

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza nella Provincia di Ferrara



REPORT 2010

 **Distretti
CENTRO NORD
OVEST
SUD EST**

IL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA NELLA PROVINCIA DI FERRARA



REPORT ANNO 2010
Distretti Centro Nord, Ovest, Sud Est

In collaborazione con i Comuni di:



A cura di:

- **Elena Canossa**, Sociologa
Ufficio di Piano Distretto Ovest, Azienda UsI di Ferrara
- **Alberto Tinarelli**, Sociologo
Direttore del Distretto Ovest, Azienda UsI di Ferrara
- **Maria Chiara Tassinari**, Medico
Direttore del Distretto Centro Nord, Azienda UsI di Ferrara
- **Gabriella Antolini**, Statistico
Servizio Tossicodipendenze, Azienda UsI di Ferrara

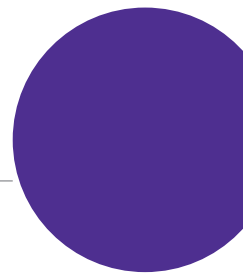
Hanno collaborato:

- **Fernando Anzivino** - Responsabile del Programma anziani e ADI
- **Chiara Benvenuti** - Direttore del Dipartimento Cure Primarie del Distretto Centro Nord, Azienda UsI di Ferrara
- **Maria Chiara Bongiovanni** - Responsabile M.O. interdistrettuale Socio-sanitario Azienda UsI di Ferrara
- **Ilenia Bovina** - Educatrice presso il Centro Aspasia di Cento
- **Paola Castagnotto** - Responsabile dell'Ufficio Comune per l'integrazione Socio Sanitaria
- **Fosco Foglietta** - Vice presidente FIASO
- **Alessandra Galletti** - Responsabile del Modulo Operativo ADI del Distretto Centro Nord Azienda UsI di Ferrara
- **Felice Maran** - Direttore attività Socio-Sanitarie Azienda UsI di Ferrara
- **Simone Lodi** - Referente dei progetti E Care, Cup 2000
- **Marianna Pasello** - Psicologa psicoterapeuta, Distretti Centro Nord e Ovest
- **Cristiano Pelati** - Direzione Infermieristica Aziendale, Responsabile Aziendale dell'Area Ospedaliera
- **Rossella Pescerelli** - Direzione Infermieristica e Tecnica Territoriale, Responsabile DCP Centro Nord e Ovest
- **Andrea Persanti** - Direttore Distretto Sud Est, Azienda UsI di Ferrara

Un ringraziamento a tutti i componenti degli Uffici di Piano e degli enti che hanno collaborato, in particolare a:

- Alessandra Avanzi, Comune di Comacchio; Augusto Bucchi, Comune di Codigoro; Rita Dallafina, Comune di Portomaggiore; Roberta Fini, Gestione Associata Funzioni Socio Assistenziali del Distretto Ovest, Marilena Marzola, Comune di Ferrara; Matteo Pazzi, Ufficio di Piano del Distretto Sud Est; Roberta Sarti, Comune di Cento; Dolores Torselli, Ufficio di Piano del Distretto Sud Est; Patrizia Veronesi, ASSP di Copparo; Lori Verri, Comune di Copparo; Mauro Zuntini, Ufficio di Piano del Distretto Ovest; Daniel Bigoni, Stefano Carlini, Marcello Cellini, Loredana Morano ed Enrico Treggiari dell'Azienda UsI di Ferrara.
- Coordinamento editoriale: **Ufficio Stampa Azienda USL di Ferrara**

In copertina: Vincent Van Gogh, Uomo dell'ospizio con cappello a cilindro, che beve caffè, 1882, locazione ignota.



PRESENTAZIONE Marcella Zappaterra	pag. 5
PREFAZIONE Alberto Tinarelli, Maria Chiara Tassinari, Andrea Persanti	» 7
PARTE PRIMA	
Profili distrettuali a confronto di Gabriella Antolini	» 13
L'assistenza alle persone non autosufficienti: un percorso di lettura dei dati di attività basato sul modello per la gestione della cronicità di Alberto Tinarelli, Maria Chiara Tassinari e Elena Canossa	» 31
Rendicontazione dei servizi sociosanitari per gli anziani e per le persone con grave disabilità in provincia di Ferrara. Anno 2009 a cura di Alberto Tinarelli e Elena Canossa	» 45
Lo sviluppo organizzativo delle cure primarie nell'Azienda Usl di Ferrara di Maria Chiara Tassinari	» 71
L'impatto dell'accreditamento sullo sviluppo dei servizi sociosanitari di Felice Maran	» 79
PARTE SECONDA	
Il Sistema Informativo a supporto della programmazione sanitaria e sociosanitaria Fosco Foglietta	» 83
I Trattamenti di Assistenza Domiciliare di Alessandra Galletti	» 87
Il programma dimissioni protette di Alessandra Galletti, Cristiano Pelati e Rossella Pescerelli	» 97
Prendersi cura delle persone non autosufficienti a casa: l'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali di Chiara Benvenuti	» 100
Il supporto psicologico alle persone non autosufficienti e al loro caregiver nella provincia di Ferrara di Marianna Pasello	» 103
Teleassistenza e-Care di Simone Lodi	» 110
L'immigrazione nel contesto socio demografico della Provincia di Ferrara di Paola Castagnotto	» 113
Il progetto ASPASIA. Azioni innovative per la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari di Ilenia Bovina	» 119
L'applicazione del Chronic Care Model in ambito territoriale di Fernando Anzivino	» 123

presentazione



- **MARCELLA ZAPPATERRA**

Presidente Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

Dopo alcuni anni di sperimentazione siamo oggi nella possibilità di tracciare i primi bilanci sull'efficacia del Fondo per la non autosufficienza rispetto i bisogni di salute e di benessere della popolazione non autosufficiente. Il Fondo Regionale per la Non-Autosufficienza è orientato a finanziare servizi ed interventi sociali, sanitari ed assistenziali importantissimi, che costituiscono la rete "storica" del nostro sistema di offerta a favore della popolazione non autosufficiente. Una rete che connota in modo che definirei identitario il sistema di welfare che abbiamo realizzato nella nostra Regione e nella nostra Provincia; un sistema che è evoluto nel tempo per corrispondere al meglio ai cambiamenti della nostra società, ma che è sempre rimasto profondamente e coerentemente ancorato ai principi e ai valori fondamentali che caratterizzano il nostro "modello di convivenza".

Il FRNA è infatti uno strumento strategico per la costruzione di un sistema regionale integrato di servizi, fondato sui principi di cooperazione e promozione della cittadinanza sociale, in grado di garantire la piena esigibilità dei diritti di ognuno, capace di motivare e sostenere la responsabilità individuale, delle famiglie e delle comunità.

Lo è per la sua stessa natura, per il modo in cui viene ripartito tra le varie realtà locali, per la responsabilizzazione di ogni singolo Distretto Sanitario nella ricerca di una programmazione territoriale aderente ai bisogni specifici di ogni porzione di territorio.

Lo sforzo cui questo strumento ha costretto quanti si occupano, a vario titolo, di organizzazione di servizi socio-sanitari, prima ancora che le risorse economiche che ha immesso nel sistema, ha prodotto risultati davvero encomiabili.

Per questo, pur nella generale necessità di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica, il mantenimento di una disponibilità per garantire continuità e sviluppo di questo Fondo è irrinunciabile.

La Regione Emilia Romagna, infatti, ha scelto di assegnare a questo Fondo risorse per il 2010 pari al totale delle risorse che il Governo, con il Fondo nazionale, ha messo a disposizione di tutte le Regioni, così come ha già annunciato di voler coprire con risorse regionali le mancate entrate dovute all'azzeramen-



presentazione

to del finanziamento nazionale per la non autosufficienza stabilito nella finanziaria per il 2011 che farà venir meno circa trenta milioni di euro.

Sono scelte difficili e coraggiose in questi tempi di emergenza e di crisi.

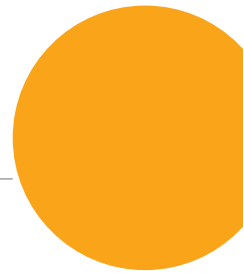
Ma, come si potrà evincere dalla lettura dei molti dati e delle molte informazioni di questo "Report 2010", grazie al FRNA - a partire dal 2007 - non solo abbiamo potuto offrire buoni servizi alle nostre comunità, ma lo abbiamo fatto con un elevato tasso di innovazione, ottenuto anche rendendo sempre più monitorati e sempre più determinanti nella progettazione dei servizi tutti gli elementi di "cambiamento" dei bisogni dei cittadini.

Possiamo certamente affermare che, pur trovandoci di fronte ad una realtà sempre meno standardizzabile, siamo riusciti a gestire la richiesta di nuovi servizi, ottenendo apprezzabili risultati.

Non possiamo e non vogliamo rinunciare a questa possibilità, ci interessa continuare a promuovere e a migliorare la nostra rete di servizi per garantire ai cittadini i servizi di un welfare universalistico e solidale, ma anche moderno e calibrato sulle reali esigenze dei cittadini, sul miglioramento sempre continuo degli strumenti clinici e tecnici a nostra disposizione, sull'obiettivo non trascurabile di non sprecare nemmeno un centesimo.

Quanto è stato realizzato in questa Provincia negli ultimi anni va in questa direzione, e dobbiamo continuare e migliorare.

In particolare, mi auguro che riusciremo a far capire a tutti il valore e l'importanza delle innovazioni che si stanno mettendo in campo, e che i dati che questo Report ci restituisce non siano solo ragione di soddisfazione o di conoscenza per gli addetti ai lavori, ma uno strumento che ci consenta di essere sempre più compresi dai cittadini. Anche da questa comprensione si misurerà il valore reale di ciò che stiamo facendo.



- **ALBERTO TINARELLI**
Direttore Distretto Ovest
- **MARIA CHIARA TASSINARI**
Direttore Distretto Centro Nord
- **ANDREA PERSANTI**
Direttore Distretto Sud Est

Il report del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza 2010 basato sui dati di attività del 2009 riproduce in copertina un altro dei "vecchi" dipinti da Van Gogh. Si spera così, anche grazie a questo piccolo artificio, di dare il senso della serie riconoscibile per gli operatori e per tutti quanti vorranno utilizzarlo per riflettere sulle attività svolte attraverso l'utilizzo del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. L'impostazione è in parte rinnovata per la necessità di seguire l'evoluzione dei servizi in rapporto ai bisogni di salute espressi dalla popolazione e perché si è cercato di ragionare in termini di confronto, di assonanze e divergenze, fra i tre Distretti che compongono la Provincia di Ferrara.

La sistematicità con la quale si stanno raccogliendo i dati, per il terzo anno consecutivo, consente di strutturare, per quanto breve, una serie storica di informazioni. Inoltre nel corso di questi primi anni di attività si sta orientando in modo più efficace la gestione e l'analisi dei flussi di dati provenienti da fonti diverse, che possono prefigurare la messa a punto di un sistema informativo strutturato e funzionale alla redazione di report e rendicontazioni dedicate a Enti, associazioni, sindacati e a quanti siano interessati.

A questo fine è in corso un lavoro di reciproco adattamento fra i diversi sistemi di rilevazione adottati dai Comuni e dall'Azienda Sanitaria, perché la compatibilità dei dati e la loro attendibilità risultano essere elementi di particolare importanza quando si tratta di valutare i processi e gli esiti delle prestazioni. In questo modo le informazioni ottenute possono essere un utile contributo allo sviluppo di modelli di integrazione che migliorano l'efficacia del sistema, ne incrementano l'efficienza e ottimizzano le possibilità di analisi.

Nel report del 2010 le sezioni che nella scorsa edizione erano dedicate all'analisi di ogni distretto sono state sostituite da un unico capitolo nel quale sono stati messi a confronto i dati di attività forniti da ogni area territoriale. Questa modalità di rendicontazione è stata scelta perché la si è ritenuta più efficace per evidenziare la complessità del sistema facendo emergere peculiarità, differenze e affinità che appartengono alla dimensione distrettuale. Questa scelta cerca di soddisfare la necessità espressa da più parti di aprire un confronto fra i professionisti e fra i gestori del Fondo sulle specificità dei territori, per individuare linee di sviluppo comuni, per socializzare esperienze significative ed eccellenze e per condividere scelte strategiche.



prefazione

Questo modo di procedere è parso più utilmente finalizzato a sintetizzare una rendicontazione rivolta innanzitutto a chi ha messo a disposizione le risorse, cioè Regione, Provincia, Comuni e Azienda USL e per dare conto di come si consolidano e si integrano i servizi per l'area della non autosufficienza ai cittadini e agli stakeholder. In questo senso si vorrebbe che questo documento fosse utile per la verifica del lavoro svolto, la programmazione e la pianificazione a medio e lungo termine e quindi non immediatamente collegato al sistema di budget.

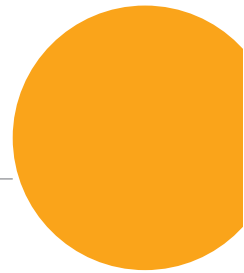
Le informazioni contenute nel report sono invece utilizzabili per verificare il grado di copertura e di omogeneità dei servizi sul territorio e possono rappresentare una base per approfondimenti in merito all'equità dei servizi erogati e alla capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute espressi dalla popolazione. In questa logica, nel report che si presenta, è stato fatto un primo tentativo per verificare se esistano significative differenze di genere che possono determinare disuguaglianze di trattamento e prefigurare una diversa allocazione delle risorse, si è successivamente sperimentata una metodologia di lavoro per determinare i costi dell'assistenza riferiti a singole tipologie di assistiti. Per ottenere questo risultato è stato necessario raccogliere in modo sistematico informazioni riguardanti prestazioni di carattere sociale, sociale e sanitario e meramente sanitario. Quindi un'operazione complessa per difficoltà strumentali e tecnologiche, per la fatica degli operatori a pensarsi come appartenenti a un unico sistema e per la diversità dei software che faticavano a dialogare fra di loro in modo automatico.

Considerazioni e suggerimenti

Il Fondo Regionale per la non autosufficienza ha consentito di potenziare in modo significativo gli interventi e soprattutto si è rivelato un modo per sperimentare nuove forme di assistenza nei confronti delle persone anziane e disabili. Ma il valore aggiunto in termini di prospettiva non sta nella quantità di fondi messi a disposizione, quanto nell'indicazione implicita ed esplicita data agli enti e agli operatori di sentirsi e di diventare sistema, per operare in modo sinergico.

