel 2005 le fasce sono state così stabilite:

fascia 1:

il 10,20% del prezzo del soggiorno prescelto ed assegnato per gli utenti aventi reddito mensile netto non superiore a Euro 406,22 (corrispondente all'effettivo importo mensile dell'assegno sociale);

fascia 2:

il 29,50% del prezzo del soggiorno prescelto ed assegnato per gli utenti aventi reddito mensile netto eccedente quello di cui alla fascia 1 e non superiore a Euro 455,02 (corrispondente all'effettivo importo mensile del minimo vitale);

fascia 3:

il 51,50% del prezzo del soggiorno prescelto ed assegnato per gli utenti aventi reddito mensile netto eccedente quello di cui alla fascia 2 e non superiore a Euro 489,95 ;

fascia 4:

l' 80,00% del prezzo del soggiorno prescelto ed assegnato per gli utenti aventi reddito mensile netto eccedente quello di cui alla fascia 3 e non superiore a Euro 596,77 ;

fascia 5:

il 100% del costo del soggiorno prescelto ed assegnato per gli utenti aventi reddito mensile netto superiore a Euro 596,77.

Nel 2005 il costo medio del soggiorno è stato stimato in 536,90 Euro ed hanno usufruito del servizio 2.309 anziani, di cui 902 con il contributo dell'Amministrazione.

Per il prossimo anno l'Amministrazione si propone di introdurre l'ISEE quale strumento per la concessione delle agevolazioni, nell'obiettivo di perseguire una sempre maggiore equità e progressività nella compartecipazione dell'utente ai costi del servizio.

		2005		2006											
		11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1	Vacanze														

3.1.7 Reti di solidarietà

Target: cittadini e in particolare anziani soli e persone in situazione di disagio.

Motivazione dell'azione

le Reti di Solidarietà sono un servizio che i Quartieri e le forze del volontariato forniscono ai cittadini per mettere in contatto chi ha bisogno di aiuto e chi può aiutare. Servono a fornire le risposte più complete e tempestive possibili coordinando ed integrando gli interventi del volontariato con i servizi pubblici. Le Reti sono nate soprattutto per rispondere ai bisogni degli anziani soli, individuati come i soggetti più deboli per i quali è necessario un sostegno, ma in alcuni quartieri rispondono anche ad altre fasce di età e di utenza.

Obiettivi specifici/Risultati attesi

Le attività svolte dalla rete sono:

- Compagnia e accompagnamento.
- Aggregazione sociale e ricreativa.
- Acquisto farmaci.
- Spesa a domicilio.
- Aiuto nell'espletamento di pratiche.
- Informazioni su: diritti del cittadino, servizi pubblici, attività delle associazioni, occasioni e opportunità che offrono i Quartieri.

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Le azioni da monitorare per la realizzazione degli obiettivi sono le seguenti:

- n. di soggetti che richiedono l'intervento della rete
- n. di servizi prestati
- n. volontari coinvolti
- n. associazioni aderenti al progetto

3.1.8 Podologia

La salute del piede assume grande rilevanza soprattutto per gli anziani, in quanto condiziona il benessere fisico di tutta la persona. Infatti, il piede della persona anziana è sinonimo di piede doloroso, per cui, nella valutazione delle sue condizioni fisiche generali, è opportuno un esame posturale-podologico. La cura del piede della persona anziana è importante perché i problemi podologici possono accrescere il rischio di perdita di autonomia della persona, in uno studio epidemiologico condotto a Dicomano (Istituto di Gerontologia e Geriatria ed I Fraticini) il 15% della popolazione ultrasessantacinquenne non esce di casa o lo fa per brevi tratti, in quanto impossibilitata ad indossare scarpe da passeggio. E' stato calcolato che la risoluzione del dolore potrebbe ridurre del 15% circa la prevalenza di disabilità in una popolazione.

La risposta a questa patologia diffusa e limitante è affidata molto spesso ad iniziativa personale, ed assolta, ancora troppo frequentemente, da operatori non professionali, a livello artigianale (i così detti callisti) a rapporto professionale diretto.

L'operatore sanitario qualificato ad intervenire in queste situazioni è il Podologo, il quale, con metodiche indolori, apporta sollievo al piede doloroso. Inoltre integra l'intervento medico con la prevenzione, cura e riabilitazione in alcune situazioni quali: alterazioni biomeccaniche strutturali e funzionali, trattamenti pre e post-operatori, ulcere trofiche, etc. in particolare per la confezione e l'applicazione di supporti plantari. Il Podologo è in grado di riconoscere, anche a mezzo esami strumentali, le alterazioni precoci o conclamate che necessitano di un eventuale controllo specialistico.

Qualora anche queste modalità di intervento fossero superate, con l'inserimento nell'attività delle nuove figure in possesso di laurea breve, resta sempre il problema dei costi, a totale carico dell'assistito, di cure ed ortesi/tutori da inserire nelle calzature a protezione delle zone malate.

Il Centro Servizi Montedomini, che gestisce sedi distaccate in varie parti della città può svolgere un grande ruolo sociale nel settore, attivando una serie di ambulatori nel territorio, collegati ad un unico centro dotato di laboratorio centralizzato per la costruzione di ortesi e tutori mobili, da inserire nelle calzature personali. Il PRIM* è già dotato, per i suoi scopi, di un tappeto elettronico con videocamera per l'analisi del passo, collegato ad un podoscan per

* PRIM: presidio riabilitativo intensivo Montedomini

l'analisi clinica dell'appoggio del piede, che potrebbe svolgere un servizio specializzato per tutte le strutture periferiche.

L'apertura di Montedomini alla Odontoiatria geriatrica sociale, con la prossima attivazione di un ambulatorio, offre inoltre un'occasione unica di sinergia operativa, sia per la riduzione dei costi con la gestione comune delle attività di supporto (accettazione, attesa, liste, comune laboratorio tecnico per la costruzione di ortesi e per il momento non di protesi), sia per le attività professionali e scientifiche, che da tempo legano postura complessiva del soggetto e occlusione dentale.

La collaborazione scientifico-didattica con il Corso di laurea in Podologia, in fase di attivazione, costituisce elemento rilevante per lo sviluppo dell'attività.

Struttura ed organizzazione tipo (iniziale) di un ambulatorio:

1- Ambulatorio clinico:

Sala podologica con Tecnologie:

1 riunito podologico, sgabello, lampada, turbina, spray, podoscopio, camminatoio, attrezzatura ufficio, ferri e materiale di uso

2- Servizi comuni con la odontoiatria ed eventuali altri ambulatori)

Banco accettazione/registrazione

Sala attesa

Servizi WC

3- Laboratorio ortesiologico (in comune con la odontoiatria)

1 mola su banco/aspirazione (cappa aspirante da officina); stufa sotto vuoto (estrusore); banco lavoro; frese

Personale:

1 Podologo inizialmente part time (in contratto)

1 studente scuola podologia

Attività

Apertura: 4-5 gg/settimana

Valutazione del cammino (pedana baropodometrica già acquisita al PRIM)

Intervento clinico

Costruzione ortesi (presso il laboratorio centralizzato)

Le attività cliniche potrebbero essere convenzionate con la ASL. La fornitura di ortesi (solette, divaricatori, correzioni, etc) sono attualmente a carico dell'utente.

Collaborazione

Università di Firenze - Corso di Laurea breve in Podologia

Progetto strutturale

Opere Murarie: da definire secondo la sede

3.1.9 Odontoiatria geriatria

Costituzione di ambulatorio in ambito RSA
 Visite, prestazioni in RSA, ricerca epidemiologica
 Integrazione progressiva con ADI e Ospedali (riduzione trasporti sanitari)

Motivazione dell'azione

Obiettivo di P.S.R., alta appropriatezza, efficacia ed efficienza da modello innovativo multidisciplinare e domiciliare

Obiettivi specifici / Risultati attesi



Le fasi

Odontoiatria geriatrica:	
Ricerca epidemiologica (fatto) UFMA Odontostomatologia	Settembre 2005
identificazione sede (fatto) UFMA Odontostomatologia, SDS	Agosto 2005
Progettazione esecutiva di ambulatorio dedicato Ufficio Tecnico Montedomini	ottobre 2005
realizzazione ambulatorio dedicato Direzione Aziendale, SDS, Ufficio Tecnico Montedomini	Giugno 2006
Avvio svolgimento di attività Direzione Aziendale, SDS, UFMA Odontostomatologia	settembre 2006

Scheda economico finanziario

Odontoiatria Geriatrica: il costo di avvio comprende
 attrezzature, arredi, strumentario;
 costo annuo non valutabile (costo orario circa 70€ se attività aggiuntiva
 nessuno se sostitutiva)

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

N°	Nome.....	Descrizione.....	Effetto
3.1	Contatti RSA	N°prestazioni in rsa / OBTV 1500	+
3.2	Protesi RSA	N° protesi in rsa / N° indicazioni	+
3.3	AOG	N°PrestazionixPeso Prestazione/N° ore	+

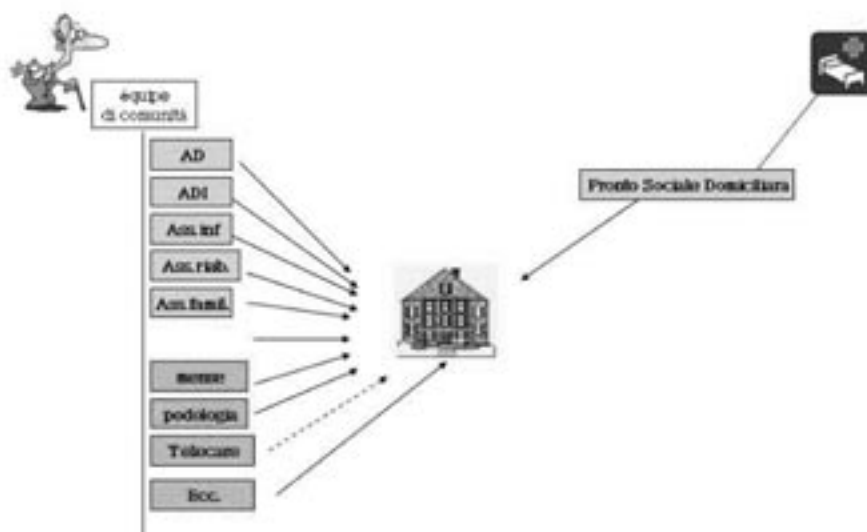
3.2 Gli interventi per gli anziani “fragili” o non autosufficienti

Target: la popolazione anziana “fragile” ed in condizione di progressiva perdita della autosufficienza; la popolazione anziana non autosufficiente.

Promozione di servizi ed interventi che supportino l’anziano in difficoltà a permanere nel proprio domicilio, anche attraverso supporti tecnologici (TELECARE), interventi sul domicilio, sviluppo di nuove forme abitative (Condomini protetti), sorveglianza attiva, assistenza domiciliare, centri diurni, assistenza infermieristica, pasti a domicilio ecc.

Ricoveri in RSA per i non autosufficienti.

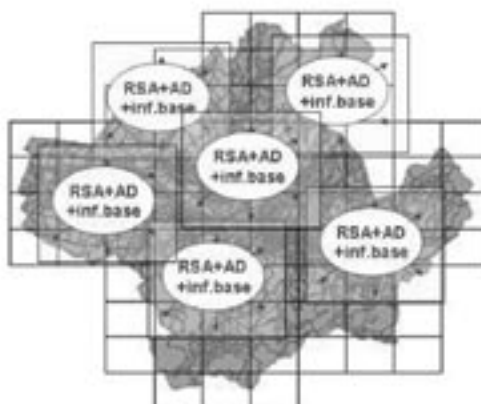
3.3 I servizi e le prestazioni per la domiciliarità



3.3.1 Global care

Global Care

L'integrazione dell'offerta a livello territoriale.