Non è un compito facile perché aver investito molte energie per distinguere e valorizzare i rispettivi campi di azione distinguendo fra le titolarità del sociale, del sanitario e del socio sanitario sicuramente è stato utile per definire gli ambiti di responsabilità degli enti preposti, ma a livello operativo, l'individuazione di ambiti di competenza rigidamente definiti ha determinato una sostanziale flessione della capacità dei servizi di collaborare fra loro, causando talvolta inefficienze, aree di sovrapposizione o conflitti di competenza. Per superare questa situazione il Fondo mette di nuovo in primo piano i bisogni e la necessità di agire in modo integrato fra tutti i servizi che si occupano dell'area della non autosufficienza, stabilendo così, nella sostanza, l'inevitabilità dell'integrazione.

In effetti a ben vedere la non autosufficienza rappresenta un paradigma utile a definire e determinare quale sia il livello organizzativo, rispondente al dettato regionale, dal quale si può ricavare un innalzamento qualitativo dei livelli di assistenza. In altre parole per rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute e di



assistenza della persona non autosufficiente e affrontare i problemi derivati dell'effetto alone che ricade sugli equilibri familiari, non basta organizzare la sequenza delle prestazioni attivando i diversi punti della rete, così come non basta a ognuno fare la propria parte, perché se questo avviene in mancanza di una lettura contestuale comune e un piano di lavoro condiviso, non sarà possibile prendere in carico la complessità e neppure avviare i percorsi di trattamento della cronicità.

La gestione delle risorse del fondo in un'ottica evolutiva consente di superare il lavoro in rete, specie se inteso come collegamento funzionale fra diversi servizi, per approdare a una modalità di integrazione che fornisce prodotti nuovi realizzabili solo con il concorso di più operatori, con professionalità e appartenenze diverse, attorno a un obiettivo comune nel quale ognuno si riconosce. L'integrazione in tal senso si può definire raggiunta quando è in grado di offrire prodotti nuovi o modalità di lavoro non realizzabili da un singolo servizio e richiede proposte terapeutiche e assistenziali che escono dalla logica schematica della somma delle prestazioni che ogni singolo professionista può erogare.

Questo agire, che rappresenta la filosofia di base del FRNA, risponde alla necessità di affrontare in modo unitario la complessità rappresentata dai bisogni del singolo individuo in quanto inscindibile in sottosistemi patologici sanitari o sociali. In questo senso la presa in carico del problema della non autosufficienza si sviluppa e si consolida all'interno di un meccanismo di innovazione dei modi dell'agire. In questa logica è forte la convinzione che il tema dell'integrazione sociale e sanitaria vada declinato con modalità organizzative specifiche a livello territoriale per consolidare i servizi anche e soprattutto attraverso nuove formule organizzative e professionali finalizzate alla presa in carico dei pazienti cronici, attraverso percorsi assistenziali dedicati.

Sociale e sanitario come sistema curante

Per realizzare un sistema curante nell'ambito della non autosufficienza bisogna superare la separazione fra interventi sociali e sanitari, fondendo i saperi per dare risposte in linea con il principio della inscindibilità dei bisogni di salute di ogni persona. Al centro dell'attenzione si pongono quindi il tema del mantenimento dell'autonomia, dell'espressione delle necessità personali e della qualità della vita. Riformulare in questo senso le attività costituite da aspetti sociali e sanitari significa ridare centralità ai bisogni dell'individuo e porre di conseguenza un'attenzione viva alle condizioni di relazione delle persone in rapporto all'ambiente, ai rapporti con i familiari e con i care giver.

In ambito distrettuale la logica di sistema e di integrazione può consentire alla comunità di gestire al meglio le risorse, eliminando le diseconomie dovute a programmazioni a volte settorialmente separate.

Da quando è iniziata la gestione del FRNA i Distretti hanno sperimentato forme organizzative nuove allo scopo di ottimizzare la risposta ai bisogni assistenziali e di salute delle persone. All'interno della programmazione pluriennale, indicata



prefazione

dalla Conferenza territoriale, sono stati individuati progetti che hanno reso più stabili i rapporti fra azienda sanitaria e servizi sociali dei Comuni e attraverso di essi è stato possibile sviluppare modelli di gestione delle risorse e di progettazione integrata che hanno reso più ampio e articolato il livello dell'offerta e consentito un miglioramento dell'efficienza anche attraverso l'istituzione di nuovi servizi o percorsi assistenziali integrati.

Questo è sicuramente uno degli effetti maggiormente positivi della gestione del Fondo che, se si rivelerà duraturo, potrà favorire uno sviluppo innovativo di tutto il sistema sociale e sanitario integrato. Si tratta di un percorso già avviato, perché nel corso dei primi tre anni di gestione del Fondo nei tre Distretti si sono sperimentate nuove forme organizzative e realizzati progetti che allargano il campo alla società civile promuovendo il coinvolgimento del volontariato e affidando al Terzo Settore compiti di gestione sempre più complessi e qualificati, con un livello di prestazioni qualitativamente alto.

Le risorse del Fondo hanno consentito di ampliare i servizi resi e di rispondere alle esigenze di persone in condizioni di particolare bisogno, attraverso interventi mirati di alta complessità assistenziale mettendo in atto piani personalizzati e il potenziamento delle cure domiciliari.

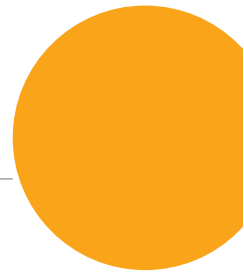
Sono stati realizzati programmi di sostegno e prevenzione rivolti a gruppi di persone in condizioni di fragilità e l'integrazione istituzionale è stata sperimentata in diversi contesti anche attraverso progetti rivolti a sostenere gli anziani fragili. Permangono tuttavia elementi di criticità dovuti alla fatica incontrata nell'integrare i saperi e le prassi operative, a causa del permanere di rigidità dei sistemi dovute anche a logiche professionali settoriali.

Innovazione e sperimentazioni

Le esperienze significative di cui si da conto nel report riguardano il sostegno alla domiciliarità per consentire alle persone di rimanere il più a lungo possibile nel loro contesto di vita e rallentare l'eventuale istituzionalizzazione. Per questo sono stati attivati i ricoveri di sollievo, i progetti rivolti ai care giver con programmi specifici che prevedono la costituzione di gruppi di auto e mutuo aiuto, il sostegno psicologico e la messa in atto di piani personalizzati. Fra questi il progetto di telemonitoraggio, sperimentato e messo a regime nel distretto Ovest, si propone di allargare la fascia degli interventi ai care giver attraverso il sostegno a distanza e la creazione di un sistema di supporto rappresentato dagli operatori che possono essere attivati in modo tempestivo nei momenti di bisogno.

Queste ultime attività sono dedicate ai care giver con l'obiettivo di garantire loro una vita possibilmente "normale" sollevandoli, per quanto possibile, dal lavoro di cura e dando loro la possibilità di usufruire di momenti significativi di svincolo dalla quotidianità dell'assistenza ai congiunti.

Altri interventi si sono strutturati in chiave preventiva e si rivolgono alle persone fragili, per facilitarle nell'espletazioni di funzioni "normali" che diventano difficili o impossibili a causa della perdita della piena autonomia. Fra questi ci sono tutti i



progetti legati alla domiciliarità, il Progetto Giuseppina e altre progettazioni che riguardano la mobilità delle persone, con interventi di accompagnamento e di trasporto e la consegna dei farmaci o della spesa a domicilio. E infine progetti di socializzazione e attività motoria realizzati soprattutto nel distretto Sud Est, per mantenere e sviluppare comportamenti corretti e stili di vita adeguati.

Considerazioni a margine

Il FRNA ha consentito di potenziare le attività a favore di anziani e disabili, ma soprattutto ha permesso di sperimentare nuove soluzioni a sostegno delle persone fragili e dei care giver. Ha inoltre dato la possibilità di sviluppare modalità di lavoro integrato fra sociale e sanitario, che sta costruendo nella pratica un sistema di servizi capace di curare e di prendersi cura degli assistiti.

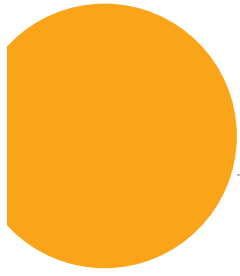
Si tratta ora di rendere operative le sperimentazioni e consolidare i risultati ottenuti fino a questo momento e per questo è necessario strutturare una dimensione organizzativa orientata alla domiciliarità: in quest'ottica l'integrazione fra ADI e SAD non pare solo necessaria ma inevitabile per impostare una logica organizzativa che, dando una risposta completa al bisogno, risponde in modo pieno ai criteri di efficacia cui i sistemi impostati secondo criteri di qualità devono rispondere.

Dopo avere sperimentato diversi progetti pare opportuno trasformare le sperimentazioni in modelli organizzativi stabili, riconoscibili dagli utenti, con un punto unico di accesso dal quale iniziare eventualmente tutti i percorsi possibili di presa in carico che si renderanno necessari.

Il FRNA ha dato risorse importanti ma forse non ha ancora adeguato la rete organizzativa, che nel futuro dovrà essere modulata sull'integrazione fra sociale e sanitario. Nello stesso tempo si dovranno trovare i modi per potenziare la domiciliarità oltre i limiti odierni di interventi limitati a cinque o al massimo sei giorni la settimana, prevedendo interventi in ambiti orari più allargati, servizi sanitari più complessi e prestazioni erogate anche nei giorni festivi.

Il sistema costituito dal Fondo ha bisogno a questo punto del suo sviluppo di essere validato attraverso l'adozione di un sistema rigoroso di valutazione delle attività, per verificare quanto i progetti siano stati efficaci e produttivi. In tal senso l'occasione dell'accreditamento delle strutture che è stato avviato può rappresentare un buon punto di avvio per la condivisione di sistemi di valutazione utili a mantenere opportunamente monitorato il livello di qualità del sistema.

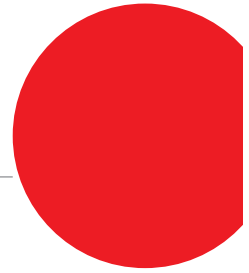
Infine, un'ultima considerazione sui care giver. I familiari hanno una funzione fondamentale nell'assistenza alle persone non autosufficienti, ma finora gli interventi a loro favore hanno seguito la logica del sostegno dato nei momenti di maggiore difficoltà, per impedire che il cedimento del sistema familiare portasse all'istituzionalizzazione del congiunto non autosufficiente. Ora si tratta di rivedere questo modo di procedere e riconoscere il ruolo e con esso anche la possibilità di mettere in campo azioni volte non solo al sostegno a chi arriva a non sopportare più il peso assistenziale, ma a garantire per quanto possibile un impatto



prefazione

lieve sulle condizioni di vita del care giver, attraverso una serie di attenzioni e di servizi volti a garantire condizioni esistenziali prossime alla normalità.

Vanno in questa direzione i ricoveri di sollievo, le cure domestiche, la possibilità di sostituzioni serali e il telemonitoraggio, oltre all'attivazione delle risorse sociali e del volontariato. Lo sviluppo della domiciliarità e la creazione di servizi di supporto che garantiscano il più a lungo possibile una vita normale a chi si trova nella condizione di assistere un familiare non autosufficiente rappresentano un traguardo di qualità nella gestione del Fondo Regionale e un passo avanti significativo sotto il profilo dell'attenzione ai bisogni di salute della popolazione.



Profili distrettuali a confronto

● GABRIELLA ANTOLINI

Statistico, Servizio Tossicodipendenze - Azienda USL di Ferrara

CARATTERISTICHE DEL TERRITORIO

La densità di popolazione. Il dato di densità della popolazione dell'Azienda UsI (136,4 abitanti/kmq), se confrontato con quello regionale (195,8), evidenzia una dispersione territoriale significativa con notevoli differenze tra i distretti sanitari (Tab. 1)⁽¹⁾.

La bassa densità di popolazione è dovuta principalmente al concorso di due fattori: pochi insediamenti urbani a forte concentrazione di popolazione e assenza di centri urbani di medie dimensioni. Sono presenti in provincia solo quattro comuni con più di 20.000 abitanti (Ferrara nel distretto Centro-Nord, Cento nel distretto Ovest, Comacchio e Argenta nel Distretto Sud Est), che raccolgono il 60% degli abitanti della provincia.

Il distretto Centro Nord con 201 abitanti circa ogni kmq risulta il più popoloso, seguono il distretto Ovest (189 abitanti/kmq) e quello Sud Est (77,4 abitanti/kmq) con un campo di variazione rispetto al primo di 123,6.

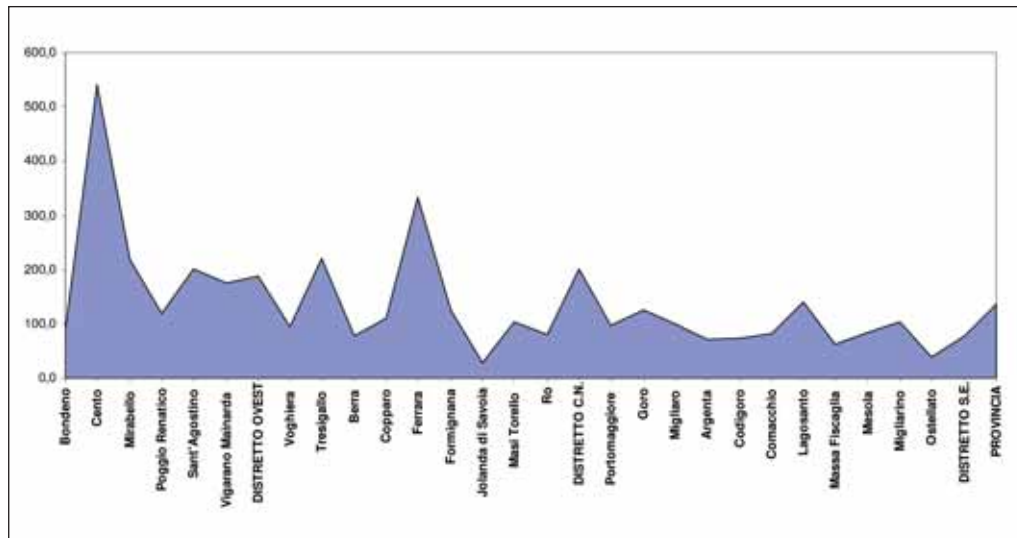
Osservando i dati degli ultimi quattro anni non si rilevano sostanziali variazioni nel Sud Est, mentre l'Ovest mostra un incremento di densità del 5,5% avvicinandosi al dato regionale (195,8). Anche il distretto Centro Nord, segnala un leggero incremento (+0,6%).

Tab. 1 Popolamento della provincia di Ferrara. Anni 2006-2009.

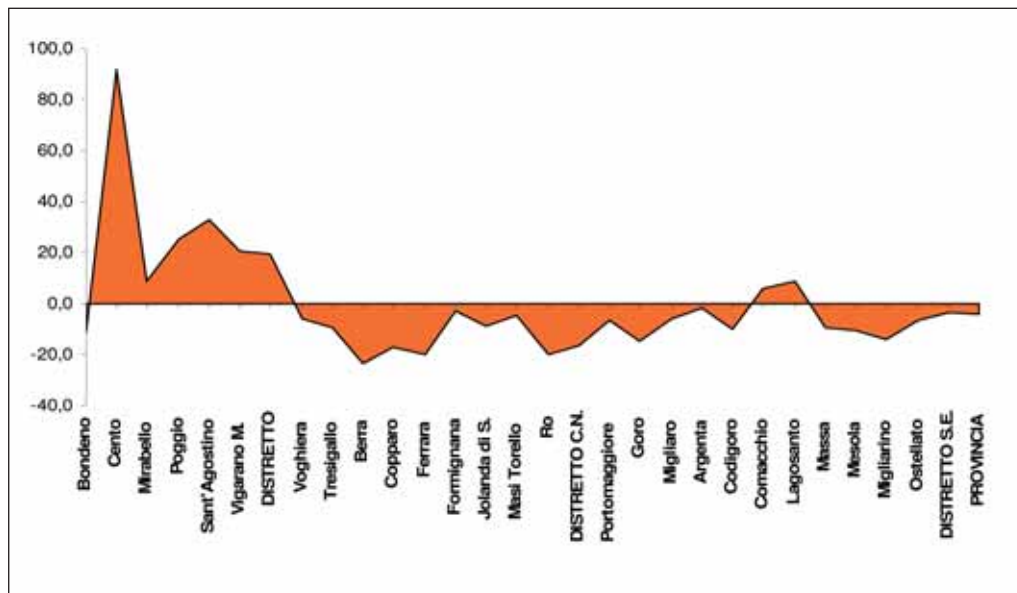
	Centro Nord		Sud Est		Ovest		Azienda UsI		Regione
	N	% su AsI	N	% su AsI	N	% su AsI	N	% su RER	
Superficie (kmq)	887	33,7	1.330	50,6	413	15,7	2.630	11,9	22.123
Densità 2006 (abitanti/kmq)	199,5	-	76,9	-	179,2	-	134,3	-	190,9
Densità 2007 (abitanti/kmq)	199,8	-	77,4	-	183,2	-	135,3	-	193,3
Densità 2008 (abitanti/kmq)	200,5	-	77,5	-	186,6	-	136,1	-	196,1
Densità 2009 (abitanti/kmq)	200,8	-	77,4	-	189,0	-	136,4	-	195,8

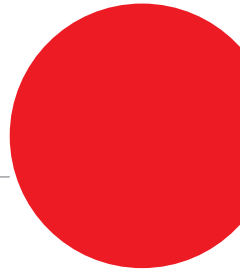
(1) Regione Emilia-Romagna - Statistiche Self Service al 1° gennaio 2010.

Graf. 1 – Densità di popolazione dei comuni del territorio ferrarese.



Graf. 2 – Variazione densità di popolazione dei comuni del territorio à ferrarese. Periodo 1/1/1988-1/1/2010.





STRUTTURA SOCIO-DEMOGRAFICA DELLA POPOLAZIONE

Struttura della popolazione

A fronte di un incremento della popolazione regionale nell'ultimo ventennio (1/1/1988-1/1/2010) pari al 12,1%, la provincia di Ferrara si caratterizza per una diminuzione della popolazione (3,1%) con notevoli differenze all'interno del suo territorio.

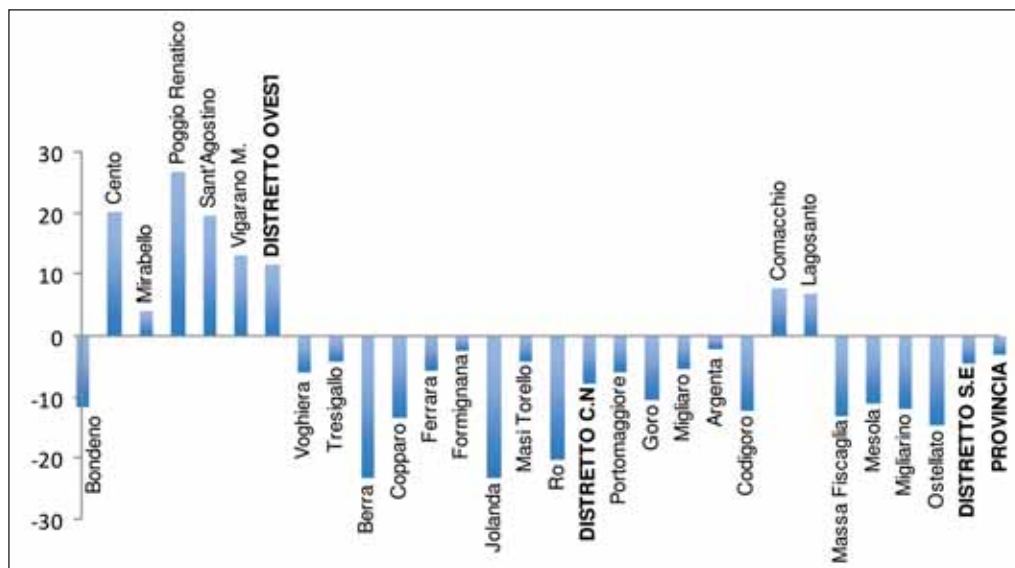
I tre distretti sanitari infatti, se considerati separatamente, presentano andamenti della popolazione residente di segno opposto.

Decrementi "importanti" si rilevano nei Distretti Centro Nord (-7,7%) e Sud Est (-4,4%), mentre l'Ovest, in controtendenza rispetto ai dati provinciali, registra un incremento di popolazione pari all'11,6% in linea con il dato regionale. Rispetto al 2007 tuttavia, il decremento del distretto Centro Nord è percentualmente diminuito, la situazione risulta stazionaria per il Sud Est e il distretto Ovest incrementa sempre più la proporzione di popolazione residente.

Tutti i comuni del Distretto Ovest contribuiscono al saldo positivo eccetto il comune di Bondeno che presenta una diminuzione di popolazione dell'11,4%.

Le realtà di Poggio Renatico, S. Agostino e Cento, dal 1987 sino all'inizio del 2010 hanno mostrato un trend in rapida e costante crescita con incrementi percentuali di popolazione residente rispettivamente del 26,8%, 19,6% e 20,3%.

Graf. 3 – Variazione percentuale popolazione residente dei comuni del territorio ferrarese. Periodo 1/1/1988-1/1/2010.



Nel distretto Centro Nord, dove il saldo negativo è consistente, nessun comune si discosta da questo andamento. Le situazioni più critiche sono rappresentate da Berra (-23,2%), Jolanda di Savoia (-23,3%) e Ro (-20,3%).

Nel distretto Sud Est due realtà fanno eccezione rispetto al saldo negativo che si registra nel ventennio considerato: i comuni di Comacchio (+7,8%) e di Lagosanto (6,9%).

Dai valori disaggregati per grandi classi di età si delinea una situazione differente tra i distretti, in particolare l'Ovest pare allontanarsi dai valori provinciali e allinearsi a quelli regionali in corrispondenza di tutti i raggruppamenti per età.

Diversa è la situazione dei distretti Centro Nord e Sud Est che presentano proporzioni che si discostano decisamente dal riferimento regionale. In particolare:

- la quota di giovani fino a 14 anni, che a livello regionale rappresenta il 13% di tutta la popolazione, nei distretti Centro Nord e Sud Est si attesta attorno al 10%,
- i giovani-adulti tra i 15 e i 39 anni, (riferimento regionale del 29,6% identico al valore che si rileva nel distretto Ovest), presentano proporzioni pari al 25,9% nel distretto Centro Nord e 27,3% nel Sud Est,
- la percentuale di adulti tra i 40 e i 64 anni varia dal 37% del Sud Est al 37,5% del Centro Nord (RER=34,9%),
- gli over 65 nei distretti Sud Est e Centro Nord, presentano quote che si discostano notevolmente dal riferimento regionale (22,5%) e che sono pari rispettivamente al 25,5% e al 26,8%. Il distretto Ovest è allineato con il dato regionale (22,4%).

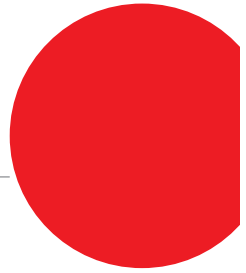
Tab. 2 – Distribuzione distrettuale della popolazione per grandi classi di età. Anno 2009⁽²⁾

	Centro Nord		Sud Est		Ovest		Azienda Usl		Regione	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0-14	17.429	9,8	10.545	10,2	9.910	12,9	37.884	10,6	564.045	13,0
15-39	46.105	25,9	28.145	27,3	22.813	29,6	97.063	27,1	1.283.569	29,6
40-64	66.611	37,5	38.105	37,0	27.116	35,2	131.832	36,8	1.515.144	34,9
65-74	23.520	13,2	13.223	12,8	8.435	10,9	45.178	12,6	479.174	11,0
75-79	9.975	5,6	5.678	5,5	3.603	4,7	19.256	5,4	197.577	4,6
80-84	7.604	4,3	3.941	3,8	2.831	3,7	14.376	4,0	157.338	3,6
85-89	4.880	2,7	2.505	2,4	1.728	2,2	9.113	2,5	98.341	2,3
90-94	1.252	0,7	646	0,6	472	0,6	2.370	0,7	30.343	0,7
95+	489	0,3	263	0,3	155	0,2	907	0,3	12.435	0,3
65+	47.720	26,8	26.256	25,5	17.224	22,4	91.200	25,5	975.208	22,5
Totale	177.865	100,0	103.051	100,0	77.063	100,0	357.979	100,0	4.337.966	100,0

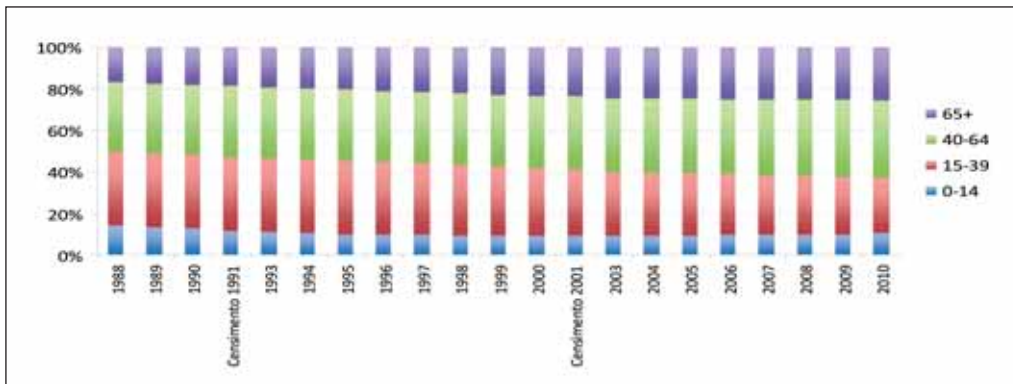
La popolazione nella zona dell'Alto ferrarese è più giovane e più dinamica con caratteristiche simili e in linea con i dati regionali.

Il tasso di natalità e l'indice di vecchiaia del Distretto Ovest ne sono un esempio. Il primo è fra i più elevati della provincia (9,79 contro 7,85 provinciale) e in linea con quello regionale (9,66), mentre il secondo è pari a 173,8 a fronte di un 240,73 provinciale (RER=172,9).

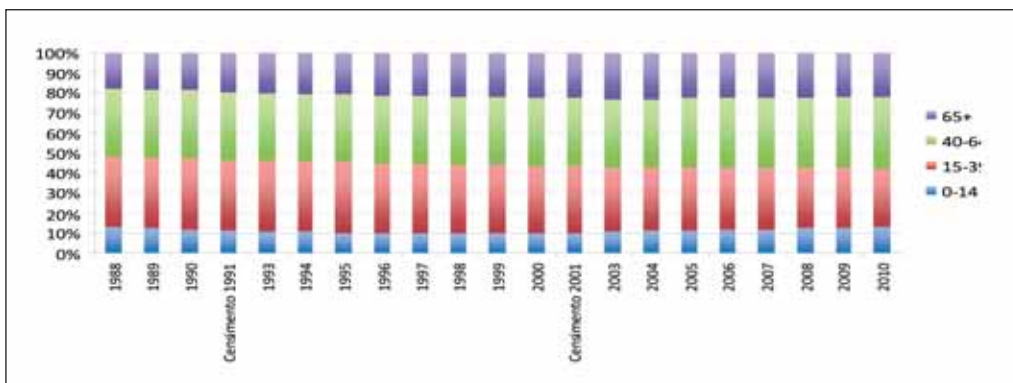
(2) Popolazione all'1/1/2009.