Nell'ambito della qualificazione delle azioni di sostegni alla domiciliarità si intende promuovere l'offerta integrata di servizi a livello territoriale. La scelta è quella di organizzare, incentrando sui presidi pubblici e privati, l'offerta della residenzialità, l'offerta di assistenza domiciliare, di centri diurni, di servizi infermieristici di base. La dislocazione dei presidi nel territorio cittadino permette di ipotizzare una presenza nel territorio, in grado di ottimizzare la risposta in termini di "presa in carico totale" degli anziani. I SAD (Servizio Assistenza Domiciliare) presidiano i percorsi di continuità assistenziale, il controllo della qualità delle prestazioni di assistenza domiciliare erogate nel territorio.

Si attua pertanto un decentramento nel territorio dell'offerta, auspicando anche la formazione di raggruppamenti di imprese nel settore. Si può prevedere la permanenza di un'offerta di assistenza domiciliare centralizzata gestita dai SAD nel caso che l'accreditamento delle strutture non permetta il presidio complessivo del territorio cittadino.

L'integrazione delle risorse e il decentramento favoriscono la crescita complessiva della qualità dell'offerta, attraverso percorsi che permettano di stabilizzare il personale operante nel settore.

L'offerta dei servizi e delle prestazioni del Global Care è gestita dalla Cabina di Regia, in rapporto con i percorsi definiti dalla Microequipe di comunità.

3.3.2 Centri diurni

Motivazione dell'azione

I Centri Diurni sono un servizio che si sta affermando come alternativa all'istituzionalizzazione residenziale. Sono rivolti a quei soggetti che per livello di autonomia e/o per la presenza di supporto familiare sono in grado di mantenere la permanenza presso il proprio domicilio ma che, durante le ore diurne, hanno bisogno di un forte, qualificato e continuativo punto di riferimento assistenziale, educativo e/o sanitario. Le strutture di riferimento a tal scopo sono differenziabili in tre tipologie principali:

Centri Diurni per anziani non autosufficienti;

Centri Diurni per malati di Alzheimer;

Centri Diurni per anziani fragili (anziani autosufficienti o parzialmente tali, in condizioni di disagio e a rischio di perdita dell'autonomia).

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Potenziare la rete dei Centri Diurni sull'intero territorio cittadino, anche in rapporto con il Global care e promuoverne l'utilizzo, con particolare riferimento ai Centri Diurni per anziani fragili aperti di recente dal Comune.

Apertura Centro Diurno per anziani non autosufficienti presso la RSA La Chiocciola (gestione ASL).

Completamento e apertura Centro Diurno Alzheimer presso Montedomini.

Incentivare una maggiore apertura dei Centri al territorio di riferimento, tramite la possibilità di accesso ad alcuni servizi (pasti, podologia, lavanderia, bagno assistito, socializzazione..) anche da parte di anziani non iscritti.

FASI	TEMPI
Gestione Centri Diurni pubblici	1.1.2005 - 31.12.2005
Gestione convenzioni con Centri Diurni privati	1.1.2005 - 31.12.2005
Avvio gestione CD La Chiocciola	
Completamento Centro Diurno Alzheimer Montedomini	1.7.2005 - 31.12.2005
Avvio gestione CD Montedomini	1.1.2006 →

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Tasso di utilizzo dei posti nelle strutture pubbliche e nelle strutture convenzionate

Numero posti ogni 1000 anziani nei vari quartieri

Centri diurni															
1	gestione CD pubblici														
2	gestione convenzioni con CD privati														
		11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

3.3.3 Assistenza domiciliare sociale

Motivazione dell'azione

Il servizio ha lo scopo di prevenire e rimuovere le cause che limitano l'autonomia della persona e mirano a mantenerla nel proprio ambiente di vita, con l'obiettivo di limitare/rimandare processi di istituzionalizzazione o emarginazione e di sostenere l'azione di cura della famiglia. L'intervento di Assistenza Domiciliare si articola in una gamma di prestazioni assistenziali programmate mirate a:

- cura della persona nelle sue funzioni quotidiane;
- aiuto all'anziano nell'accudimento dell'ambiente domestico dove vive;
- disbrigo di pratiche, acquisto di generi alimentari e accompagnamento dell'individuo a visite mediche, centri ambulatoriali, ecc.;
- aiuto alla persona nelle pratiche di riattivazione funzionale o riabilitative su indicazione di figure professionali competenti;
- realizzazione, in alcuni casi, ai fini di migliorare la qualità della vita degli anziani, di interventi di risanamento ambientale, con pulizia a fondo e/o piccole riparazioni nei locali dell'abitazione.

L'effettivo perseguimento degli obiettivi di politica sociale rivolti alla domiciliarità necessita di un ripensamento dei servizi a ciò dedicati, che valorizzi esperienze e buone prassi maturate in modo non uniforme e condiviso nei vari quartieri.

Il progetto di riorganizzazione dei servizi di assistenza domiciliare intrapreso negli ultimi anni va in questo senso e intende promuovere la realizzazione di un'effettiva rete di servizi per la domiciliarità, articolata territorialmente come descritto nel Global Care.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

In tale prospettiva, l'obiettivo consiste nel costituire e rafforzare presidi SAD in ogni quartiere, con una propria dotazione di personale ASA comunale e con le seguenti funzioni:

- supporto relativamente al "governo" della rete di servizi per la domiciliarità
- realizzazione di prestazioni di Assistenza Domiciliare gestita direttamente per le zone della città eventualmente non presidiate dal Global Care
- verifica degli interventi attivati tramite il Global Care
- servizio di Pronto Sociale Domiciliare
- collegamento con la rete di servizi del volontariato, per un migliore utilizzo e una più efficace allocazione delle risorse operanti nell'ambito dei servizi per la domiciliarità
- supervisione agli "assistenti familiari"
- rapporti con i servizi sanitari territoriali per l'organizzazione e l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata.

Le fasi

FASI	TEMPI
Erogazione interventi di assistenza domiciliare	1.1.2005 - 31.12.2005
Costituzione presidio SAD/PSD a gestione diretta nei quartieri sprovvisti	15.3.2005 - 31.10.2005
Interrelazione con l'avvio del Global Care	15.3.2005

Tasso di utilizzo ore assistenza domiciliare

Numero presidi SAD/PSD a gestione diretta attivi al 31.12.2005

	Assistenza domiciliare socio-assistenziale													
1	erogazione interventi di assistenza domiciliare socio-assistenziale													
2	costituzione presidio SAD/PSD a gestione diretta nei quartieri sprovvisti (si sta concludendo ora, nel mese di ottobre)													
		11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11

3.3.4. Il Pronto Sociale Domiciliare

Motivazione dell'azione

Nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare si è consolidato negli anni in alcuni Quartieri un servizio di Pronto Sociale Domiciliare, che interviene in situazioni di emergenza o urgenza sociali, sia tramite l'azione diretta degli operatori comunali del SAD, sia eventualmente tramite l'attivazione, da parte dello stesso SAD, di risorse e servizi esterni.

Si propone di orientare il Pronto Sociale anche sul percorso di continuità assistenziale Ospedale-Territorio, con riferimento a pazienti soli o con familiare anziano con conservata-sufficiente autonomia nel proprio domicilio (Bisogno semplice) e a pazienti con perdita di autonomia parziale o totale, già precedente al ricovero, o aggravata dall'evento clinico acuto sopraggiunto (Bisogno complesso).

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Le tipologie di soggetti che potrebbero avere dei percorsi di dimissione sociale protetta sono due.

TIPO 1	Paziente solo o con familiare anziano Con conservata - sufficiente autonomia nel proprio domicilio → Bisogno semplice (di tipo sociale) Aiuto nell'igiene personale, spesa, pulizia della casa, preparazione pasto → Attivazione pronto sociale (n° ore di assistenza domiciliare) → Obiettivo: Dimissione protetta Accompagnamento nel rientro al domicilio Supporto Controllo
TIPO 2	Paziente con perdita di autonomia parziale o totale, già precedente al ricovero, o aggravata dall'evento clinico acuto sopraggiunto Che vive in famiglia (che già prestava un livello di assistenza) Con una badante (che già prestava un livello di assistenza) → Bisogno complesso sociosanitario

	■		■	
Bisogno semplice (di tipo sociale)			Bisogno complesso sociosanitario	
Avvio nuovo piano assistenziale				
	■		■	
Aiuto alla famiglia o alla badante per: - igiene personale a letto - mobilitazione - aiuto nell'alimentazione			PIANO INTEGRATO	
	■		■	
Attivazione Pronto Sociale Domiciliare (numero ore di Assistenza Domiciliare)		M.m.g. Servizio infermieristico e/o Servizio riabilitativo		
	■		■	
Obbiettivo: - dimissione protetta - organizzazione nuovo piano assistenziale - organizzazione familiare e dei servizi			Stesso piano Sociale (Pronto sociale)	

1) Paziente con bisogno semplice di tipo tutelare

L'assistente sociale dell'ospedale dopo aver rilevato e valutato un bisogno semplice di tipo tutelare attraverso strumento idoneo - griglia di valutazione sociale - attiva, in accordo con il Responsabile del Servizio di Assistenza domiciliare del quartiere di residenza del paziente n. x ore di Pronto Sociale Domiciliare con l'obbiettivo di tutelarne il Rientro al domicilio. La segnalazione e attivazione del piano di assistenza avviene attraverso l'invio di:

- 1) scheda di valutazione - griglia sociale
- 2) attivazione schede di assistenza domiciliare via FAX o TELEMATICA.

L'applicazione dello strumento di valutazione del bisogno (nello specifico - sociale) è indispensabile per rendere il più possibile oggettivo - uniforme, leggibile, il criterio di giudizio nella predisposizione del piano di assistenza in tutti i presidi ospedalieri (S. Maria Nuova, Nuovo San Giovanni di Dio, S. Maria Annunziata, A.O.C.).

La Responsabile del Servizio Assistenza Domiciliare organizzerà il servizio di Pronto Sociale Domiciliare nei tempi concordati con l'ospedale e predisporrà per la presentazione dell'operatore al paziente e alla famiglia già durante la degenza in ospedale.

La Responsabile del SAD rimane garante del programma di assistenza domiciliare e ne verifica insieme all'operatore assegnato l'evoluzione in tutti i casi nuovi.

Durante il percorso la Responsabile del SAD valuta se il progetto termina con il Pronto Sociale Domiciliare attivato o se è necessaria una segnalazione al Segretariato Sociale per una presa in carico e nuova valutazione del bisogno modificato.

Nel caso in cui il paziente in dimissione dall'ospedale sia già in carico al Servizio Sociale Territoriale, l'Assistente Sociale dell'ospedale concorda con la titolare del caso il nuovo piano assistenziale per il rientro al domicilio:

- le trasmette griglia di valutazione eseguita in ospedale
- n. di ore di Pronto Sociale richieste.

Sarà cura dell'Assistente Sociale Territoriale attivare il Pronto Sociale e rimanere garante del percorso e del progetto.

Nei casi già in carico al servizio viene salvaguardata la titolarità, la conoscenza e di conseguenza anche la concreta collaborazione tra i due professionisti (Ass. Soc. Ospedale e Ass. Soc. Territoriale), in relazione al progetto assistenziale al momento della dimissione.

2) Tipologia di Bisogno complesso sociosanitario

Si rimanda a valutazione integrata attraverso la griglia multidimensionale prevista anche per la valutazione dell'accesso territoriale.

Rimane confermata la possibilità di attivazione del Pronto Sociale Domiciliare come risorsa domiciliare Territoriale all'interno del progetto di dimissione e di presa in carico integrata.

Si potrebbe ipotizzare un accesso in ospedale, durante la degenza, degli operatori a cui sarà affidato il caso al domicilio (infermiere - operatore sociale).

Esiste inoltre una tipologia di pazienti per i quali le capacità tutelari familiari o anche supportate dai servizi, non sono sufficienti (in particolare per tempi di assistenza sulle 24 h; es: non autosufficienza temporanea per frattura di bacino, frattura di vertebre) e per i quali la risorsa della struttura di lungodegenza ospedaliera è sovradimensionata.

Per tali problematiche è auspicabile la tempestiva disponibilità di posti temporanei R.S.A. (programma già previsto come una delle uscite della griglia di valutazione multidimensionale), anche in raccordo con la sperimentazione di "Servizi per le cure intermedie" presso le R.S.A. (residenze sanitarie assistenziali) e le Case di cura convenzionate prevista dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 1002 del 10/10/2005. L'attivazione di tali posti potrebbe essere in rete con il presidio ospedaliero oltre alle attuali risorse (case di cura).

La collaborazione e la interscambiabilità degli operatori (ospedalieri e territoriali) dovrebbe essere alla base di un processo più snello e funzionale che usa risorse e professionalità in maniera strategica.

La valutazione multidimensionale, attraverso lo strumento idoneo e condiviso previsto anche per la valutazione dell'accesso territoriale, eseguita in ospedale da figure professionali sovrapponibili per competenze a quelle Territoriali, rende fluido e tempestivo il sistema, accorcia i tempi organizzativi. entra in una logica di integrazione concreta.

L'interfaccia territoriale, attrezzato con risorse spendibili, nel caso in cui la dimissione del paziente con bisogno complesso sia domiciliare, dovrebbe essere pronto a recepire e condividere in tempo reale il piano assistenziale proposto almeno per il primo periodo con le stesse modalità di verifica indicate per l'attivazione del Pronto Sociale.

Le fasi

FASI	TEMPI
Attivazione del Pronto Sociale Domiciliare nel percorso di dimissione ospedaliera	1.1.2006 →

3.3.5 Aiuto Anziani

Motivazione dell'azione

Firenze attua, ormai da diversi anni, un programma di interventi nel periodo estivo rivolti alla popolazione anziana denominato "Aiuto Estate Anziani".

E' un servizio di "sorveglianza passiva" in risposta alle situazioni di emergenza sociale, rivolto agli anziani, in particolare a quelli che vivono in condizioni di solitudine e attivabile tramite un apposito numero verde.

Rilevato il significativo successo che il servizio Aiuto Estate Anziani ha ottenuto nell'estate appena passata, riuscendo a dare risposta adeguata alle più svariate necessità degli oltre 450

anziani che, trovandosi in una situazione di momentanea difficoltà, hanno contattato il numero verde del servizio, la Società della Salute si è proposta di giungere a un consolidamento degli interventi di sorveglianza e supporto predisposti per il periodo estivo, decidendo di proseguirli in via sperimentale fino al mese di marzo del 2006, allo scopo di valutarne la completa estendibilità a tutto l'anno, trasformando pertanto il servizio Aiuto Estate Anziani in un servizio denominabile Aiuto Anziani.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Garantire con continuità, in via sperimentale fino al 31 marzo 2006, un pronto riferimento attivabile con facilità e tempestività dai cittadini anziani che vengono a trovarsi in situazioni di momentanea difficoltà:

- assicurando un riferimento stabile per tutti coloro che in ragione dell'età, dello stato di solitudine e della limitata autonomia personale possono venire a trovarsi in un improvviso stato di bisogno;
- assicurando interventi capaci di contenere e possibilmente rimuovere gli inconvenienti della solitudine delle persone anziane;
- facendo fronte a situazioni impreviste con l'attivazione di interventi domiciliari, accompagnamenti, commissioni, pasti a domicilio,.. relativamente alle situazioni di bisogno che vengono rilevate;
- fornendo informazioni sulle attività organizzate in città, sui servizi in funzione, ecc..
- offrendo un sostegno telefonico per alleviare la solitudine e il senso di abbandono;
- assicurando, quando necessario, un controllo telefonico, se del caso, giornaliero.
- consolidare il servizio, garantendone la persistenza per l'intero periodo annuale
- collegare efficacemente il servizio con i servizi territoriali

Le fasi

FASI	TEMPI
Realizzazione progetti interventi estivi in favore degli anziani	1.6.2005 - 11.9.2005
Sperimentazione Aiuto Anziani	12.6.2005 - 31.3.2006

Scheda economico finanziaria

Budget 2005

AIUTO ANZIANI	
periodo estivo 2005	€ 172.000,00
Periodo 12 settembre 2005 - 31 dicembre 2005	€ 100.000,00
TOTALE	€ 272.000,00

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Numero utenti dei servizi

Rapporto tra interventi soddisfatti e interventi richiesti (sia per l'AEA che per l'Aiuto Anziani)

Tasso di utilizzo delle risorse assegnate

3.3.6 Sorveglianza attiva Anziani

Motivazione dell'azione

Collegato al servizio Aiuto Estate Anziani, nelle ultime due estati è stato predisposto, secondo le linee guida regionali e nell'ambito di un più complessivo progetto di interventi estivi in favore degli anziani, un servizio di sorveglianza attiva in favore di quegli anziani ultrasettantacinquenni la cui condizione di rischio viene segnalata dai Medici di Medicina Generale e dai servizi territoriali. La sorveglianza attiva si è realizzata tramite un monitoraggio telefonico costante e tramite l'attivazione di servizi di supporto o dei presidi di emergenza in caso di bisogno.

Anche in questo caso, in riferimento a quanto già prospettato dal Piano Sanitario Regionale, è all'ordine del giorno una valutazione, in raccordo con la Regione, circa opportunità ed eventuali modalità di estensione del servizio al resto dell'anno

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Anche in questo caso, in riferimento a quanto già prospettato dal Piano Sanitario Regionale, è all'ordine del giorno una valutazione, in raccordo con la Regione, circa opportunità ed eventuali modalità di estensione del servizio al resto dell'anno

Assicurando, quando necessario, un controllo telefonico, se del caso, giornaliero.

Consolidare il servizio, garantendone la persistenza per l'intero periodo annuale

Collegare efficacemente il servizio con i servizi territoriali

Le fasi

FASI	TEMPI
Realizzazione progetti interventi estivi in favore degli anziani (Sorveglianza attiva, ...)	1.6.2005 - 11.6.2005
Sorveglianza attiva	01.02.2006 →

Scheda economico finanziaria

Budget 2005

SORVEGLIANZA ATTIVA	
periodo estivo 2005	€ 70.000,00
TOTALE	€ 70.000,00

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Numero utenti dei servizi

Tasso di utilizzo delle risorse assegnate

3.3.7 Assistenza Infermieristica Domiciliare

Motivazione dell'azione

Il sottosistema delle cure domiciliari è inserito all'interno delle cure primarie ed ha come nucleo operativo la microequipe multidisciplinare costituita dal medico di famiglia, l'assistente

sociale e l'infermiere.

Rappresenta un settore di sviluppo per nuove strategie assistenziali verso:

- Grandi Anziani
- Anziani Fragili
- Pazienti affetti da malattie croniche

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Nell'ambito dello sviluppo del sistema di cure domiciliari si ipotizza una diversa organizzazione del sistema dell'assistenza infermieristica domiciliare per fornire risposte articolate sulla base dell'intensità assistenziale della domanda.

1. Bassa intensità assistenziale

Prestazioni sanitarie semplici, occasionali e/o ripetute nel tempo a pazienti stabili.

Le prestazioni infermieristiche domiciliari richieste a questo livello sono:

- prelievi venosi.
- medicazioni semplici di lesioni cutanee
- somministrazione di terapia per via intramuscolare e sottocutanea
- aiuti nei bisogni di base (eliminazione, alimentazione, movimento ecc)
- gestione alimentazione enterale
- gestione delle stomie

e fanno riferimento ad un volume di attività pari al 50% circa delle prestazioni oggi effettuate dal servizio infermieristico domiciliare.

2. Media intensità assistenziale

Presenza in carico dei pazienti con bisogni assistenziali complessi che necessitano di un piano integrato e realizzazione del monitoraggio delle malattie croniche attraverso follow-up e attività di self management.

Le prestazioni infermieristiche attribuibili a questo livello sono:

- medicazioni complesse di lesioni cutanee
- gestione di accessi venosi centrali e periferici
- somministrazione terapia endovenosa
- gestione nutrizione parenterale
- gestione stomie
- educazione all'auto cura
- orientamento care-givers
- monitoraggio parametri indicativi di stabilità-instabilità della malattia

il volume di attività costituisce meno del 50% delle prestazioni effettuate dal servizio infermieristico domiciliare.

3. Alta intensità assistenziale

A questo livello viene garantito il percorso di cure continue per i pazienti affetti da malattie croniche-progressive in fase avanzata presi in carico dal team multidisciplinare che, sulla base del piano di assistenza condiviso con il Medico di Famiglia, garantisce la continuità delle prestazioni mediche e infermieristiche.

Le prestazioni infermieristiche oggi garantite fanno riferimento all'assistenza generale al paziente oncologico in fase terminale e al supporto alla famiglia.

Il riassetto complessivo del sistema di assistenza infermieristica domiciliare nelle sue

articolazioni presenta caratteristiche e tempi diversi e coinvolgimento di diverse competenze e professionalità.

Si ritiene opportuno, in questa fase, prendere in considerazione l'ipotesi di riorganizzazione per quanto attiene le attività assistenziali di bassa e media intensità rivolte alla popolazione anziana con la finalità di:

- 1) sviluppare gli interventi di assistenza sanitaria che favoriscono il mantenimento della persona al proprio domicilio;
- 2) promuovere interventi assistenziali di carattere pro-attivo rivolti al monitoraggio e alla gestione dei pazienti affetti da malattie croniche.

Condizioni organizzative per la realizzazione del progetto

1. esternalizzazione del volume di attività relativo al basso livello di complessità assistenziale. In particolare l'attività di prelievo venosa quantificabile in circa 30.000 prestazioni annue danno luogo a 10.000 ore di impegno infermieristico che può essere assolto da soggetti esterni all'Azienda Sanitaria. L'impegno di spesa sulla base dell'attuale volume è di circa 180.000 euro se calcolato sul costo orario dell'attuale convenzione AIP. Stimare volume di attività assistenziale di bassa intensità;

2. avvio del sistema di accesso attraverso le micro-equipe di assistenza individuate come nuclei delle cure primarie integrate e come articolazione operativa con cui condividere i percorsi assistenziali strutturati ed i programmi di disease management relativi alle malattie croniche.

Le fasi

Fasi preparatorie alla definizione del progetto di implementazione di programmi di disease management basati sulla proattività dell'intervento sanitario.

1. Identificazione della popolazione target

- estrapolazione della popolazione potenzialmente arruolabile nel progetto tramite le banche dati disponibili, aziendali e di provenienza MMG;
- elaborazione dei dati attraverso macro indicatori, quali residenza, età, numero ricoveri, tipologia della patologia cronica, solitudine, gruppi di MMG disponibili a partecipare al progetto;

2. Valutazione di fattibilità del programma assistenziale

- valutazione dei dati epidemiologici elaborati per stabilire le priorità d'intervento sulla base delle risorse disponibili (quantitative e qualitative)
- definizione della popolazione arruolabile nel progetto.