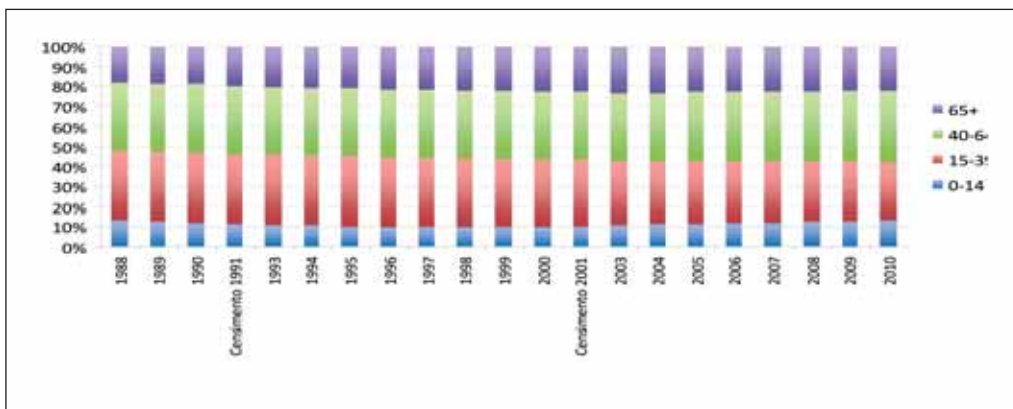
**Graf. 4 – Popolazione residente per fascia d'età.
Periodo 1/1/1988-1/1/2010. Distretto Centro Nord. Valori %.**



**Graf. 5 – Popolazione residente per fascia d'età.
Periodo 1/1/1988-1/1/2010. Distretto Sud Est. Valori %.**

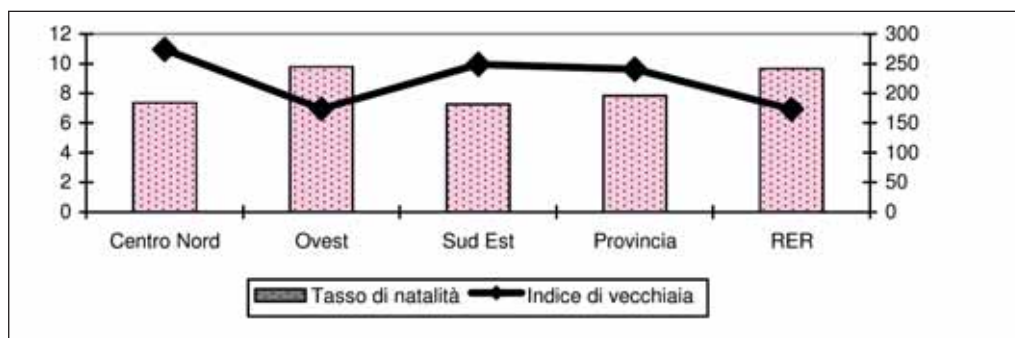


**Graf. 6 – Popolazione residente per fascia d'età.
Periodo 1/1/1988-1/1/2010. Distretto Ovest. Valori %.**



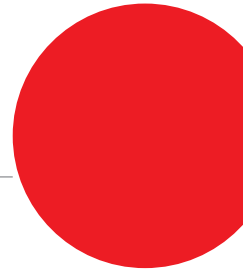
Il tasso di natalità e l'indice di vecchiaia del Distretto Centro Nord sono pari a 7,3 e 273,8 mentre nel Distretto Sud Est rispettivamente 7,2 e 249,0.

Graf. 7 – Tassi di natalità e indici di vecchiaia. Provincia di Ferrara, distretti sanitari e Regione Emilia-Romagna a confronto. Anno 2009

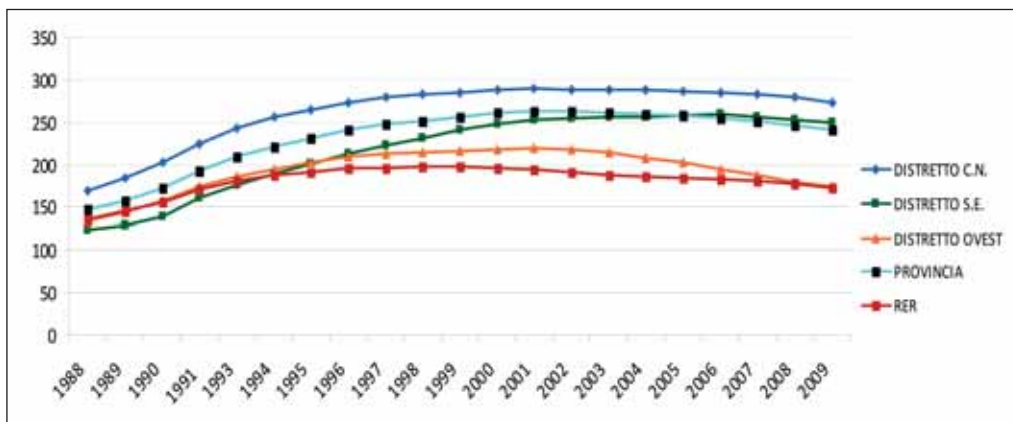


Tab. 3 – Indici di vecchiaia e tasso di natalità nei distretti sanitari e nella provincia di Ferrara. Anno 2009.

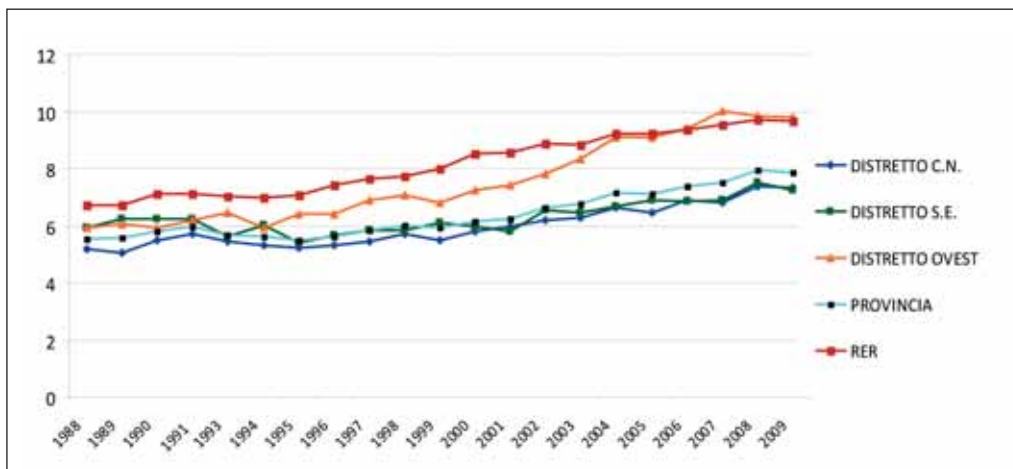
Comune di residenza	Indice di vecchiaia	Tasso di natalità
ARGENTA	245,54	6,92
CODIGORO	314,92	4,73
COMACCHIO	189,3	7,83
LAGOSANTO	226,8	6,44
MASSA FISCAGLIA	305,28	3,51
MESOLA	298,49	6,51
MIGLIARINO	265,73	8,08
OSTELLATO	293,02	6,23
PORTOMAGGIORE	267,85	10,93
GORO	216,17	8,05
MIGLIARO	269,2	9,21
DISTRETTO SUD EST	248,99	7,25
BERRA	350,21	6,31
COPPARO	316,8	6,42
FERRARA	263,87	7,67
FORMIGNANA	276,09	5,32
JOLANDA DI SAVOIA	293,07	6,65
MASI TORELLO	266,8	6,6
RO	319,54	7,26
VOGHIERA	284,79	5,9
TRESIGALLO	289,32	6,03
DISTRETTO CENTRO NORD	273,8	7,35
BONDENO	269,7	7,12
CENTO	142,38	10,96
MIRABELLO	242,98	10,59
POGGIO RENATICO	157,25	9,52
SANT'AGOSTINO	145,85	11,2
VIGARANO MAINARDA	201,19	8,46
DISTRETTO OVEST	173,8	9,79
PROVINCIA	240,73	7,85



**Graf. 8 – Indici di vecchiaia. Periodo 1/1/1988-1/1/2009.
Distretto Sanitari, Provincia e Regione Emilia-Romagna.**



**Graf. 9 – Tassi di natalità. Periodo 1/1/1988-1/1/2009.
Distretto Sanitari, Provincia e Regione Emilia-Romagna.**



Popolazione anziana

Al 1° gennaio 2010⁽³⁾ gli individui con 65 anni e oltre sono 12.085.158 e rappresentano il 20,2% della popolazione (erano 10.310.206 pari al 18,1% nel 2000). La popolazione anziana è costituita per il 58% da donne che vivono da sole più frequentemente degli uomini (37% vs 14%).

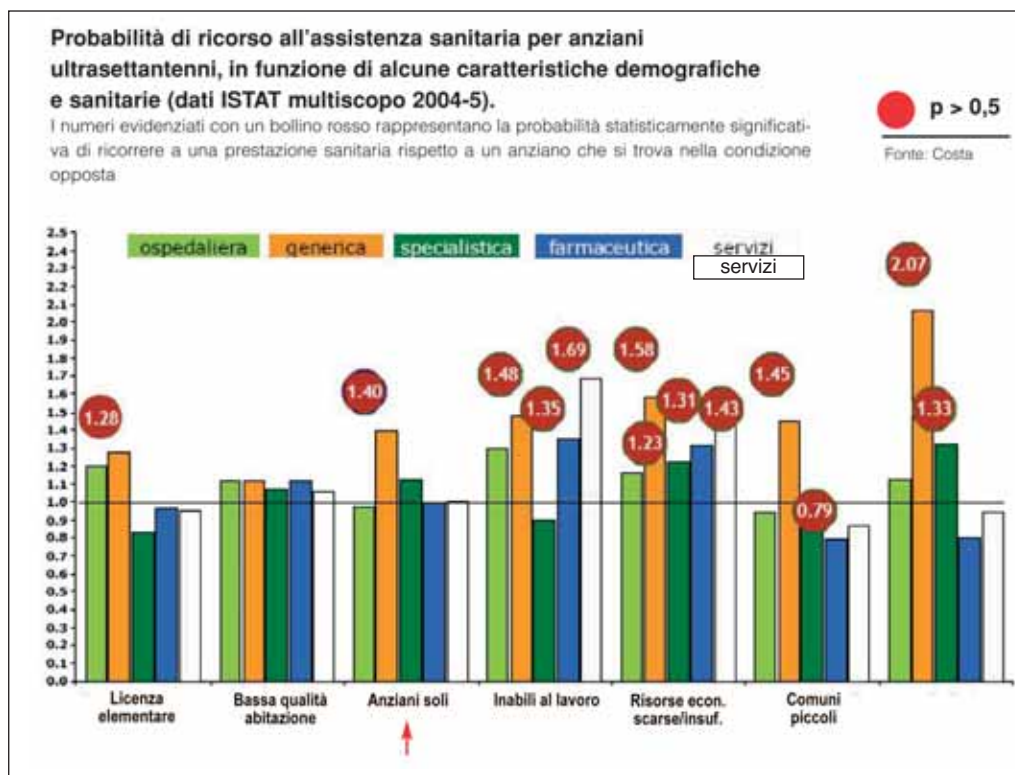
Per monitorare lo sviluppo del fenomeno e l’impatto che questo può avere anche a livello economico diversi studi e ricerche a livello nazionale negli anni, si sono concentrate sull’analisi del bisogno assistenziale dell’anziano.

(3) Fonte: Banca dati Istat.

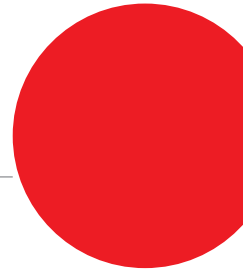
L'indagine multiscopo ISTAT del 2004-5 ad esempio, rappresenta un'interessante analisi a livello nazionale che mira a studiare il consumo dei servizi sanitari fra i maschi ultrasettantenni italiani. Vengono raffrontati i consumi sanitari (ospedalieri, generici, farmaceutici e specialistici) sulla base di alcune caratteristiche socio-demografiche, economiche, ambientali e sanitarie quali il titolo di studio, la bassa qualità dell'abitazione, l'inabilità al lavoro, avere risorse economiche scarse o insufficienti, essere soli, (categoria contrassegnata nel grafico con una freccia rossa) abitare in comuni piccoli, abitare al sud o nelle isole.

E' interessante notare come l'essere in condizione di "anziano solo", a prescindere da qualunque altra caratteristica significa un aumento del 40% di ricorso al medico di medicina generale e del 10% di ricorso alla specialistica rispetto ad un anziano che si trova nella situazione opposta.

Fig. 1 – Probabilità di ricorso all'assistenza sanitaria per anziani ultrasettantenni, in funzione di alcune caratteristiche demografiche e sanitarie (dati ISTAT multiscopo 2004-5)⁽⁴⁾.



(4) Fonte: Bilancio di Missione 2008 - Ausl di Ferrara



Un'ulteriore ricerca condotta congiuntamente tra Istituto Nazionale di Statistica e Università Cattolica del Sacro Cuore mira **a studiare la relazione tra offerta di servizi di Long Term Care (LTC) ed i bisogni assistenziali dell'anziano, considerando inoltre la presenza sul territorio di servizi alternativi, quali l'assistenza domiciliare (ADI) e i fattori demografici e socio-economici.**

L'offerta di servizi long term care è espressa dall'offerta di posti letto in strutture residenziali socio-assistenziali per anziani ed il bisogno potenziale di cure di lungo degenza della popolazione è valutato sulla base del tasso di disabilità negli anziani. Per gli scopi dell'analisi sono stati definiti tre gruppi sulla base di due indicatori: il livello di offerta da parte delle Asl di posti letto nelle istituzioni di tipo LTC e la prevalenza di persone con disabilità nella popolazione di età superiore a 65 anni. I gruppi individuati sono così composti:

- **gruppo A** costituito dalle Asl con basso livello di offerta di posti letto in LTC e alto livello di bisogni di LTC, (prevalentemente ASL del Sud)
- **gruppo B** è formato dalle Asl con alto livello di offerta di posti letto in LTC e basso livello di bisogni di LTC, (prevalentemente ASL del Nord)
- **gruppo C** è costituito dalle Aziende sanitarie che mostrano gli stessi livelli di offerta di posti letto e di bisogni di LTC, (prevalentemente ASL del Centro).

Gli indicatori⁽⁵⁾ relativi ai servizi alternativi di LTC, ai fattori demografici e socio-economici sono stati analizzati per ognuno dei tre gruppi. L'analisi per Asl permette di studiare con maggiore dettaglio le differenze emerse dall'analisi descrittiva.

Per il **gruppo A** in mancanza di servizi appropriati i bisogni hanno trovato una risposta alternativa nell'ospedale e negli aiuti informali, come evidenziato dagli alti livelli di ricoveri inappropriati all'interno e fuori della regione di residenza e dall'alta quota di anziani che hanno ricevuto aiuti gratuitamente da parte dei familiari.

Il **gruppo B** è caratterizzato dal più alto valore di servizi alternativi quali: la quota di anziani in assistenza domiciliare socio-assistenziale, i ricoveri in lungodegenza nella regione di residenza, la quota di utenti assistiti in ADI ed il numero di beneficiari dei contributi socio-sanitari. Inoltre, sebbene si osservi un maggior numero di anziani che vive solo, si assiste anche ad un più basso numero di anziani con un bisogno insoddisfatto di cure domiciliari.

Il **gruppo C** è caratterizzato dalla presenza di una ampia rete informale e una quota maggiore di utenti anziani nei centri diurni e di assistenza privata a pagamento.

(5) Quasi tutti gli indicatori utilizzati per lo studio sono stati calcolati ponendo al denominatore la popolazione di 65 anni e più reperita dalle indagini POSAS o Multiscopo. La rilevazione POSAS, avviata l'1/1/1993 richiede a ciascun Comune di trasmettere all'Istat la distribuzione per sesso, anno di nascita e stato civile della popolazione iscritta in Anagrafe. La rilevazione costituisce un'importante fonte informativa sulla struttura demografica della popolazione a livello comunale, che, prima del suo avvio, risultava disponibile solamente in occasione del Censimento.