3. Coinvolgimento dei medici di famiglia

- condivisione delle linee programmatiche del progetto e del programma di assistenza multidisciplinare attraverso la predisposizione di protocolli d'intervento in base a:
 - la stratificazione del rischio di aggravamento della malattia
 - gli interventi assistenziali oggetto del programma
 - la programmazione delle visite di follow-up

4. Stesura definitiva del progetto (sulla base dei risultati delle fasi precedenti)

- definizione degli outcomes
elaborazione delle componenti:

a) Assistenziale:

educazione a corretti stili di vita, rivolta al paziente e alla famiglia e/o care giver (self-management)
monitoraggio dei markers di aggravamento ed instabilità della malattia supporto nella gestione della cronicità.

b) Organizzativa

definizione delle responsabilità organizzative e dei livelli di coordinamento programmazione dell'intervento proattivo nell'attività delle micro-equipe di assistenza.

3.3.8 I percorsi di riabilitazione territoriale

Motivazione dell'azione

Le attività sanitarie riabilitative territoriali, si rivolgono ad anziani in condizioni cliniche stabilizzate in fase acuta o sub acuta (tali da non richiederne l'ospedalizzazione) con disabilità complesse. Esse costituiscono un sottosistema delle Cure Primarie formato da Professionisti Medici Specialisti (geriatri, fisiatristi, neurologi, ortopedici) e da Professionisti Sanitari della Riabilitazione (fisioterapisti, logopedisti, educatori professionali) che programmano la "presa in carico" dei pazienti con disabilità attraverso la formulazione in equipe di un "Progetto Riabilitativo Individuale" con obiettivi definiti. La valutazione multiprofessionale dei bisogni che costituisce il primo momento nella programmazione del P.R.I. può far emergere condizioni di bisogno che richiedono il coinvolgimento sinergico di altre agenzie sanitarie (servizio infermieristico territoriale), sociali e/o assistenziali presenti nel territorio.

Queste attività rappresentano un settore in sviluppo che affianca la micro equipe di comunità, in presenza di pazienti con disabilità per migliorarne le abilità, quando compatibile con la condizione clinica, sia per facilitare i processi assistenziali anche attraverso gli ausili (assistenza protesica), sia per garantire il self management con istruzioni e soluzioni tecniche che coinvolgono la famiglia o il care giver.

I Presidi Ambulatoriali di Riabilitazione presenti in tutti e cinque i Quartieri di Firenze, sono parte della rete integrata dei Presidi di Riabilitazione (Ospedalieri e territoriali) e costituiscono con le loro attività un nodo significativo dei percorsi riabilitativi nella continuità assistenziale ospedale territorio nelle patologie disabilitanti acute e progressive degli anziani.

Queste attività hanno coinvolto per il 2004:

a livello domiciliare

- n° 837 utenti per complessivi 7.106 accessi

dei tre percorsi attivati - complessivamente ambulatorio e domicilio

- Ictus 358 casi
- Protesi d'anca e frattura femore 254 casi
- Parkinson e patologie progressive 147 casi

Obiettivi specifici / Risultati attesi

La recente approvazione della D.G.R 595/05 "Percorso assistenziale per le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione (allegato 2b, DPCM 29 novembre 2001). - Percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale." che definisce i LEA e riorienta nel SSR questo settore di attività pone come obiettivo dall'1.1.06 l'applicazione della Delibera stessa con il monitoraggio degli effetti; in questo indirizzo si propone lo sviluppo dell'approccio per percorsi assistenziali riabilitativi, affiancando a quelli già in essere (ictus, frattura di femore, parkinson) anche altre condizioni significative quali le disabilità conseguenti all'artrite reumatoide e alla sclerosi multipla al fine di facilitare l'accesso e l'appropriatezza della risposta.

Le attività riabilitative ambulatoriali si caratterizzano in momenti distinti:

● Le attività riabilitative intensive ambulatoriali e domiciliari

rivolte alle fasi sub acute della patologia lesionale e finalizzate allo sviluppo delle competenze funzionali compatibili con il recupero intrinseco, attraverso l'esercizio terapeutico; esse si collocano essenzialmente nel percorso riabilitativo di continuità terapeutica fra la fase ospedaliera e quella immediatamente territoriale, quando fra gli obiettivi riabilitativi è ancora possibile il recupero di competenze motorie o cognitive orientate alle funzioni, così come descritte dall'OMS nella ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento e delle condizioni di Salute)

● Le attività riabilitative estensive territoriali o domiciliari

orientate alle fasi post acute, quando il processo di recupero è concluso e siamo di fronte a disabilità stabilizzate, si deve intervenire sull'adattamento dell'ambiente alle capacità della persona o per facilitarne i compiti anche con ausili tecnici, attraverso:

- istruzioni e soluzioni per favorire i processi assistenziali che coinvolgono la famiglia o i care givers;
- il supporto e lo sviluppo del self management per il mantenimento delle capacità recuperate;
- l'assistenza protesica;
- la consulenza per lo svolgimento delle attività di ADL e/o IADL e di socializzazione;
- l'eventuale indirizzo ad attività non sanitarie ma significative sul mantenimento delle condizioni di salute (svolte da associazioni e dal volontariato);
- la disponibilità di funzione consulenziale per tutti i soggetti (micro equipe e terzo settore) coinvolti nel processo assistenziale della persona con disabilità stabilizzata.

Sviluppo di un'attenzione proattiva

Le due attività descritte sono parte delle fasi del Progetto Riabilitativo Individuale che richiede la condivisione degli obiettivi fra i membri dell'equipe di presa in carico e fra i membri e il cittadino stesso, esso si basa su specifiche attività di valutazione del bisogno (descrittori ICF) e momenti di valutazione dell'outcome. **La pianificazione temporale dei momenti valutativi**, fatta per i soggetti con disabilità stabilizzata conosciuti dai servizi costituisce il significativo passaggio ad un atteggiamento proattivo, che garantisce nel tempo una reale percezione di continuità della presa in carico da parte degli anziani disabili e delle loro famiglie. Lo sviluppo di questa modalità proattiva da condividere con i MMG costituisce un obiettivo da raggiungere per una quota definita di popolazione assistita.

Le fasi

Fasi preparatorie alla definizione del progetto di implementazione di percorsi assistenziali riabilitativi basati sulla continuità terapeutica ospedale territorio, la proattività dell'intervento sanitario nelle fasi di stabilizzazione degli esiti e sul coinvolgimento della comunità (associazionismo e volontariato) e servizio sociale per il mantenimento e l'utilizzo delle

capacità compatibili con le abilità possibili per le ADL.

E' inoltre necessario sviluppare, con i soggetti del privato accreditato che operano in questo settore, modalità di gestione degli invii che siano funzionali alla gestione dei percorsi, governati dalle strutture sanitarie territoriali che leggono i bisogni e le loro priorità; portando a regime esperienze già in essere in questo settore sia nel rapporto con gli Istituti di ricovero per acuti (PRIM, CRI, Don Gnocchi) ma anche con quelli che erogano attività ambulatoriali.

3.3.9 Servizi di supporto alla domiciliarità

Motivazione dell'azione

Garantire la permanenza a domicilio delle persone con limitata autonomia significa non solo coprirne le necessità assistenziali intese in senso stretto (necessità sanitarie, aiuto nella movimentazione, cura della casa, igiene personale), ma anche offrire soluzioni che rispondano a bisogni base, di natura più ordinaria, ma comunque fondamentali per la sopravvivenza e il mantenimento di condizioni dignitose.

Pertanto, la gamma di servizi offerti non può limitarsi ai solo servizi di valenza assistenziale (ad esempio, assistenza domiciliare e centri diurni), ma occorre prevedere anche risorse integrative, magari collegate da un punto di vista organizzativo e gestionale, che forniscano supporti anche in merito ad aspetti quali l'assunzione di pasti, la cura estetica, la lavanderia,

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Garantire la continuità del servizio di consegna pasti a domicilio.

Garantire la continuità del servizio di consegna pedicure a domicilio.

Istituire e sperimentare un servizio di erogazione pasti presso la mensa di Montedomini (in prospettiva estendibile anche ad altri presidi) a quegli anziani che non sono in condizione di dover richiedere pasti a domicilio, ma per i quali anche la preparazione del pasto può costituire una difficoltà (tale azione è collegata al servizio Aiuto Anziani).

Progettare e sperimentare altri servizi di supporto - quali la lavanderia, il bagno assistito, ... - , anche valorizzando il ruolo e l'articolazione delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private.

Le fasi

FASI	TEMPI
Erogazione pasti a domicilio	1.1.2005 - 31.12.2005
Erogazione interventi pedicure a domicilio	1.1.2005 - 31.12.2005
Erogazione pasti presso mensa Montedomini	1.7.2005 - 31.3.2006
Progettazione nuovi servizi	
Sperimentazione nuovi servizi	

Scheda economico finanziaria

Budget anno 2005:

Pasti a domicilio: € 510.000,00

Pedicure a domicilio: € 24.000,00

Pasti presso mensa Montedomini: € 20.000,00

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Tasso di utilizzo pasti a domicilio

Tasso di utilizzo pedicure a domicilio

Tasso di utilizzo pasti presso mensa Montedomini

3.3.10 Sostegno al ruolo assistenziale autonomo delle famiglie

Motivazione dell'azione

La forte e crescente incidenza della popolazione anziana sul territorio fiorentino e il costante e progressivo innalzamento dell'età media e dell'incidenza delle disabilità collegate all'età stanno producendo importanti conseguenze sulle politiche pubbliche in favore della terza età, sempre più orientate a sostenere lo sviluppo di quei servizi integrativi delle risorse personali e familiari tesi a rispondere, nel modo più appropriato, alla gamma di bisogni di tale fascia di popolazione, con l'obiettivo di favorire il mantenimento dell'anziano presso il proprio domicilio e nel proprio ambiente, prevenendo il ricorso inappropriato a servizi sostitutivi (quali quelli residenziali).

In tale quadro, le politiche di prevenzione e cura in favore dei cittadini anziani devono mirare al perseguimento di alcuni fondamentali obiettivi assistenziali, particolarmente orientati a favorire il più a lungo possibile un'ideale permanenza della persona anziana fragile o non autosufficiente presso il proprio domicilio, fornendo i mezzi integrativi alle perdite funzionali e intervenendo a sostegno delle famiglie, anche quando le stesse sono in grado di organizzare da sole le attività di cura, con particolare riferimento al ruolo degli Assistenti Familiari.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Sostenere le famiglie che si adoperano per il mantenimento a casa di un proprio familiare non autosufficiente, anche quando sono in grado di organizzare da sole le attività di cura, abbattendo i costi che queste devono sostenere per l'acquisto dei servizi e degli ausili necessari, anche in riferimento all'instaurazione e al mantenimento di un regolare rapporto di lavoro con un Assistente Familiare.

Rafforzare la capacità di offerta di *care* familiare, obiettivo che può essere affrontato in modo efficace, oltre che attraverso l'incremento dell'affidabilità e della qualità delle prestazioni offerte (si veda l'azione relativa alla qualificazione degli Assistenti Familiari), anche mediante l'erogazione finalizzata di sostegni economici alle famiglie finalizzati all'acquisto autonomo di servizi e ausili, anche in riferimento al lavoro di cura proprio degli Assistenti Familiari.

Facilitare l'incontro domanda-offerta e supportare le famiglie e i lavoratori Assistenti Familiari per la regolare costituzione e gestione del rapporto di lavoro.

Emergenza e integrazione degli Assistenti Familiari e degli anziani da questi assistiti.