**Tab. 4 – Indicatori per gruppi di Aziende Sanitarie - Anno 2004
(tassi per 10 mila abitanti).**

Variabili di contesto	1° Gruppo	2° Gruppo	3° Gruppo	Medie Totali	Significatività*
Bisogno non soddisfatto di Assistenza Domiciliare	2.148,1	976,0	1.312,5	1.482,9	S
Vivere solo	2.575,6	2.850,9	2.476,0	2.671,9	S
Risorse giudicate scarse	3.699,9	3.534,9	3.614,3	3.612,8	NS
Classe sociale bassa	5.203,6	4.997,7	4.656,0	5.003,5	S
Titolo studio basso	8.848,3	8.595,4	8.695,3	8.711,0	S
Percezione proprio stato di salute	2.459,0	1.685,0	2.060,3	2.051,9	S
Aiuto di amici, vicini e parenti	1.720,4	1.620,9	1.736,0	1.683,1	NS
Aiuti ricevuti	1.971,4	1.752,5	1.831,7	1.853,1	S
Assistenza privata	305,8	220,0	315,1	272,1	S
Spesa comunale servizi alternativi**	29,5	76,5	30,7	49,8	S
Utenti assistenza domiciliare socio-assistenziale	174,1	185,0	140,1	171,6	NS
Beneficiari contributi socio-sanitari	23,6	131,4	30,6	71,2	S
Utenti centro diurni	77,6	76,5	149,4	91,6	S
Ricoveri inappropriati nella Regione	563,1	391,3	382,6	453,6	S
Ricoveri inappropriati fuori Regione	45,9	15,6	27,9	29,5	S
Ricoveri lungo-degenza nella Regione	70,0	121,0	94,5	96,8	S
Ricoveri lungo-degenza fuori Regione	9,8	6,0	8,1	7,8	S
ADI	208,9	376,7	324,6	304,2	S
Anziani 80 anni e più	459,2	527,1	583,4	513,7	S

(*) Test dell'Anova per il confronto tra le medie dei tre gruppi di Asl (S = significativo; NS = non significativo).

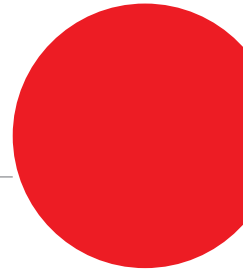
(**) Valori procapite.

Passando ad analizzare la popolazione anziana ospite dei presidi residenziali socio-assistenziali si evidenzia un aumento negli ultimi anni degli anziani non autosufficienti ospiti delle strutture residenziali e la corrispondente diminuzione degli ospiti autosufficienti (Figura 2). Si è assistito, inoltre, all'aumento di strutture con elevati livelli di integrazione socio-sanitaria, come le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), mentre sono diminuite di anno in anno le strutture per anziani autosufficienti.

La percentuale di anziani istituzionalizzati di 80 anni e più è aumentata dal 63% nel 1999 al 70% nel 2004. Si osserva anche un aumento di anziani tra gli utenti in ADI pari al 68% nel periodo analizzato (da 186.222 a 314.122).

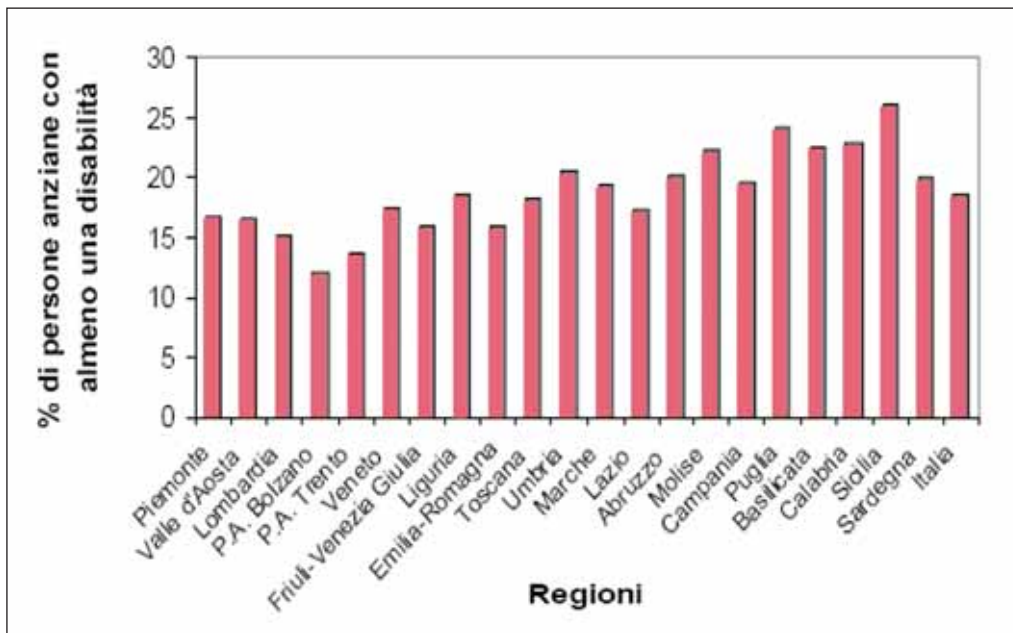
All'interno delle ripartizioni territoriali, emerge una discreta variabilità, sia a livello regionale che provinciale. Al Nord i valori regionali dei posti letto sono sempre superiori alla media nazionale (221 posti letto per 10,000 anziani): il valore più alto si ha nella Provincia Autonoma di Trento (525) seguita dalla Valle D'Aosta e dal Piemonte con più di 400 posti letto, mentre il valore più basso si registra in Emilia Romagna (261). Al Centro i valori sono sempre al di sotto della media nazionale, ad esclusione delle Marche (225). Al Sud si va da un minimo di 53 posti letto in Campania ad un massimo di 178 in Molise.

Gli anziani trattati a casa sono circa 313.000, pari a 278 ogni 10.000 residenti di 65 anni e più. Si osserva un'alta variabilità a livello nazionale: si passa da nes-



sun assistito in ADI nella Provincia Autonoma di Trento a 484 ogni 10,000 residenti di 65 anni e più in Emilia Romagna.
I tassi di prevalenza della disabilità sono più elevati tra le donne (22% vs 13% degli uomini) con un gradiente Nord-Sud.

Graf. 10 – Prevalenza della disabilità per regione. Anno 2004.



Fonte: Indagine Multiscopo. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Istat.

L'attività di assistenza dell'anziano nella vita di tutti i giorni è spesso demandata alla rete informale che supporta le persone in condizioni di bisogno. In particolare il 18% delle famiglie con almeno una persona anziana riceve aiuti da parenti non conviventi.

Il ricorso ad una assistenza a pagamento da parte delle famiglie con almeno una persona anziana è molto bassa, con valori che si aggirano intorno al 3%.

L'Oldest Support Ratio (OSR)

Fino a oggi la forte solidarietà intra-generazionale ha garantito un'assistenza informale da parte delle generazioni più giovani nei confronti di quelle anziane più fragili.

La dinamica demografica sembra metter in discussione questo modello di assistenza informale. Un recente tentativo di misurazione del fenomeno è stata offerta dal lavoro di Robin et al. (2007) che misurano per un significativo campione di paesi il cosiddetto Oldest Support Ratio (OSR), definito come rapporto tra la

popolazione appartenente alla classe 50-74 anni e la classe over-85. Partendo dal presupposto che gli anziani siano assistiti dai figli, in particolare dalle figlie, la ratio dell'indice è quella di fornire informazioni sul numero di persone potenzialmente in grado di garantire cure informali per ciascuna persona over-85. L'OSR misura il numero di individui potenzialmente in grado di assistere una persona di età superiore agli 84 anni, implicitamente considerata non autosufficiente⁽⁶⁾.

Osservando i rapporti con riferimento agli anni 1995, 2000, 2005 e 2009 si nota che il valore del rapporto a livello distrettuale, provinciale e regionale decresce progressivamente.

Sapendo a priori che la popolazione nella fascia d'età 50-74 negli anni ha subito un decremento contrariamente a quanto è avvenuto per la popolazione over 85 che è andata progressivamente aumentando, la diminuzione del rapporto OSR nel tempo mette in luce una riduzione dei soggetti (caregiver) sostanzialmente in grado di assistere anziani di età over 85.

In particolare l'anno 2009 mostra i valori minimi storici dell'OSR raggiunti fino ad ora sia a livello regionale che provinciale.

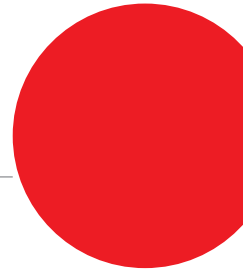
Il distretto Sud Est con un valore del rapporto prossimo a 9 rappresenta la realtà territoriale dove è minore la proporzione di caregiver.

Tab. 5 – Oldest Support Ratio (OSR). Distretti sanitari, Provincia e Regione Emilia-Romagna. Anni 1995-2000-2005-2009

	Sud Est	Centro Nord	Ovest	Provincia	Regione
Anno 1995	17,4	17,4	15,2	16,9	14,9
Anno 2000	12,3	12,0	11,6	12,1	10,8
Anno 2005	13,0	12,7	12,8	12,8	11,5
Anno 2009	10,3	9,3	9,9	9,7	9,2

In realtà, la presenza di donne è preponderante tra coloro che si fanno direttamente carico di persone molto anziane: molti caregiver hanno legami familiari con l'anziano assistito e in particolare si tratta della consorte/partner dell'anziano o della figlia. In questo senso, un utile esercizio è calcolare l'OSR inserendo tra la popolazione 50-74 anni solo le donne. L'Oldest Support Ratio così calcolato si attesta per tutte le realtà territoriali attorno a 5 donne caregiver ogni anziano over 85.

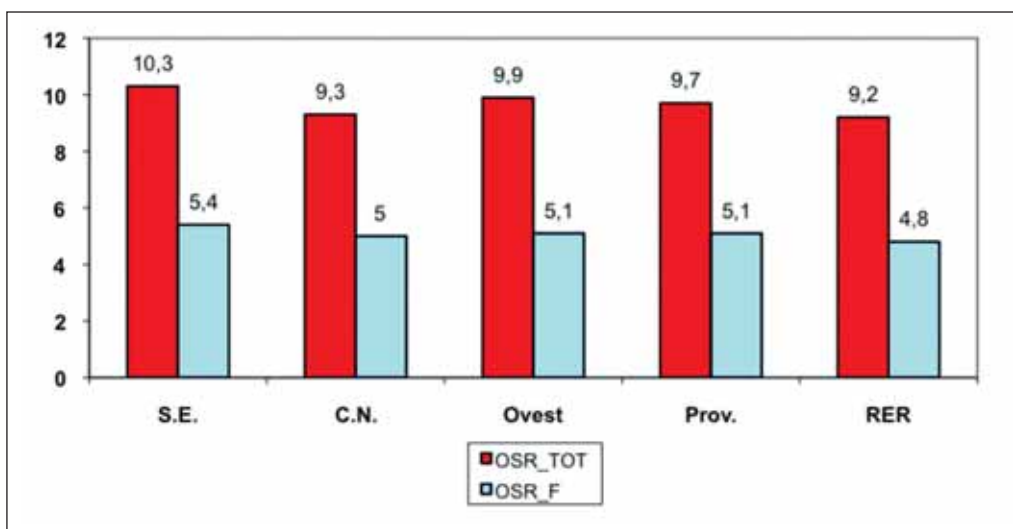
(6) "L'assistenza sanitaria agli anziani non autosufficienti in Italia: un problema intergenerazionale?" di C. Di Novi e R. Zanola. Università del Piemonte Orientale, Dipartimento di Politiche Pubbliche e Scelte Collettive, C.E.Rc.A. Centro di Economia e RiCerca Applicata, Alessandria.



**Tab. 6 – Oldest Support Ratio Donne (OSR donne).
Distretti sanitari, Provincia e Regione Emilia-Romagna.
Anni 1995-2000-2005-2009**

	Sud Est	Centro Nord	Ovest	Provincia	Regione
Anno 1995	9,1	9,5	8,1	9,1	7,9
Anno 2000	6,3	6,7	6,1	6,4	5,7
Anno 2005	6,8	6,8	6,7	6,8	6,0
Anno 2009	5,4	5,0	5,1	5,1	4,8

**Graf. 11 – Confronto tra differenti definizioni di OSR (Anno 2009).
Distretti sanitari, Provincia e Regione Emilia-Romagna.**



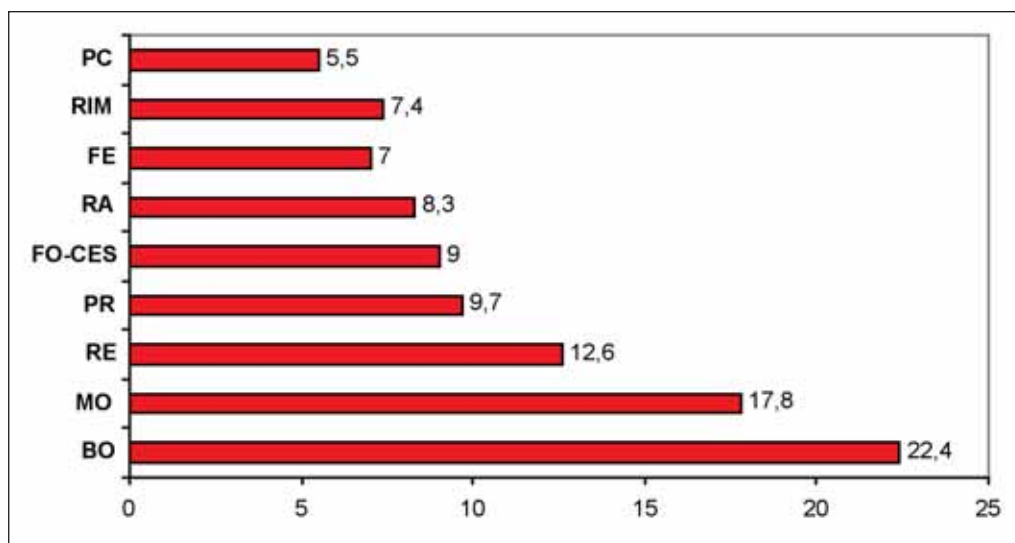
Analisi della natalità: andamento dei parti, residenza delle madri e loro cittadinanza

Nella provincia di Ferrara sono presenti tre strutture sanitarie pubbliche con reparto di maternità: due appartengono all’Azienda Usl (Ospedale del Delta – distretto Sud Est e Ospedale di Cento – distretto Ovest) e una è dell’Azienda Ospedaliera (Arcispedale S. Anna situato nel comune di Ferrara).

Osservando la distribuzione dei parti per l’anno 2009⁽⁷⁾ tra tutte le province della regione, Ferrara si posiziona con Rimini al penultimo posto (ultima è Piacenza) con il 7% di parti.

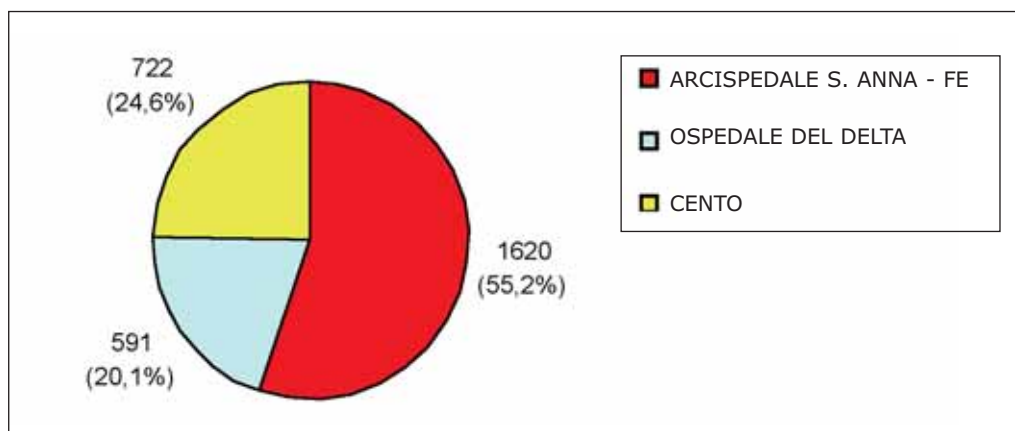
(7) Fonte: Regione Emilia-Romagna. Banca dati CedAP. 2009.

Graf. 12 – Distribuzione dei parti per punto nascita in Regione Emilia-Romagna. Valori %. Anno 2009.



All'interno dell'Azienda Usl di Ferrara, i parti presso l'Ospedale di Cento rappresentano il 24,6%, quelli presso l'Ospedale del Delta il 20,2%, mentre nell'Azienda Ospedaliera di Ferrara la percentuale è pari al 55,2%.

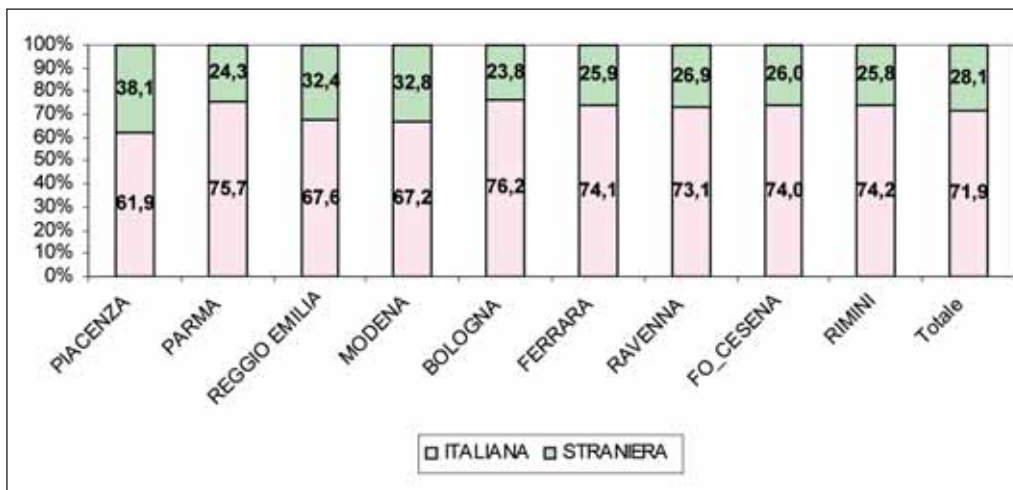
Graf. 13 – Distribuzione dei parti per punto nascita in Provincia di Ferrara. Valori %. Anno 2009.



Analizzando la distribuzione delle partorienti per cittadinanza il dato regionale mostra un 71,9% di madri italiane a fronte di un 28,1% di madri straniere. La provincia di Ferrara presenta un dato in linea con quello regionale anche se con una proporzione leggermente superiore di partorienti italiane (74,1%).



Graf. 14 – Distribuzione delle partorienti per cittadinanza in Regione Emilia-Romagna. Valori %. Anno 2009.



Popolazione straniera

In provincia di Ferrara emerge una situazione di continua crescita delle presenze di cittadini immigrati. Considerando soltanto gli anni dal 2005 al 2009, la provincia di Ferrara è quella che, nel contesto regionale, ha fatto registrare un incremento degli stranieri residenti più che doppio (+117,3%) a fronte di un aumento regionale del 79,9%.

Nonostante la crescita sostenuta degli ultimi anni, la provincia rimane sempre all'ultimo posto nella graduatoria regionale per la proporzione di stranieri residenti sul totale della popolazione, con un'incidenza percentuale ancora molto inferiore al dato regionale (6,1% contro 9,7%)⁽⁸⁾.

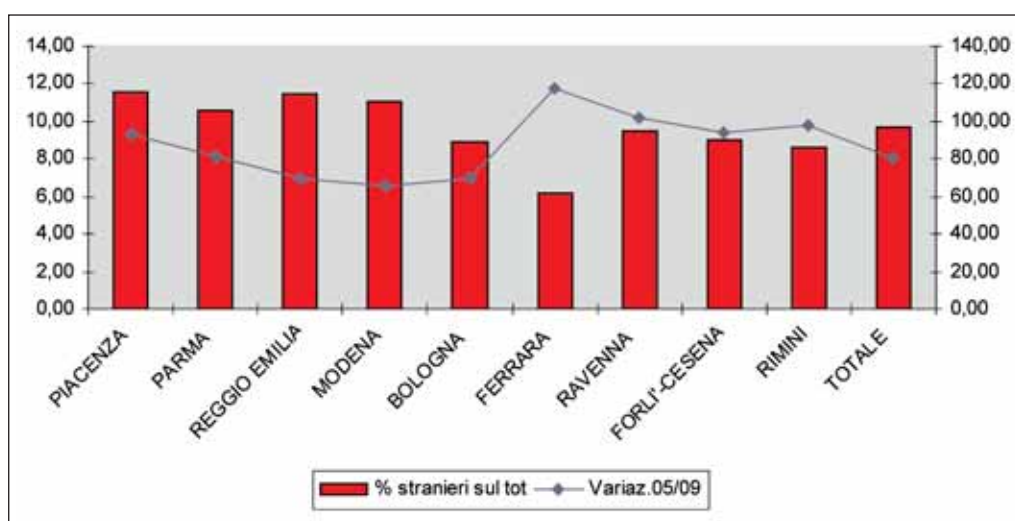
Inoltre, il trend di crescita delle presenze straniere in provincia di Ferrara appare in calo se si confronta il dato del 2008 con quello del 2009. Nel 2009 i residenti stranieri sono aumentati di 2.552 unità (3.127 nel 2008), passando da 21.985 a 24.537 (+ 11,6%), mentre tra il 2007 e il 2008 il numero dei residenti stranieri è passato dalle 18.858 alle 21.985 unità (+ 16,6%).

Il rallentamento rilevato tra il 2008 e il 2009 è certamente legato ad almeno quattro variabili: la scelta del Governo di non emanare alcun decreto flussi per lavoro a tempo indeterminato nel corso 2009; la scarsa incidenza del decreto 102/09 di "regolarizzazione" delle domestiche e delle assistenti familiari (considerato che la maggior parte delle domande di emersione saranno esaminate nel corso del 2010); la diminuzione delle opportunità di lavoro e, quindi, della forza attrattiva del mercato del lavoro italiano, stante la crisi economica in atto; la

(8) Regione Emilia-Romagna. Statistiche Self Service. Dati al 1/1/2009.

minor disponibilità di reddito di molti stranieri che, probabilmente, ha rallentato i processi di ricongiungimento familiare (considerate le difficoltà occupazionali emerse nella seconda metà del 2008 e nel 2009)⁽⁹⁾.

Graf. 15 – Variazione percentuale 2005-2009 degli stranieri residenti e proporzione di stranieri sul totale della popolazione residente. Anno 2009, province della Regione Emilia-Romagna.

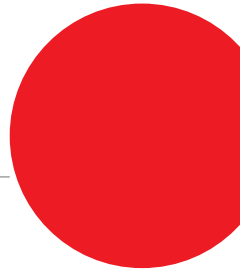


Nel periodo 2005-2009, l'incremento degli stranieri residenti nei singoli comuni della provincia non è stato omogeneo e presenta marcate differenze tra i singoli comuni.

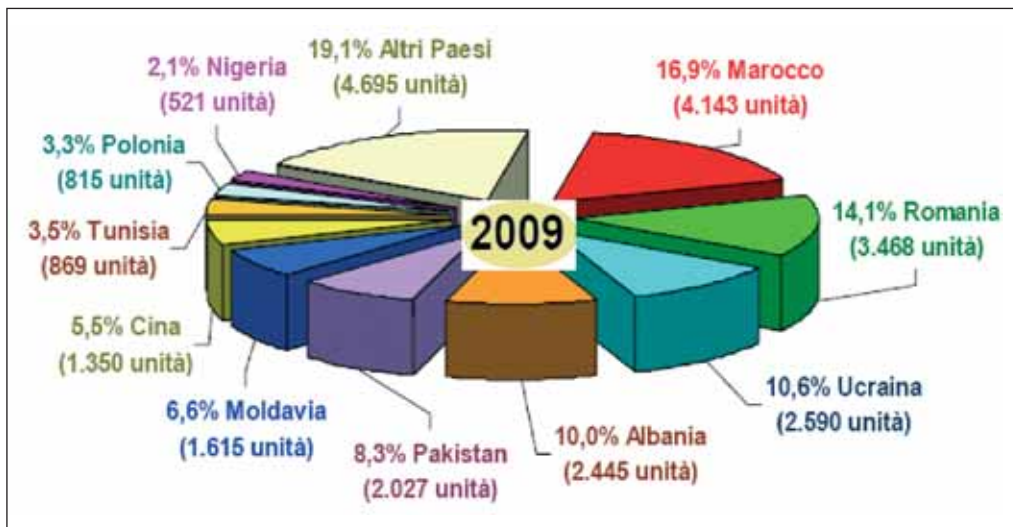
L'incremento è stato particolarmente elevato per il *Distretto Ovest* (+109%). La popolazione straniera è aumentata nei comuni di Poggio Renatico e Cento (rispettivamente +160,1% e +113,3%). L'incremento è stato significativo anche nel *Distretto Sud-Est*: +84,8%, in modo particolare per i comuni di Lagosanto (+276,3%) e Massafiscaglia (156,4%). Nel *Distretto Centro-Nord* (+92,3%), soltanto alcuni comuni, tra cui quello di Jolanda di Savoia (+191,3%), Masi Torello (+170,0%) e Tresigallo (+125%) hanno fatto registrare incrementi di rilievo.

Nel 2009, la comunità straniera numericamente più presente sul territorio provinciale è quella marocchina (17,4%) seguita da quella ucraina (10%).

(9) Osservatorio sull'immigrazione della provincia di Ferrara. Rapporto 2010. Dati al 31/12/2009. Provincia di Ferrara.



Graf. 16 – Provincia di Ferrara. Stranieri residenti primi 10 Paesi.
Anno 2009⁽¹⁰⁾



Distretto Centro-Nord

Anche durante tutto il 2009 sono state le comunità ucraina e moldova che numericamente hanno dominato il territorio distrettuale. La prima, con 1485 unità (15,1% del totale della popolazione straniera residente), seguita dalla seconda con 858 unità (8,7%) quasi esclusivamente formate da una componente femminile soprattutto concentrata nella città di Ferrara e occupata come personale domestico e di cura. Il comune con la percentuale maggiore di stranieri residenti over 65 anni è Jolanda di Savoia (5,67%).

Distretto Ovest

Il Distretto Ovest offre una diversa attrattiva in termini lavorativi ed è in grado di attirare lavoro legato non solo ad attività domestiche e di cura, ma anche manifatturiero e agricolo, soprattutto di qualifica medio-bassa. Si registra la presenza massiccia della comunità marocchina, che ricopre il 29,7% degli stranieri residenti (1868 unità), seguita da quella albanese (732 unità pari all'11,6%). Vigarano Mainarda è il comune con la percentuale maggiore di stranieri residenti over 65 anni (4,71%).

Distretto Sud-Est

Il Distretto Sud-Est, analogamente a quanto avviene nel distretto Ovest, rappresenta un territorio in grado di richiamare lavoro, soprattutto in agricoltura e in edilizia, di qualifica medio-bassa; ciò si riflette in modo evidente sulle comunità presenti e di conseguenza anche sul genere prevalente in tali comunità. Una

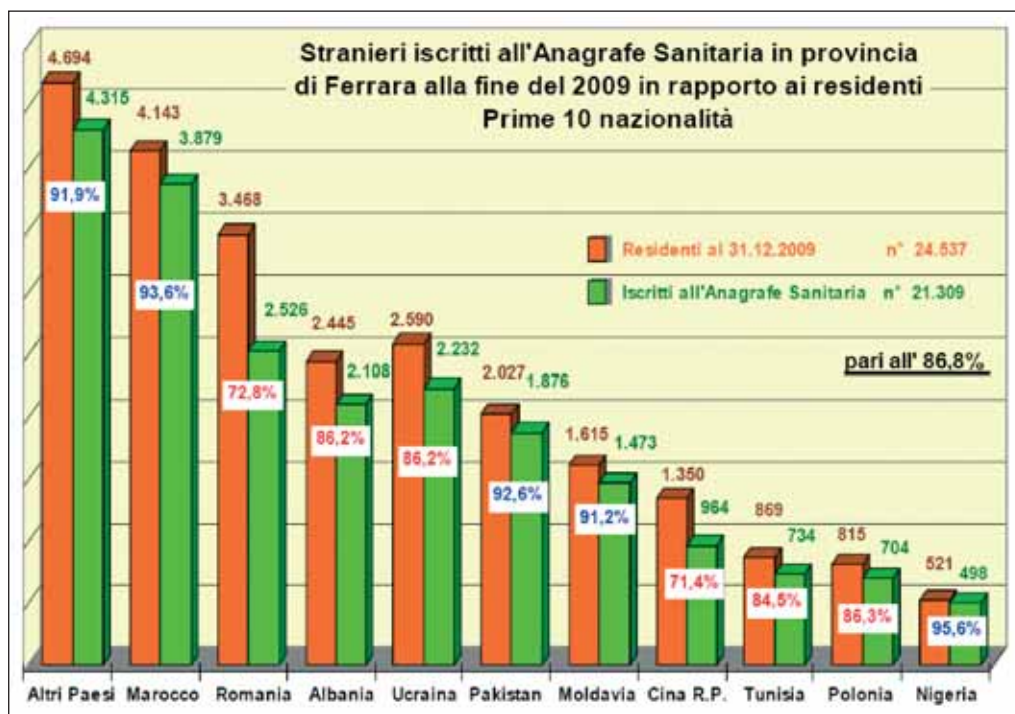
(10) Fonte: Uffici Anagrafe dei comuni ferraresi. Osservatorio sull'immigrazione della provincia di Ferrara. Rapporto 2010. Dati al 31/12/2009. Provincia di Ferrara.

peculiarità del distretto è quella di avere due comunità "forti": quella marocchina (19,5% del totale) prevalentemente nel comune di Argenta e quella pakistana (14,7%) soprattutto nel comune di Portomaggiore. Nel distretto nessun comune presenta elevate percentuali di stranieri residenti over 65 anni (analogamente a quanto avviene negli altri due distretti a Vigarano Mainarda e Jolanda di Savoia). Inoltre in due località quali Goro e Migliaro la medesima percentuale risulta nulla.