Promuovere una maggiore integrazione tra le varie "agenzie" che a livello ufficiale (es: Centri per l'impiego) o a livello informale (es: associazionismo) si adoperano per far incontrare le necessità assistenziali di una famiglia con l'offerta di lavoro di Assistenti Familiari.

Analogamente, sempre tramite strumenti di promozione della messa in rete delle varie "agenzie" coinvolte, arrivare ad agevolare gli anziani e gli assistenti familiari nel ruolo reciproco di datori di lavoro e lavoratore, relativamente ad aspetti collegati alla gestione del contratto.

Le fasi

FASI	TEMPI
Regolamentazione	1.12.2005 - 31.1.2006
Costituzione fondo	1.12.2005 - 31.1.2006
Informazione ai servizi	1.2.2006 - 28.2.2006
Sperimentazione	1.3.2006 →

Il fondo a copertura dell'azione viene costituito finalizzandovi parte dei finanziamenti regionali collegati al PIS.

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Rapporto tra domanda soddisfatta e domanda pervenuta

Rapporto tra piani assistenziali orientati alla permanenza a domicilio e piani orientati all'inserimento in RSA

3.3.11 Telecare

Motivazione dell'azione

I servizi di teleassistenza rivestono un ruolo determinante quale strumento di sostegno al mantenimento a casa degli anziani fragili o non autosufficienti, in condizioni di sicurezza e autonomia. Un ruolo pertanto strategico in riferimento alle politiche per la domiciliarità che la Società della Salute intende promuovere.

In tal senso, è stato dato un forte impulso allo sviluppo e al potenziamento del già esistente servizio comunale di teleassistenza, sia in termini di investimento tecnologico che di organizzazione, diffusione, qualità ed efficacia del servizio, con particolare riferimento al coinvolgimento e all'integrazione della rete di risorse presenti sul territorio (servizi sociosanitari territoriali, volontariato, medici di famiglia, farmacie, ecc.).

In tale ottica, viene proposto un sistema globale denominato Firenze Telecare (*predisposto in collaborazione con Montedomini e affidato alla gestione della stessa IPAB*), che, sfruttando le potenzialità offerte dalle nuove tecnologie della comunicazione, arricchisce le tradizionali funzioni di teleassistenza/telesoccorso (*monitoraggio programmato delle condizioni psico-fisiche dell'utente e risposta alle richieste di aiuto e alle segnalazioni di emergenza*) con funzioni innovative quali il teleconforto (*possibilità di contatto audio-video con la centrale operativa; di collegamento con servizi specialistici; di accesso ad eventuali servizi di supporto; di videoconferenza con la rete familiare o amicale; di diffusione informazioni in rete; ecc.*) e la telemedicina (*sorveglianza medica, ad esempio, in ambito cardiologico e respiratorio*).

Obiettivi specifici/Risultati attesi

Il servizio pone come obiettivo principale la facilitazione della comunicazione per gli utenti, con la creazione di un reticolato comunicativo, che permetta l'attivazione non solo di tutte le utilità basilari, ma anche di servizi accessori. Questi sono volti soprattutto al superamento dell'isolamento, quale causa comprimaria della graduale perdita di autosufficienza, ed al miglioramento delle condizioni di vita dell'anziano solo nell'ambito delle propria mura domestiche.

Pertanto, accanto alle normali attività di monitoraggio e vigilanza sulle condizioni psicofisiche dell'utente e di gestione delle richieste di intervento sanitario di basso, medio ed alto livello con attivazione degli opportuni interventi (dal 118, alle farmacie in collaborazione con il Prontofarmaco, etc.), si pone l'opportunità e la fattibilità concreta di affiancare tutta una serie di servizi di "utilità e sollievo", con l'obiettivo di offrire all'abbonato un'azione di supporto ad ampio raggio, mettendo in atto strumenti di coordinamento e collegamento delle risorse socio-assistenziali e socio-sanitarie (istituzionali, del privato sociale, del privato imprenditoriale) presenti sul territorio cittadino, per un più efficace ed efficiente utilizzo delle risorse stesse.

Infatti, le potenzialità del servizio possono trovare piena espressione solo facendo in modo che il servizio stesso sia parte, se non addirittura punto di coordinamento, di un contesto di servizi integrati a cui afferiscono le varie risorse presenti sul territorio (servizi sociali o sanitari, volontariato, reti parentali e informali, forze di polizia, altri servizi di pubblica utilità). Tale rete è lo strumento che può consentire al servizio Telecare di perseguire le proprie finalità di prevenzione della "non autosufficienza" intesa in senso lato, quindi non solo in termini di deficit funzionali o mentali, ma anche e soprattutto di tipo sociale, relazionale e ambientale. Senza tale rete, "Firenze Telecare" diverrebbe un servizio limitato e fine a se stesso.

Pertanto, consolidato ormai il progetto da un punto di vista tecnologico e gestionale, l'obiettivo principale consiste nello sviluppare i contatti, già del resto avviati con diversi soggetti, per far sì che la rete acquisti effettiva consistenza e efficace funzionamento.

In tale contesto, assume particolare rilevanza anche la possibilità di sperimentare interventi di Telemedicina. A tal proposito, è di imminente sperimentazione un progetto sul controllo a distanza dello scompenso cardiaco.

Le fasi

FASI	TEMPI
Regolamentazione	1.1.2005 - 15.4.2005
Predisposizione nuovo servizio	1.1.2005 - 31.3.2005
Avvio nuovo servizio, con graduale cessazione del precedente	15.4.2005 - 31.12.2005
Definizione progetto iniziale Telemedicina	
Sperimentazione Telemedicina	

Scheda economico finanziaria

I finanziamenti stanziati per gli investimenti necessari all'impianto e alla sperimentazione iniziale del nuovo servizio sono quantificabili in € 2.750.000,00, così articolati per fonte di provenienza:

Regione Toscana (tramite la ASL Firenze): € 1.750.000

Comune di Firenze: € 500.000

Cassa di Risparmio di Firenze: € 500.000

L'accesso al servizio prevede un canone mensile pari a € 40,00. Il regolamento del servizio prevede la possibilità che il Comune conceda agevolazioni al pagamento del canone sulla base dell'ISEE. A tal scopo, nel 2005 il Comune ha stanziato un budget pari a € 130.000,00.

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Trend domande di abbonamento al servizio

Rapporto tra domande pervenute e domande soddisfatte

Rapporto tra domande pervenute e abbonamenti disponibili

3.3.12 Centro ascolto Alzheimer

Motivazione dell'azione

Per gravità e diffusione, la demenza può essere considerata una vera e propria malattia sociale, con un'incidenza di oltre il 6% sul totale della popolazione ultrasessantacinquenne.

In considerazione del forte impatto sociale della malattia e della crescente necessità di supportare le famiglie coinvolte nel loro compito assistenziale, nell'ambito del Progetto Sperimentale Alzheimer, nel dicembre 1999 è nato, grazie alla collaborazione tra Amministrazione Comunale e Associazione Italiana Malattia di Alzheimer (AIMA), un Centro di Ascolto per familiari di malati di Alzheimer. Il Centro costituisce un punto di riferimento per informazioni, orientamento, consulenza e sostegno per tutte le problematiche connesse alla malattia. Il Centro assicura informazioni specifiche sulla malattia e sulla cura della persona, orientamento e contatto con la rete dei servizi sociosanitari, consulenze (generiche, mediche e legali), supporto per pratiche invalidità e altri servizi di supporto vari attinenti alle problematiche connesse alla malattia. Ogni anno fanno riferimento al Centro e fruiscono dei relativi servizi oltre 1.000 famiglie.

Inoltre, tramite la struttura del Centro d'Ascolto, l'AIMA collabora con i servizi pubblici al fine di sviluppare processi d'informazione e formazione del personale e progetti e iniziative sperimentali nel campo della ricerca e dei servizi.

In questi anni, oltre al Centro di Ascolto, l'approccio ai servizi per malati di Alzheimer è andato sempre più specializzandosi, anche grazie alla stretta collaborazione con l'AIMA. Sono nati moduli Alzheimer nelle RSA e 2 Centri Diurni dedicati (uno privato e uno della ASL, ai quali si aggiungerà uno in realizzazione a Montedomini) e sono stati sperimentati o sono in corso di sperimentazione percorsi integrati territoriali di cura (sperimentazione assistenza domiciliare, progetto sui livelli essenziali di assistenza, progetto MIRA - Modello Integrato di Rete per l'Alzheimer)

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Garantire la prosecuzione delle attività del Centro di Ascolto Alzheimer dell'AIMA, rafforzandone l'integrazione con il sistema dei servizi.

Le fasi

FASI	TEMPI
Gestione Centro d'Ascolto	1.12.2005 - 31.12.2005

Scheda economico finanziaria

La spesa a sostegno delle attività del Centro sostenuta dal Comune nell'anno 2005 è pari a € 45.000,00.

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Numero di accoglienze realizzate

Quantità di servizi erogati, per tipologia

3.3.13 Qualificazione assistenti familiari

Motivazione dell'azione

Il bisogno di aiuto domiciliare da parte degli anziani e delle persone non autosufficienti in genere è in costante aumento. Dunque aumenta anche la domanda del lavoro di cura che può essere effettivamente offerto da lavoratori disposti ad orari lunghi e/o alla convivenza con l'anziano fragile o non autosufficiente, tra i quali hanno un peso rilevante i cittadini stranieri extracomunitari.

Recenti rilevazioni su dati INPS sulla provincia di Firenze registrano oltre 8.000 collaboratori domestici, di cui circa i 2/3 stranieri. E' immediato immaginare che gran parte di tali lavoratori svolga attività di *care* nei confronti di persone non autosufficienti presenti nelle famiglie presso cui prestano servizio.

E' noto che una consistente parte del bisogno assistenziale degli anziani non autosufficienti trova risposta - spesso in assenza del coinvolgimento dei servizi territoriali, restando nell'ambito della capacità di auto organizzazione delle famiglie - nel lavoro di cura in favore di anziani non autosufficienti svolto privatamente da collaboratori domestici.

Nella consapevolezza dell'importanza (in termini di diffusione e di risultato) del ruolo dei cosiddetti Assistenti Familiari, occorre qualificare e far emergere questa figura professionale, anche al fine di integrarla e collegarla in modo più efficace alla rete dei servizi.

La Regione Toscana ha a tal proposito approvato uno specifico profilo professionale (definito appunto Assistente Familiare), che prevede la possibilità di ottenere la qualifica con una formazione articolata in 100/120 ore d'aula e 180/200 ore di tirocinio. La normativa regionale prevede anche che la formazione acquisita potrà costituire credito formativo per l'accesso a qualifiche superiori (ad esempio, quella di Operatore Socio Sanitario), che aprono la strada al lavoro in organizzazioni strutturate (es. strutture residenziali, servizi di assistenza domiciliare), sia pubbliche che private, dando l'opportunità agli Assistenti Familiari di valorizzare la loro esperienza in una prospettiva di sviluppo della loro condizione lavorativa e sociale, aspetto che assume particolare importanza per i cittadini immigrati, categoria come noto maggioritaria tra i collaboratori domestici che prestano lavoro di cura, ai quali viene in tal modo offerta la possibilità di inserimento stabile nel mercato dei servizi alla persona.