Il ricorso ai servizi sanitari pubblici

I dati sugli iscritti stranieri all'anagrafe sanitaria rispetto ai residenti stranieri, evidenziano una leggera espansione della tutela, con 21.309 iscritti su 24.537 residenti (86,8%). Se si osservano i Paesi di origine permangono situazioni di "bassa copertura" sanitaria, in rapporto ai residenti, nel caso dei cinesi (solo il 71,4% dei residenti risulta iscritto) e dei rumeni (solo il 72,8% dei residenti risulta iscritto), mentre la "copertura" si presenta elevata nel caso dei nigeriani (95,6%), dei marocchini (93,6%) e dei pakistani (92,6%)⁽¹¹⁾.

Graf. 17 – Stranieri iscritti all'Anagrafe Sanitaria in provincia di Ferrara alla fine del 2009 in rapporto ai residenti. Prime 10 nazionalità.



(11) Osservatorio sull'immigrazione della provincia di Ferrara. Rapporto 2010. Dati al 31/12/2009. Provincia di Ferrara.



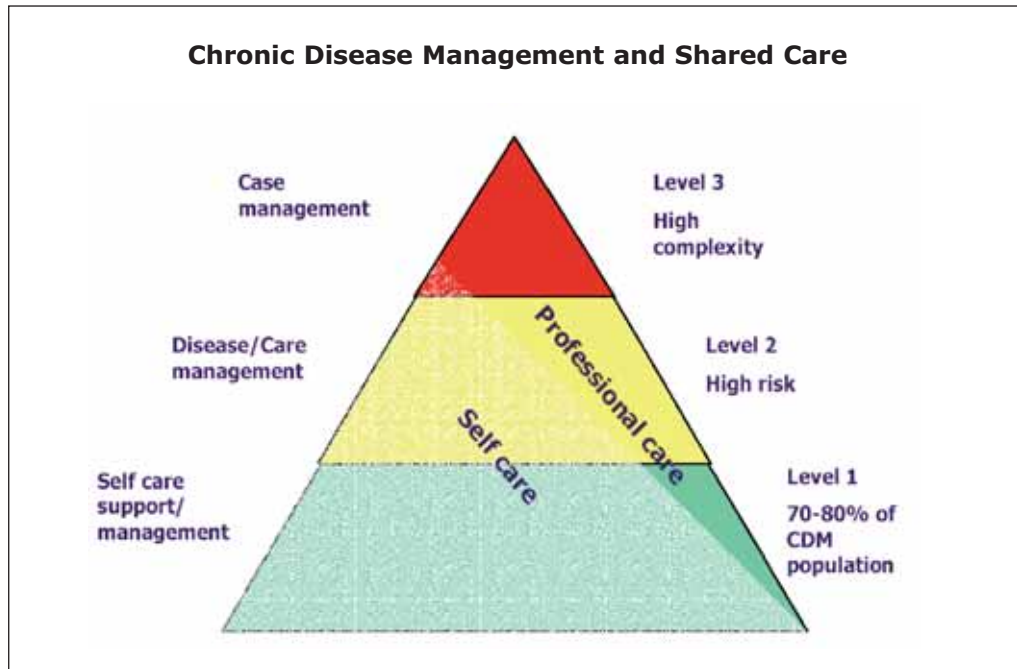
L'assistenza alle persone non autosufficienti: un percorso di lettura dei dati di attività basato sul modello per la gestione della cronicità

- **ALBERTO TINARELLI**
Direttore Distretto Ovest
- **MARIA CHIARA TASSINARI**
Direttore Distretto Centro Nord
- **ELENA CANOSSA**
Sociologa, Ufficio di Piano Distretto Ovest
- I dati contenuti nell'articolo sono stati elaborati da **Gabriella Antolini, Daniel Bigoni, Elena Canossa e Alessandra Galletti.**

Il modello di assistenza promosso dalla Regione Emilia Romagna a favore della popolazione non autosufficiente si basa sulla personalizzazione dei percorsi assistenziali, e afferma la necessità di rivalutare nel tempo i piani di cura, per adeguarli progressivamente alle condizioni degli assistiti. La scelta di privilegiare la domiciliarità, cioè la cura delle persone nel proprio ambiente di vita fino a quando questo sia possibile, impegna i servizi territoriali a intraprendere percorsi di cura integrati che favoriscono la "presa in carico globale" delle persone, portatrici di patologie croniche stabilizzate o a rischio di aggravamento.

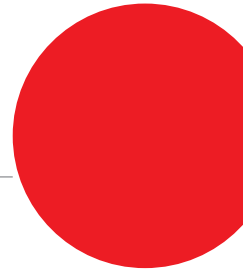
La definizione di "non autosufficiente" comprende persone che presentano bisogni eterogenei che si possono affrontare attraverso una gamma di risposte molto variegata per tipologia, finalità e professionalità degli operatori sociali e sanitari coinvolti. Si tratta quindi di una modalità operativa complessa che per essere adeguatamente interpretata e analizzata ha bisogno di una visione sistemica adeguata. Per questo si è scelto di prendere a riferimento il modello adottato da Kaiser Permanente per la gestione delle patologie croniche, riconosciuto in letteratura come un valido riferimento di valore internazionale. Fondato in California nel 1945, il Kaiser Permanente è una tra le maggiori organizzazioni no profit americane impegnate nell'assistenza sanitaria e sociosanitaria e da anni applica il Chronic Care Model (CCM), associando agli utenti collocati nelle diverse fasce di rischio dei pattern generali di consumo.

Figura 1 – Adattamento del Risk stratification del Kaiser Permanente



Agli individui collocati al vertice del triangolo del rischio sono associate condizioni di non autosufficienza che, indipendentemente dalla loro causa eziologica, comportano nella persona una completa perdita di autonomia. Si rendono necessari interventi professionali e solo una parte residuale viene gestita al di fuori dell'intervento istituzionale. In quest'area si collocano i progetti di **"Case management"**, composti prevalentemente da interventi specialistici continuativi e di percorsi socio sanitari domiciliari o assistenziali di medio-alta complessità. Nel nostro contesto di analisi essi rappresentano l'ambito di intervento specifico del Fondo per la Non Autosufficienza e l'oggetto di analisi principale di questa parte del rapporto 2010.

Nella fascia intermedia, dove si collocano gli utenti in condizioni croniche non stabilizzate o ad elevato rischio di aggravamento, i percorsi di **"Care management"** sono ricondotti a specifiche patologie, rendendone possibile l'analisi attraverso schemi di lettura orientati ad analizzare l'integrazione socio sanitaria. In questo contesto sono situati, per esempio, gli interventi di professional care effettuati nei confronti di pazienti affetti da patologie demetigene, diabete, scompenso cardiaco, patologie vascolari croniche, insufficienza renale cronica, o altre patologie che per la significativa e crescente prevalenza tra la popolazione, in particolare in quella anziana, possono costituire oggetto di analisi specifiche. In questa sezione l'area dell'auto cura è più ampia di quella a carico dell'intervento professionale in quanto a esso complementare e di sostegno.



Alla base del triangolo sono collocate le persone con patologie croniche in fase di sostanziale equilibrio, che consente di gestire autonomamente la propria malattia attraverso il ricorso a interventi professionali di natura sociale e sanitaria e, in maggior misura con interventi non specialistici a supporto del "self care". In questo senso si può considerare che in questa sezione abbia una notevole importanza tutto il lavoro di prevenzione selettiva che sta alla base del mantenimento di comportamenti e stili di vita adeguati in grado di rallentare, ritardare o bloccare l'eventuale progressivo aggravamento della malattia invalidante. Secondo i dati di letteratura, si stima che circa il 70 – 80% della popolazione presenti una qualche forma di cronicità, e di questa una componente importante è costituito da persone ultra75enni in condizione di "fragilità" sanitaria e/o sociale. Per essi sono attivi progetti specifici, che forniscono un importante supporto per la gestione domiciliare delle situazioni di bisogno e rappresentano oggetto specifico della programmazione distrettuale.

Il tentativo di utilizzare il modello teorico ricostruendolo con i dati in possesso dei distretti, deriva dalla necessità di disporre di una modalità di analisi che consenta di verificare l'equilibrio del sistema e le linee di sviluppo oltre alle correzioni da attuare per mantenere un giusto equilibrio fra interventi professionali, prevenzione secondaria e self care. In tutto questo un ulteriore apporto alla complessità del problema da affrontare è dato dalla difficoltà che a volte si manifesta nell'integrare in modo efficace i servizi sanitari con quelli sociali.

In realtà il tema dell'integrazione fra sociale e sanitario rappresenta un'opportunità anche sul piano professionale perché il bisogno di salute espresso dalle persone in condizioni di non autosufficienza risulta di fatto essere inscindibile per chi riceve le prestazioni, sociali o sanitarie che siano. In questo senso il significato che assume il termine integrazione si deve orientare verso la realizzazione di nuovi prodotti assistenziali che non sono costituiti solo da prestazioni diverse e susseguenti, ma costituiscono un sistema che si prende cura della persona nella sua totalità.

In tal senso una lettura sistemica delle attività sociali e sanitarie consente di interpretare compiutamente le dinamiche dell'assistenza e rappresenta un supporto strategico per la governance dei servizi distrettuali. Per questo il Distretto Ovest ha realizzato nel corso del 2009 e del 2010 uno studio specifico, che riguarda i servizi sociosanitari rivolti alla popolazione anziana.

Alla base dello studio c'è l'esigenza di rappresentare la complessità che è sottesa alla condizione di non autosufficienza e di descrivere le modalità adottate dai servizi sociali e sanitari per gestire i bisogni di cura connessi alla disabilità. Nelle pagine seguenti ci si concentrerà sulla popolazione anziana che si è rivolta ai servizi del distretto Ovest e in particolare sulle persone che, riprendendo la stratificazione del Kaiser Permanente, richiedono un elevato impegno assistenziale e l'attivazione di progetti di **Case management**. Dopo averne delineato le principali caratteristiche socio demografiche, si presta attenzione ai loro percorsi di presa in carico, focalizzando l'interesse sugli aspetti riconducibili all'integrazione

tra componente sociale e sanitaria, al bilanciamento tra servizi domiciliari e residenziali e alle risorse sanitarie e sociosanitarie impegnate.

Il campione di riferimento è costituito da 696 persone anziane, o portatrici di patologie correlate all'età senile, che hanno usufruito dei servizi sanitari e socio-sanitari nel corso del 2009. Nello specifico comprende tutti gli ultra65enni non autosufficienti assistiti con interventi domiciliari (centro diurno, assegni di cura, ricoveri di sollievo, Servizio di Assistenza Domiciliare, pasti e accompagnamenti) o residenziali (Casa Protetta e RSA) e include 199 anziani assistiti dal servizio Assistenza Domiciliare Integrata⁽¹⁾ (ADI) con interventi domiciliari integrati. Sono state invece escluse le persone in carico all'ADI che non hanno usufruito di interventi di natura sociale o sociosanitaria.

Il campione così composto comprende la quasi totalità dei cittadini certificati non autosufficienti dall'Unità di Valutazione Geriatrica e riunisce i fruitori della grande maggioranza dei servizi sociosanitari dedicati alla popolazione anziana. Il campione pare quindi in grado di fornire indicazioni attendibili rispetto alla dimensione e alle caratteristiche della domanda di assistenza degli anziani non autosufficienti soddisfatta in ambito distrettuale.

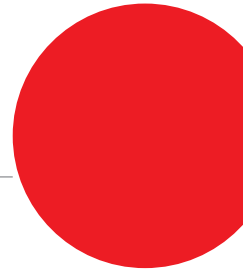
La "domanda" viene descritta nella successiva Tabella 1 facendo riferimento alle caratteristiche anagrafiche e al genere degli assistiti.

Tab. 1 – Assistiti nel distretto Ovest anno 2009.
Valori assoluti e percentuali sul totale degli assistiti

Fasce di età	Maschi		Femmine		Totale assistiti	
	N	%	N	%	N	%
< 65anni	9	(1%)	6	(1%)	15	(2%)
65-74anni	36	(5%)	42	(6%)	78	(11%)
75-79 anni	35	(5%)	66	(9%)	101	(15%)
80-84 anni	56	(8%)	134	(19%)	190	(27%)
85-89 anni	30	(4%)	148	(21%)	178	(26%)
90-94anni	13	(2%)	67	(10%)	80	(11%)
95anni+	6	(1%)	48	(7%)	54	(8%)
Totale	185	(27%)	511	(73%)	696	(100%)

Gli ottantenni rappresentano oltre la metà degli utenti dei servizi (il 51%, pari a 268 persone) mentre tra i settantenni la condizione di non autosufficienza interessa una percentuale molto inferiore di cittadini, pur rappresentando una quota importante di popolazione residente.

(1) Sono escluse le prestazioni occasionali e del volontariato.



Anche il tasso di disabilità relativamente basso dei "giovani anziani" esercita una forte pressione sui servizi, in particolare su quelli domiciliari (come indicato nella successiva Tabella 5). Il restante 19% è costituito dai novantenni, tra i quali è preponderante la componente femminile. In generale la presenza delle donne è predominante in tutte le classi di età, in ragione della loro maggiore aspettativa di vita e al contempo dell'indebolimento dei supporti forniti dal nucleo familiare. Il ruolo attivo di supporto che spesso è a loro carico viene meno nel momento in cui loro stesse si trovano in situazioni di difficoltà.