Tale azione nasce dall'input del progetto "*Anziani in casa*", che si pone, tra gli altri, l'obiettivo di far emergere i lavoratori collaboratori domestici che accudiscono gli anziani, qualificarne le competenze e collegarli alla rete dei servizi territoriali, supportando parallelamente le famiglie, anche quando sono in grado di organizzare da sole le attività di cura, anche ricorrendo al mercato privato.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

L'obiettivo è di qualificare il lavoro svolto da cittadini, nella gran parte dei casi immigrati, in favore delle persone anziane non autosufficienti e consistente nell'espletamento delle attività di *care* connesse alla vita quotidiana e domestica, attività che spesso si realizzano in regime di convivenza. Tale azione si rende necessaria anche per promuovere e sostenere l'integrazione di tali figure con la rete territoriale dei servizi assistenziali, in coerenza con le attuali politiche pubbliche per la domiciliarità.

Lo strumento previsto per promuovere la qualificazione, o per farla emergere quando gli elementi necessari sono già patrimonio del lavoratore, è individuabile nell'organizzazione di appositi corsi di formazione secondo i criteri e le modalità previste dal profilo regionale. In alternativa, è in fase di valutazione la possibilità di realizzare specifiche procedure di accertamento delle competenze, in collaborazione con i Centri per l'Impiego, utili in quei casi in cui l'esperienza e/o la qualificazione già acquisita per profili in qualche modo assimilabili sono elementi di garanzia circa le competenze possedute.

Nel corso del 2005 è prevista la progettazione e l'avvio di un corso di formazione, in collaborazione con Montedomini, nell'ambito dell'attuazione del Progetto Immigrazione - Buone Prassi per l'area fiorentina, modulo Immigrati e lavoro di cura, a sua volta integrato con l'iniziativa per il sostegno alle persone in lista d'attesa per l'accesso alle RSA e per la riduzione delle liste stesse.

Inoltre, il Comune ha offerto il proprio sostegno e la propria collaborazione ai progetti di formazione proposti da varie Agenzie Formative alla Provincia, nell'ambito degli appositi bandi FSE.

Infine, sono state attivate e sono in corso di rafforzamento delle forme di collegamento con i Centri per l'Impiego, al fine di agevolare il contatto e l'incontro domanda-offerta tra le famiglie e gli Assistenti Familiari presenti nella lista del servizio SOS Famiglia della Provincia, nato per rispondere al bisogno di individuare un luogo di appoggio e consulenza per le famiglie e per gli Assistenti Familiari e per facilitare l'incontro reciproco.

Le Fasi

FASI	TEMPI
Progettazione corso di formazione	1.9.2005 - 15.10.2005
Avvio corso di formazione	15.10.2005 - 31.12.2005
Collegamento con i Centri per l'Impiego	1.1.2005 - 31.12.2005
Sostegno e collaborazione a progetti di formazione presentati da partner privati ai bandi FSE	15.9.2005 - 31.12.2005

Scheda economico finanziaria

Il budget a disposizione dell'azione è quantificabile in € 150.000,00, quale quota parte del finanziamento regionale destinato all'attuazione del modulo Immigrati e lavoro di cura del Progetto Immigrazione - Buone Prassi per l'Area Fiorentina.

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Numero domande pervenute per partecipazione al corso
Numero di corsi avviati da soggetti terzi partner

3.4 Le prestazioni delle strutture residenziali

Target: tutta la popolazione anziana non autosufficiente

Riorganizzazione dell'offerta di residenzialità protetta, con integrazione a livello territoriale dei servizi di assistenza domiciliare, attraverso l'integrazione degli attori del sistema.

La numerosità dei posti in RSA per anziani è confermata nell'1,6% della popolazione anziana, pari a 1.500 unità.

Il mantenimento di questa numerosità (1.500 posti per ultra 64enni), in relazione all'aumento delle persone anziane, è fortemente condizionato da interventi domiciliari con alto contenuto assistenziale che assicurino appropriatezza nei ricoveri in RSA e qualità di servizi per le persone non autosufficienti che restano nel proprio domicilio.

3.4.1 Riabilitazione - Il Polo Geriatrico

Motivazione dell'azione

La DGR 111/2003 ha autorizzato un progetto di riorganizzazione di alcune attività di geriatria nella Asl fiorentina, dando vita ad un "polo geriatrico" di continuità assistenziale, con la partecipazione della Asl 10, del Comune di Firenze, dell'ex INRCA-Ospedale I Fraticini e di Montedomini. La delibera richiama anche una serie di accordi precedenti, finalizzati alla collaborazione dei soggetti citati nel settore della gestione integrata delle risorse, dell'assistenza socio-sanitaria e della formazione. Elemento portante della delibera, in linea con i principiti costitutivi della Società della Salute, è la predisposizione di un continuum riabilitativo che riunisce più enti in un sistema di cure progressive e garantisce, nella invarianza della spesa complessiva, un aumento medio del percorso di circa 13 giorni. Il progetto è stato realizzato con la trasformazione di 30 letti di riabilitazione ospedaliera presso l'ex INRCA-Fraticini in 40 letti riabilitativi extraospedalieri.

Con la definitiva uscita dell'Inrca dal territorio ed il passaggio delle sue attività e beni mobili alla ASL 10, si rende necessario dare nuovo impulso al progetto, rivedendo i rapporti convenzionali. Prendendo spunto dal riassetto in corso nel territorio per la riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera, il progetto di "polo geriatrico" pubblico riveste un particolare significato sperimentale anche in tema di conduzione tecnica ed amministrativa dei servizi. Il polo pubblico, meno vincolato da sistemi prospettici di finanziamento, può creare un monosistema di gestione di servizi internamente articolati sulla base differenziale del loro livello di assorbimento di risorse, senza soluzione di continuità e senza trasferimenti di competenza, professionale ed amministrativa. Un "sistema" dinamico e flessibile, in grado di intervenire sul "rischio disabilità" dalle fasi acute della malattia fino all'integrazione con i servizi territoriali, ma soprattutto in grado di superare l'attuale mal funzionante modello di rete integrata, sostanzialmente ancorato alla logica della molteplicità degli enti erogatori.

Con la creazione del polo, un paziente geriatrico, inteso come portatore di malattie multiple, simultanee ed interattive con un forte impatto sulle capacità funzionali, potrebbe "entrare una volta sola" nel sistema assistenziale, con una "presa in carico" complessiva, diretta e permanente.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

I fattori costitutivi del sistema "polo geriatrico" sono:

- integrazione dell'informazione con un unico sistema di rilevamento dei dati (cartella socio-sanitaria multidimensionale) in qualunque punto di accesso del soggetto;
- integrazione degli operatori all'interno del sistema, anche come mobilità e/o comando quando in possesso di competenze specifiche di settore (non routine); integrazione e sviluppo professionale con affidamento congiunto di responsabilità di sistema per competenze specifiche e programmi scientifici comuni;
- integrazione delle strutture, con un unico budget consolidato costruito sulla base di una nuova (anche per le ASP) contabilità analitica.

Gli strumenti specifici del polo geriatrico sono identificabili in:

- la rete di sistema (non più sistema in rete)
- l'intervento alla persona in una logica di recupero, che consideri la dipendenza come sconfitta da sostenere e non come obiettivo.

Le fasi

Rete di sistema

- I tempi necessari al recupero o stabilizzazione della malattia non sono compatibili con il sistema DRG ed è necessario predisporre nel polo strutture idonee a gestire i percorsi

di continuità assistenziale, con attenzione particolare alle cosiddette “cure intermedie”: reparto acuti (ex Fraticini collegati al DEA di S:N. e Ospedali di comunità), riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera, RSA temporanee per le cure intermedie, nuclei specializzati nelle RSA, Rsa di base, Centri diurni generali e specializzati per l'Alzheimer.

- La multipatologia richiede spesso una revisione diagnostica anche nel post acuto e necessita di accesso ai servizi specialistici di tipo prioritario per quanto non di intensità ospedaliera.
- L'assistenza “riabilitativa” al soggetto anziano non segue modelli, universalmente accettati, di un percorso ad intensità decrescente; il soggetto anziano entra ed esce da diversi livelli di disabilità con una frequenza non compatibile con i tempi “burocratici” di una rete anche se integrata. Il ricollocamento temporaneo del soggetto in servizi o strutture adeguate per le risorse necessarie deve avvenire con le stesse procedure interne proprie di una unica unità operativa, senza trasferimento amministrativo.
- Poiché un momento critico per il reinserimento familiare è rappresentato dalla dimissione da un luogo di cura, il polo geriatrico assicura il sostegno in fase di dimissione (30 giorni), in attesa dell'attivazione dei servizi territoriali competenti (che comunque per i soggetti inseriti nel progetto continuano a far riferimento al polo geriatrico). I sistemi utilizzati dal polo per la continuità di cura sono, almeno nella prima fase:
 - organizzazione di assistenza domiciliare temporanea (badanti)
 - collaborazione con le Associazione dei familiari (AIP e Alice con sede a Montedomini) per la educazione del paziente e della famiglia durante la fase del reinserimento
 - collaborazione con le associazioni di volontariato specializzato (Pallium) e di volontariato per attività di ricreazione e socializzazione (lo sto con Montedomini, Mogli dei Medici, AVO, ecc).

Intervento alla persona

- Sul concetto operativo della geriatria come medicina con forte enfasi sulla riabilitazione, il sistema deve garantire una valutazione multidimensionale omogenea e trasferibile ed un trattamento multidisciplinare; l'area riabilitativa afferisce alla sfera cognitivo/motoria (disturbi cognitivi, disturbi motori, disturbi dell'apparato loco-motore, attività fisica adattata, educazione del paziente e della famiglia, collaborazione con il volontariato).
- E' necessario sviluppare in particolare le professionalità necessarie sia con l'Agenzia di Formazione di Montedomini, con corsi formali di formazione interna continua, sia con collaborazioni con Centri scientifici di prevalentemente di neuropsicologia e biomeccanica-analisi del movimento.
- E' necessario potenziare i modelli operativi, organizzati e professionale secondo il concetto delle procedure di qualità e relative verifiche, per una gestione sempre più basata sull'evidenza e meno sull'intuito ed esperienza professionale degli operatori.
- Per il volume delle attività coinvolte e l'allargamento delle competenze culturali e professionali che ne derivano, è indispensabile la costituzione di un comitato o *centro scientifico interno*, per il monitoraggio e la ricerca osservazionale nel settore riabilitativo e socio-assistenziale, in grado di collaborare in maniera paritetica con istituzioni scientifiche esterne.

3.4.2 Sistema Residenziale

Motivazione dell'azione

Nonostante il crescente sostegno delle politiche e dei servizi orientati al mantenimento degli anziani in condizioni di disagio (a rilevanza sia sociale che sanitaria), la domanda di istituzionalizzazione rimane forte, anche a causa del generale crescente invecchiamento

della popolazione e della consistente e crescente incidenza delle disabilità legate all'età e alla assenza di una rete familiare di supporto per il progressivo esaurirsi della "famiglia numerosa". Le strutture di riferimento a tal scopo sono differenziabili in due tipologie principali:

- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), rivolte ad anziani non autosufficienti;
- Residenze Assistite (RA), rivolte ad anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

Negli ultimi anni è aumentato il ricorso a forme di intervento residenziale a tempo determinato, individuabili in due categorie:

ricovero temporaneo, per necessità specifiche o in presenza di particolari momentanei aggravamenti dell'anziano normalmente assistito dalla famiglia;

ricoveri di sollievo, per sollevare periodicamente la famiglia dallo stress e dall'impegno di cura, in momenti specifici quali una vacanza, un intervento chirurgico, necessità per figli piccoli, ecc..

Dal punto di vista della gestione, il sistema residenziale si caratterizza per forme di gestione pubblica (ASL, Comune, IPAB) e forme di gestione privata. Nel settore delle RSA, nell'area territoriale della ASL sono attivi oltre 3.000 posti. Di questi attengono alla gestione pubblica 400 posti.

Le quote sanitarie per la SDS di Firenze sono attestate (2004) in 1.698, di cui 1.444 per anziani in RSA, 158 per disabili, e 96 per Centri Diurni.

Nella tipologia di servizi il sistema pubblico è omogeneo a quello privato.

Il sistema è oggi, in particolare per le RSA, cristallizzato su prestazioni indifferenziate, sia all'interno della stessa struttura, sia all'interno del sistema.

La Regione ha approvato nel corso del 2004 la delibera 402, che ridefinisce tutto il sistema della residenzialità per gli anziani non autosufficienti, attribuendo alle strutture in possesso di determinati requisiti la possibilità di accogliere situazioni differenziate per patologie, ma soprattutto per bisogni con remunerazioni altrettanto differenziate. Vengono previsti quattro livelli di prestazioni :

- livello base per situazione di non autosufficienza stabilizzata
- livello per disabilità prevalentemente motoria
- livello per disabilità cognitivo comportamentale, Alzheimer ecc
- livello per stati vegetativi permanenti stabilizzati, terminali

Su questa base normativa di riferimento, una differenziazione dell'offerta è oltre che formalmente obbligatoria, opportuna per le conseguenze sulla appropriatezza delle risposte. I dati epidemiologici presenti richiedono la attivazione di tutte le modularità previste dalla Delibera 402/04, tuttavia nei rapporti fra pubblico e privato è in corso un livello di contrattazione, da accentuare nel prossimo futuro, per definire ruoli e competenze.

Il rapporto con il settore privato, che fino ad oggi ha svolto una insostituibile funzione di intervento, di complementarità, di integrazione, costituisce elemento strategico del sistema. Nella definizione concertata degli ambiti prevalenti di intervento c'è un sostanziale salto di qualità, la dove il settore privato può al meglio esprimere le proprie caratteristiche di imprenditorialità, di flessibilità. In questo ambito si colloca un livello di contrattazione aperto a tutti gli ambiti di intervento , non solo quelli legati alla residenzialità , ma anche quelli legati alla domiciliarietà, come illustrato nel Global Care (punto 3.3.1).

Obiettivi specifici / Risultati attesi

- Proseguire la gestione (pubblica e privata convenzionata) del sistema residenziale, garantendo almeno il mantenimento dei livelli d'assistenza storicamente affermatasi.
- Giungere a una differenziazione dell'offerta che risponda al meglio al bisogno di appropriatezza delle risposte.

- Promuovere una differenziazione dell'offerta dei gestori delle Residenze che copra anche servizi di valenza domiciliare e territoriale, sia assistenziale che di supporto, in un'ottica di servizi di Global Care (punto 3.3.1). in grado di coprire un'ampia gamma di bisogni.

Le fasi

FASI	TEMPI
Gestione sistema residenziale	
Negoziazione iniziale con gestori per la differenziazione dell'offerta	
Accordo con gestori per differenziazione offerta	

Scheda economico finanziaria

Budget anno 2005 per RSA Anziani:

Comune: € 14.105.000,00 (strutture convenzionate + 1 struttura a gestione diretta)

3.4.3 Lista di attesa

Motivazione dell'azione

Al momento esistono due liste di attesa separate per l'inserimento in RSA. Una comunale, riservata alle persone con diritto alla compartecipazione del Comune al pagamento della quota sociale; una dell'Azienda Sanitaria - Zona Firenze, relativa alle persone con diritto alla sola quota sanitaria. Le due liste hanno anche logica di composizione diversa: quella comunale viene ridefinita ogni 15/20 giorni circa da parte di un'apposita Commissione e le posizioni in graduatoria vengono assegnate sulla base di punteggi derivanti da indicatori di condizione sociosanitaria; quella aziendale è basata sull'ordine cronologico di presentazione della domanda.

La presenza di due uffici per l'accesso alle RSA e la conseguente presenza di due liste d'attesa, tra l'altro gestite con criteri differenti, ha creato finora difficoltà e differenze di trattamento, a parità di bisogno, tra le persone iscritte (a sfavore delle persone in lista ASL), determinando anche una consistente crescita della stessa lista ASL.

In una prospettiva di effettiva integrazione sociosanitaria e di efficacia dell'azione della Società della Salute, l'obiettivo principale consiste quindi nell'unificazione dei due uffici e nella conseguente costituzione di una lista unica, a sua volta alimentata da invii determinati dal nuovo percorso di accesso ai servizi per anziani e dai relativi strumenti di valutazione e determinazione della prestazione più appropriata.

Tuttavia, la forte consistenza numerica degli anziani inseriti nelle liste di attesa per l'inserimento in RSA rende opportuno mettere in atto un'iniziativa straordinaria di sostegno dei cittadini inseriti nelle liste di attesa per l'inserimento in RSA, anche con l'obiettivo di determinare una significativa riduzione della consistenza delle liste stesse e di consentire una maggiore flessibilità di azione nella definizione del su richiamato programma più generale di revisione dei servizi per anziani e delle modalità di accesso agli stessi, in una prospettiva di unificazione delle due liste.

Tale iniziativa consiste nell'erogazione di un contributo economico che sostenga le persone in lista di attesa nell'acquisto di servizi e ausili necessari per coprire le necessità assistenziali delle persone interessate. Il contributo viene concesso con l'obiettivo principale di sostenere le persone per la loro permanenza a domicilio e comunque in seguito alla scelta di rinunciare alla posizione in lista di attesa ed ha una durata massima di 12 mesi. L'iniziativa viene integrata con il Progetto Immigrazione - Buone Prassi per l'area fiorentina, modulo Immigrati e lavoro di cura, sommando al suddetto contributo economico un ulteriore importo, da riconoscere in caso di assunzione di un Assistente familiare immigrato. L'attuazione dell'iniziativa è delegata al Centro Servizi di Montedomini e San Silvestro.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Omogeneità di trattamento tra utenti con diritto alla compartecipazione per la quota sociale e utenti con diritto alla sola quota sanitaria

Costituzione di un Ufficio unico per la gestione degli accessi alle RSA

Unificazione delle liste in una unica lista

Riduzione dell'attuale consistenza delle liste tramite forme di sostegno e incentivazione economica per quelle situazioni il cui carico assistenziale potrebbe, con adeguati supporti, essere affrontato al domicilio, a seguito della rinuncia alla posizione in lista d'attesa

Fasi

Le fasi (e i relativi tempi) caratterizzanti tale azione sono così riepilogabili:

FASI	TEMPI
INIZIATIVA PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE	
Elaborazione progetto operativo	Dal 1 giugno 2005 al 30 settembre 2005
Elaborazione e approvazione disciplinare	Dal 1 ottobre 2005 al 12 ottobre 2005
Primo contatto con gli utenti in lista e loro famiglie	Dal 13 ottobre 2005 al 21 ottobre 2005
Acquisizione disponibilità e definizione percorso assistenziale	Dal 24 ottobre 2005 al 4 novembre 2005
Erogazione contributi	Dal 7 novembre 2005 al 31 ottobre 2006
LISTA UNICA	
Progettazione lista unica	1.6.2005 - 15.11.2005
Avvio sperimentale ufficio unico e lista unica	1.11.2005 →

Scheda economico finanziaria

Il budget, stanziato sull'anno 2005, finalizzato all'attuazione dell'iniziativa per la riduzione delle liste è quantificabile in € 794.000,00. Tale budget è integrato dal finanziamento regionale di destinato all'attuazione del modulo Immigrati e lavoro di cura del Progetto Immigrazione - Buone Prassi per l'Area Fiorentina, per la quota parte che risulterà interessata dall'integrazione dei due progetti nell'ambito della quota destinata a contributi alle famiglie, quantificabile in via previsionale in € 350.000,00.

L'Ufficio unico e la Lista Unica utilizzano le risorse economiche (sociali e sanitarie) normalmente stanziare per le quote (sociali e sanitarie) RSA.

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Numero adesioni / Numero persone in lista d'attesa

Rilevazione qualitativa degli esiti, tramite apposito questionario

3.4.4 Servizi per le cure intermedie

Motivazione dell'azione

La Giunta Regionale ha avviato (Delibera n.1002 del 10/10/2005) una sperimentazione per la determinazione di percorsi assistenziali e di prestazioni identificati quali "cure intermedie" mediante l'utilizzo della rete delle RSA e delle Case di cura convenzionate.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Si riportano gli obiettivi della sperimentazione.

L'utilizzo dei "servizi per le cure intermedie" consente ai medici dei Presidi ospedalieri e a quelli di Medicina Generale, di impiegare una risorsa nuova ed aggiuntiva alle loro normali disponibilità operative.

Si tratta della possibilità di ricoverare pazienti, con problematiche di completa o prevalente valenza sanitaria, nelle RSA e nelle Case di Cura convenzionate, presenti sul territorio.

Tale possibilità si inserisce quindi nella rete integrata dei servizi socio-sanitari, e si configura come uno degli aspetti dell'organizzazione di tipo PULL, volta a garantire una rapida risposta sia ai pazienti con problemi di dimissione dai reparti per acuti che a pazienti ancora al proprio domicilio con esigenze sanitarie e a ridurre il flusso di pazienti ai DEA, per problematiche che possono essere risolte con modalità diverse.

In questo modo da un lato si soddisfano le esigenze assistenziali del paziente, e dall'altro si evitano ricoveri ospedalieri impropri, e si riduce la durata della degenza.

Le RSA, infatti, sono strutture residenziali che, pur rimanendo nell'ambito delle cure primarie, possono fornire, al pari delle case di cura, un'assistenza costante alla persona con una media medicalizzazione delle prestazioni e una maggiore attenzione, anche per i ricoveri di breve durata, agli aspetti della vita di relazione. Spesso infatti, soprattutto nei pazienti anziani, l'ospedalizzazione tradizionale peggiora la qualità della vita.

Le Cure intermedie:

- Sono rivolte a persone che altrimenti prolungherebbero senza necessità la durata del ricovero ospedaliero o potrebbero essere ammesse inappropriatamente in ospedale o in RSA.
- Sono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato, che definisce terapie, trattamenti, necessità di ricoveri.
- Sono orientate al recupero dell'indipendenza e al rientro dei pazienti al loro domicilio.
- Hanno una durata limitata (di solito 1-2 settimane, e mai oltre le 6 settimane).
- Sono basate sull'integrazione di più professionisti che utilizzano gli stessi criteri di valutazione, gli stessi strumenti operativi e condividono protocolli comuni.

L'impiego dei servizi per le cure intermedie è indirizzato quindi:

- a pazienti, prevalentemente anziani, dimissibili dall'ospedale ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio per il quadro clinico o per insufficienti garanzie di supporto familiare e/o sociale. In questo modo si riduce la durata della degenza, e

- si assicura al paziente l'assistenza in un ambiente protetto,
- per il periodo necessario,
- a pazienti, prevalentemente anziani, che vengono segnalati dal medico curante in quanto le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica del paziente ma in cui l'ospedalizzazione potrebbe essere ancora evitata.

Le fasi

In conseguenza della deliberazione, la SdS intende attuare i Servizi per le cure intermedie, nel quadro dei servizi di offerta residenziale, con particolare attenzione:

- a) Pazienti che si trovano al proprio domicilio, che presentano problematiche sanitarie per le quali le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti, ma che possono essere risolte con modalità diverse dal ricovero ospedaliero
- b) Pazienti dimissibili dall'ospedale ma che non sono in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio per complessità del quadro clinico o per insufficienti garanzie di supporto familiare e/o sociale.

Per questi tipi di pazienti si dovrà prevedere la durata presunta del periodo di assistenza in RSA o in Casa di Cura per

- una fase intensiva di circa 15 giorni, ed una eventuale fase estensiva di ulteriori 15 giorni che vengono concordati direttamente tra il medico di medicina generale e le competenti strutture di riferimento territoriale. In caso di dimissioni programmate dall'ospedale, concordano il percorso assistenziale: il responsabile medico del reparto di Medicina, il medico di MG e la struttura di riferimento territoriale.
- una fase di più lunga assistenza per un periodo superiore ai 30 gg, fino ad un massimo di 45 giorni, con la definizione della valutazione delle necessità assistenziali che in fase prognostica superano i trenta giorni.

Scheda economico finanziaria

Resta da definire la numerosità dei posti ritenuti necessari (comunque in numero non superiore al 10% della intera disponibilità dei posti del territorio) e le risorse, individuate nella Delibera Regionale nell'ambito dei bilanci delle aziende sanitarie, con riferimento alle economie di spesa che si realizzeranno in ragione del minore numero di accessi al pronto soccorso ed ai reparti ospedalieri.

3.5 Le azioni di sistema

3.5.1 Accesso dal territorio - Microequipe di comunità

L'assistenza territoriale agli anziani segue il modello definito a livello aziendale ed è affidata a microequipe di comunità composte da:

- medico di medicina generale dell'assistito
- infermiere dell'area Cure Primarie
- assistente sociale

che assicurano all'utente facilità di identificazione, continuità nell'assistenza e personalizzazione delle relazioni.

Ogni microequipe utilizza per la valutazione gli stessi strumenti di supporto alle decisioni e attiva la risposta appropriata individuata attraverso un algoritmo decisionale. Gli strumenti consentono la definizione dei progetti individuali di assistenza ma forniscono elementi

predittivi da utilizzare a lungo termine per pianificare le tipologie di offerta da garantire in relazione all'evoluzione della domanda.

Ogni équipe è un gruppo di lavoro permanente che ha il compito di prendere in carico "virtualmente" il paziente fin dal momento della segnalazione del caso e successivamente per tutta l'evoluzione del bisogno.

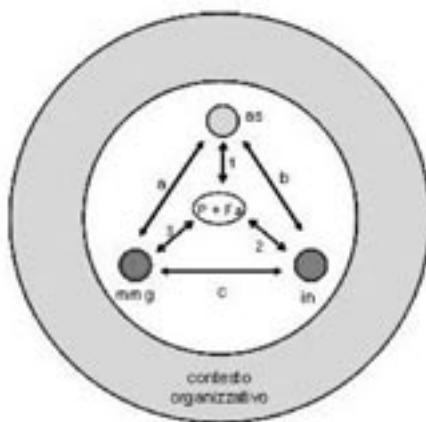
Funzioni della microéquipe:

- assicurare la gestione integrata dell'assistenza

La microéquipe racchiude le competenze professionali necessarie alla costruzione e validazione nel tempo del piano di assistenza individuale e all'erogazione delle prestazioni necessarie.

Costruisce e aggiorna il piano utilizzando i criteri indicati nelle varie schede di valutazione. Le schede sono modulari, cioè consentono il completamento della valutazione attraverso l'integrazione delle sole informazioni aggiuntive, evitando inutili duplicazioni, e vengono gestite in rete. Il medico di medicina generale attiva di norma il percorso assistenziale sanitario e contribuisce alla gestione del caso all'interno dell'équipe. L'attivazione degli altri componenti l'équipe avviene nel momento in cui un componente ne evidenzia la necessità, utilizzando i criteri individuati dal protocollo di intervento.

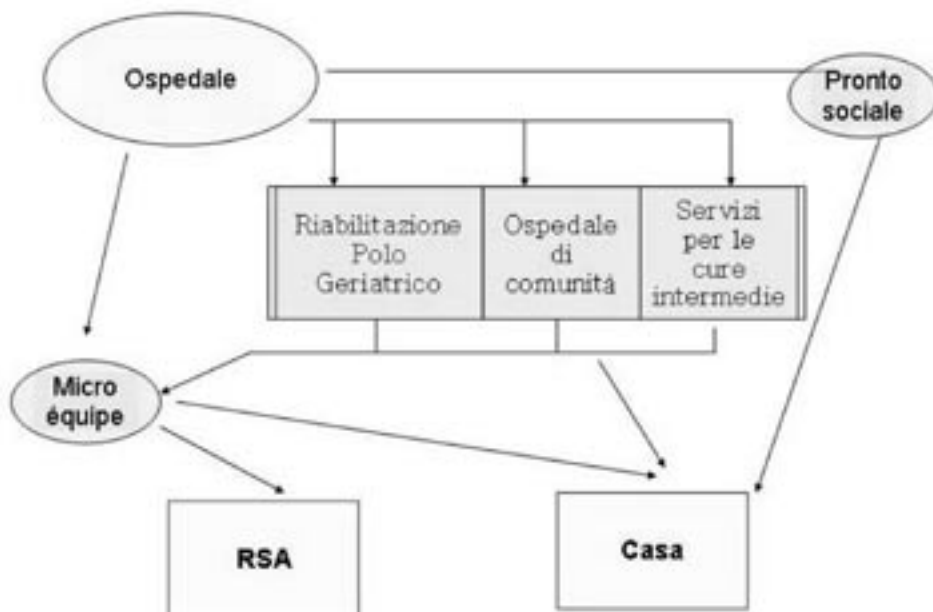
Il nuovo modello ha lo scopo di coniugare snellezza organizzativa, facilità di accesso per gli utenti, appropriatezza delle risposte, possibilità di controllo degli outputs dei percorsi di assistenza.



E' allo studio la definizione e la sperimentazione di un nuovo strumento di analisi dei bisogni che attraverso una valutazione oggettiva di parametri predefiniti indichi la risposta più appropriata. Il valore del prodotto del nuovo strumento di valutazione è il rapporto fra la risposta indicata e le risorse a disposizione.

La risposta indicata avrà pertanto il carattere della esigibilità ,soprattutto per le situazioni gravi ed indifferibili, ed il soggetto che ha valutato sarà quello che prosegue il lavoro di presa in carico , di accompagnamento, di verifica della situazione. Il risultato di questo passaggio sarà quello dell'annullamento delle liste di attesa (o comunque di una forte riduzione delle stesse).

3.5.2 Accesso dall'Ospedale



Ogni ospedale del territorio dispone di un presidio di servizio sociale che ha il compito di gestire, insieme al reparto, i percorsi di dimissione a fronte di particolari patologie e se del caso avviarli al domicilio senza prevedere servizi di supporto o indirizzarli verso una soluzione protetta (domiciliare, residenziale o casa di cura).

Occorre pertanto potenziare tale strumento, dotandolo di strumenti e criteri per la corretta valutazione del bisogno assistenziale del paziente (tipologia del bisogno, risorse personali e familiari, risorse attivabili nella rete dei servizi) e di risorse di più certa e tempestiva disponibilità (assistenza domiciliare, posti in RSA, in casa di cura, ecc) in modo tale da assicurare la prima risposta con garanzie di continuità e appropriatezza assistenziale.

3.5.3 La cabina di regia

Le risorse sono gestite in maniera integrata da un unico punto sulla base dei piani individuali predisposti dalla microequipe di comunità.

La Cabina di Regia ha un supporto di sistema informativo che la collega con le risorse disponibili (erogatori) e con le microequipe di comunità, rendendo disponibile in tempo reale le risorse per l'attivazione dei piani individuali (risorse domiciliari, residenziali ecc.).

La Cabina di Regia monitorizza le risorse, per la verifica della compatibilità con il budget complessivo, effettua compensazioni ecc. ecc.

3.6 Indicatori ANZIANI

PRESTAZIONI	INDICATORE 1	INDICATORE 2	INDICATORE 3	INDICATORE 4	Variazioni nel tempo dell'utenza totale
ASSISTENZA DOMICILIARE Assistenza Domiciliare Integrata Assistenza domiciliare infermieristica Assistenza domiciliare programmata MMG Assistenza domiciliare sociale Totale utenti assistenza domiciliare	n° MMG n° utenti nell'anno n° MMG n° utenti nell'anno n° utenti nell'anno	n° utenti nell'anno n° utenti nell'anno/anziani resid* 100 n° utenti nell'anno n° utenti nell'anno/anziani resid* 100 n° utenti nell'anno/anziani resid* 100	n° utenti nuovinell'anno n° utenti nuovinell'anno n° utenti nuovinell'anno n° utenti nuovinell'anno n° utenti nuovinell'anno	Utenti soli/utenti totale*100 (per quartiere) utenti ass.domiciliare totale/utenti in RSA*100	↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑
AREA INTERVENTI DOMICILIARI Ass. dom. indiretta+Assegno L.R.108 Progetto Badanti	n° utenti nell'anno n° badanti	n° utenti nell'anno/anziani resid* 100 n° utenti nell'anno	n° utenti nell'anno/anziani resid* 100		
ALTRI SERVIZI ALLA DOMICILIARIETA' Telecare Pasti a domicilio Podologico Servizio mensa Aiuto Estate Anziani Sorveglianza Attiva	n° utenti nell'anno n° utenti nell'anno n° utenti nell'anno n° utenti nell'anno n° utenti nel periodo n° utenti nel periodo	n° utenti nell'anno/anziani resid* 100 n° utenti nell'anno/anziani resid* 100 n° utenti nell'anno/anziani resid* 100 n° utenti nell'anno/anziani resid* 100 n° utenti nell'anno/anziani resid* 100 n° utenti nell'anno/anziani resid* 100	n° utenti nuovinell'anno n° utenti nuovinell'anno n° utenti nuovinell'anno n° utenti nuovinell'anno n° utenti nuovinell'anno n° utenti nuovinell'anno		↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑
ALTRI PROGETTI E INTERVENTI Vacanze estive per anziani Centri anziani	n° utenti n° iscritti	n° utenti nell'anno/anziani resid* 100			
SEMIRESIDENZE Centri diurni di cui: Centri diurni per autosufficienti Centri diurni per non autosufficienti	utenti nell'anno utenti nell'anno utenti nell'anno	n° utenti nell'anno/anziani resid* 100			
RESIDENZE R.A. - RESIDENZE ASSISTENZIALI RSA - RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	utenti nell'anno utenti nell'anno	n° utenti nell'anno/anziani resid* 100 n° utenti nell'anno/anziani resid* 100	n° nuovi ingressi nell'anno n° nuovi ingressi nell'anno		↓ ⇒ ↑
RICOVERI	n° soggetti dimessi dall'ospedale	n° ricoveri ospedalieri	n° ricoveri ripetuti		
RICOVERI per specifiche patologie invalidanti/croniche (Diabete, scompenso cardiaco, patologie polmonari, frattura del femore)	n° soggetti dimessi dall'ospedale	n° ricoveri ospedalieri	n° ricoveri ripetuti		↓

Note: I dati relativi al numero di utenti e di nuovi utenti nell'anno per l'assistenza domiciliare integrata, infermieristica e programmata saranno disponibili dopo l'implementazione del sistema informativo integrato.

3.7 Previsioni risorse parte sanitaria e parte sociale calcolate sulla base storica 2005

	Quota Sanitaria	Quota Sociale	Assistenza Domiciliare	Contribuzione utenza	Totali
ASL Zona Firenze	26.700.000,00			10.950.000,00	37.650.000,00
Comune di Firenze		14.885.103,78	8.383.210,69	13.192.131,17	36.460.447,64
Totali	26.700.000,00	14.885.103,78	8.383.210,69	24.142.131,17	74.110.447,64