A partire da queste considerazioni si ritiene utile monitorare la domanda di assistenza attraverso l'analisi dei **tassi di utilizzo dei servizi** distrettuali. Questo indicatore, che rapporta il numero di assistiti alla popolazione residente, esprime in maniera sintetica la dimensione della domanda distrettuale e quantifica il numero delle persone non autosufficienti assistite dai servizi sociosanitari a fronte di 100 cittadini residenti di pari età. Si rende così possibile valutare gli andamenti della domanda nel tempo e fare comparazioni tra ambiti territoriali che hanno diverse strutture di popolazioni.

I valori indicati nel grafico e nella tabella successivi, per esempio, attestano che i servizi distrettuali hanno mantenuto i livelli di risposta dell'anno precedente, anche a fronte di un incremento del 2,2% degli anziani residenti.

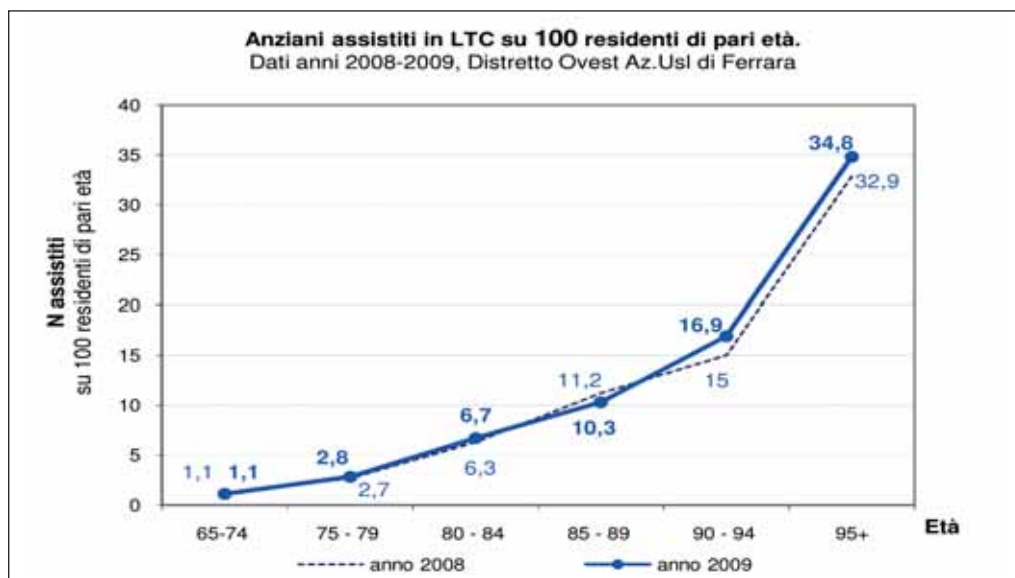
**Tab. 2 – Tasso di copertura dei servizi distrettuali.
Variazioni negli anni 2008 e 2009**

Anni	Residenti 75anni+	N anziani assistiti	N assistiti su 100 residenti 75anni+
2008	8.599	672	7,8
2009	8.789	696	7,9
Variazioni 2008/2009	+ (+2,2%)	+ 24 (+3%)	

La tabella 2 evidenzia che il Distretto ha offerto una copertura assistenziale leggermente superiore rispetto all'anno precedente: nel 2009 sono state assistite 7,9 persone su 100 residenti ultra75enni, a fronte delle 7,8 assistite nel 2008, con un aumento di 24 assistiti.

Il seguente Grafico 3 rappresenta le variazioni verificate relativamente alle classi di età dei fruitori.

**Graf. 3 – Tasso di utilizzo dei servizi distrettuali specifici per età.
Confronto anni 2008 e 2009.**



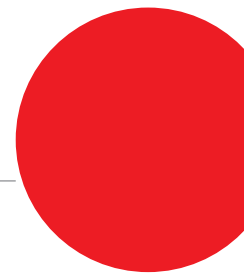
Osservando la linea continua riferita al 2009 e quella tratteggiata relativa al 2008 si evidenzia un trend in crescita dell'assistenza alle persone di età più avanzata, mentre non si rilevano variazioni nei tassi di utilizzo dei servizi da parte degli anziani settantenni e ottantenni.

Le tipologie di assistenza che interessano i "giovani anziani" e i "grandi vecchi"

I tassi specifici per età indicati nella successiva tabella 4 consentono di evidenziare le dinamiche che distinguono i "giovani anziani" dagli utenti di età più avanzata e di individuarne i diversi comportamenti in termini di ricorso ai servizi pubblici.

Fra gli anziani di età compresa tra i 65 e i 74 anni solo l'1,1% si avvale dei servizi socio sanitari. Nonostante sia solo una piccola percentuale, i giovani anziani hanno un forte impatto all'interno dei servizi, soprattutto in quelli domiciliari, perché come è indicato nella successiva Tabella 11, probabilmente a fronte di patologie ad alta complessità assistenziale, comportano dei costi tendenzialmente elevati per i servizi sanitari e sociali.

Con l'avanzare dell'età il ricorso ai servizi sociosanitari aumenta progressivamente. Tra gli ottantenni il numero degli assistiti sale a 6,7 e arriva a 10,3 dopo gli 85 anni, quando inizia a essere preponderante il ricorso alle strutture protette. L'impatto degli ottantenni, che oggi rappresentano il 51% degli assistiti, è quindi un fenomeno rilevante all'interno dei servizi distrettuali.



Tab. 4 – Tassi di utilizzo dei servizi distrettuali specifici per classi di età. Anno 2009.

Classi di età	residenti	assistiti	assistiti su 100 residenti
65-74anni	8435	93	1,1
75-79 anni	3603	101	2,8
80-84 anni	2831	190	6,7
85-89 anni	1728	178	10,3
90-94anni	472	80	16,9
95anni+	155	54	34,8
Totale	8789	696	7,9

Note: la classe di età 65-74 anni include 13 persone di età inferiore a 65 anni affette da patologie correlate all'età senile

Inoltre nella provincia di Ferrara le previsioni demografiche del prossimo decennio prevedono un significativo aumento dei grandi anziani. Questo invecchiamento della popolazione, anche se è connesso all'aumento dell'aspettativa di vita in buona salute, comporta contestualmente un invecchiamento dei care giver e un generale indebolimento della tenuta dei nuclei familiari.

Tra gli ultranovantenni sono assistite 34 persone su 100. I "grandi vecchi" in valori assoluti sono la categoria maggiormente rappresentata nelle strutture protette, ma la maggioranza di loro (i restanti 66 su 100) tuttavia non si avvale di sostegni sociosanitari. La Tabella 5 mostra i **tassi di utilizzo dei servizi residenziali e domiciliari** nelle diverse classi di età, verificando la correlazione tra l'avanzare dell'età e l'incremento del ricorso alle strutture protette.

Tab. 5 – Anziani con assistenza in Casa Protetta e a domicilio a carico FRNA. Valori assoluti e tassi specifici per età anno 2009.

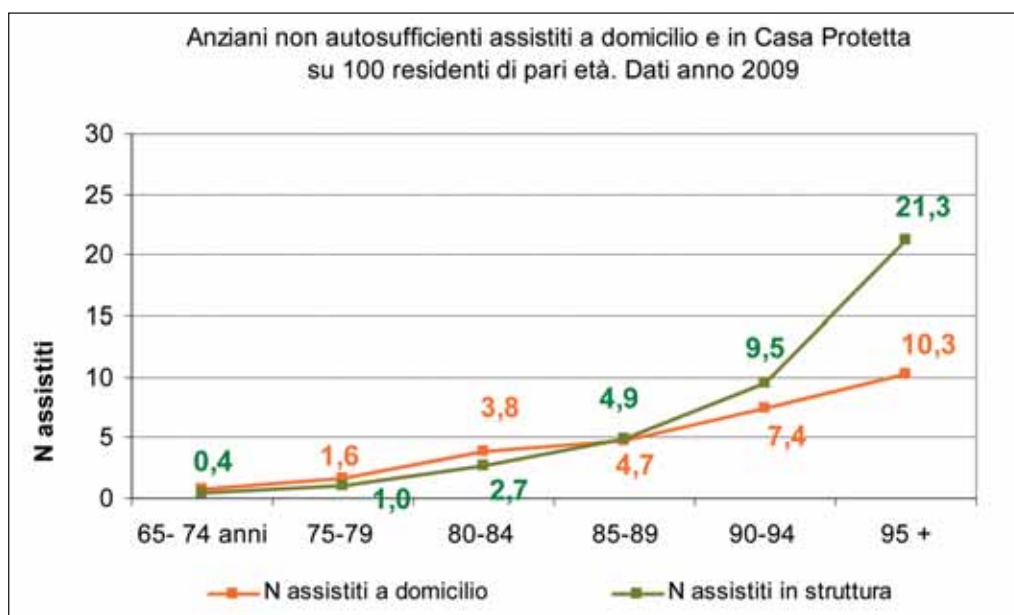
Classi di età	residenti	Assistiti in Casa Protetta		Assistiti a domicilio	
		N	su 100 residenti	N	su 100 residenti
65-74anni	8435	37	0,4	55	0,7
75-79 anni	3603	35	1,0	57	1,6
80-84 anni	2831	76	2,7	108	3,8
85-89 anni	1728	84	4,9	81	4,7
90-94anni	472	45	9,5	35	7,4
95anni+	155	33	21,3	16	10,3
Totale	8789	310	3,5	352	4,0

Note: Gli assistiti in Casa Protetta non comprendono gli utenti della RSA.
Nella Tabella gli anziani trasferiti in casa protetta durante l'anno sono conteggiati esclusivamente tra gli assistiti in Casa Protetta.

I dati relativi all'anno 2009 dimostrano che l'assistenza domiciliare ha una buona tenuta tra gli assistiti più giovani, mentre le persone con più di 85 anni utilizzano in prevalenza le strutture protette. Il grafico che segue illustra i tassi di utilizzo dei servizi domiciliari e delle strutture protette, associandoli alle diverse classi di età.

In corrispondenza alla classe di età 85-89 anni il ricorso alle strutture protette (rappresentato con la linea verde) supera quello dei servizi domiciliari (evidenziati in arancione), creando una "forbice" che si apre ulteriormente nelle classi di età più avanzate.

**Graf. 6 – Anziani assistiti a domicilio e in Casa Protetta.
Tassi specifici per età. Anno 2009.**



La diversa aspettativa di vita, il forte ricorso ai servizi da parte delle donne e la loro tendenza a impegnarsi nel lavoro di cura nell'ambiente familiare fanno infatti ipotizzare che gli uomini e le donne siano caratterizzati da due diversi pattern di consumo di servizi socio-sanitari.

Gli aspetti di genere connessi all'utilizzo dei servizi socio sanitari

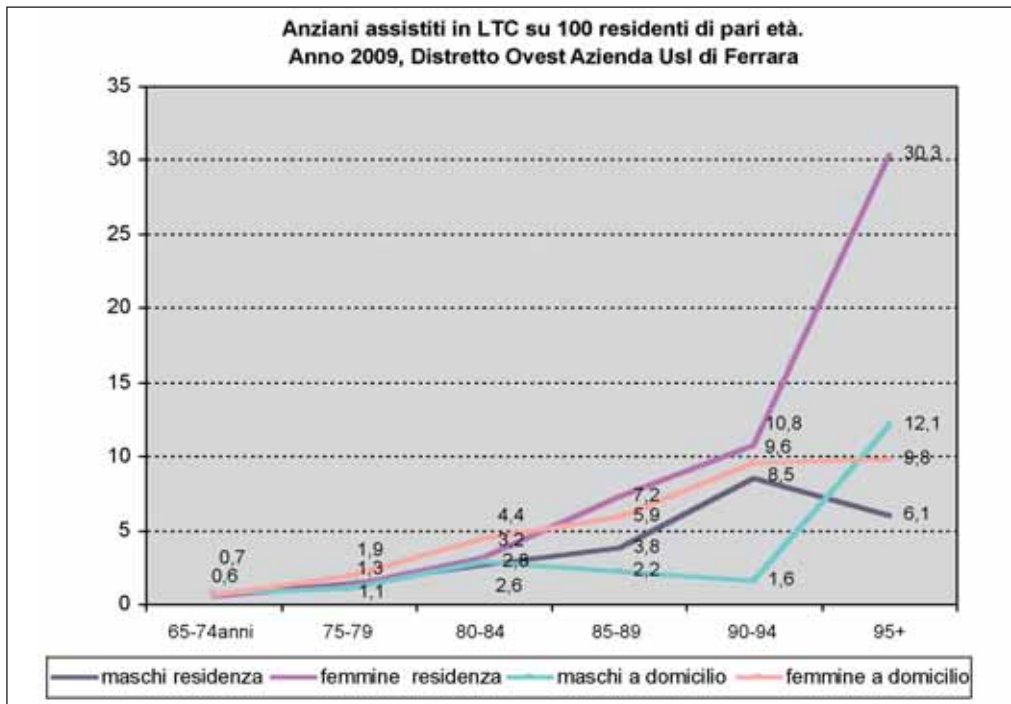
L'utilizzo dei servizi da parte degli uomini è generalmente inferiore rispetto a quello delle donne e questo si conferma in tutte le classi di età considerate. Fanno un minore impiego sia degli interventi di assistenza residenziale che, in maniera più accentuata, di quelli domiciliari.

Le donne ricorrono ai servizi socio-sanitari più precocemente e con una maggiore frequenza rispetto agli uomini.



Il grafico 7 e la Tabella 8 seguenti evidenziano queste diverse modalità d'uso.

Graf. 7 – Tassi relativi all'assistenza domiciliare e in Casa Residenza di uomini e donne. Anno 2009



Tab. 8 – Utenti dei servizi domiciliari e residenziali del distretto Ovest nell'anno 2009. Distribuzione per classi di età e per genere degli assistiti.

Età	Domiciliare			Residenziale		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
< 65anni	2	4	6	7	2	9
65-74anni	24	23	47	16	23	39
75-79 anni	16	40	56	20	27	47
80-84 anni	28	78	106	27	57	84
85-89 anni	11	66	77	21	85	106
90-94anni	2	32	34	11	37	48
95anni+	4	12	16	2	37	39
nd	2	9	11			
Totale	89	264	353	104	268	372

Note: l'assistenza residenziale comprende gli inserimenti in Casa Protetta e in RSA. Il totale degli utenti è superiore a 696 per la presenza di persone che hanno usufruito durante l'anno di entrambe le tipologie di assistenza.

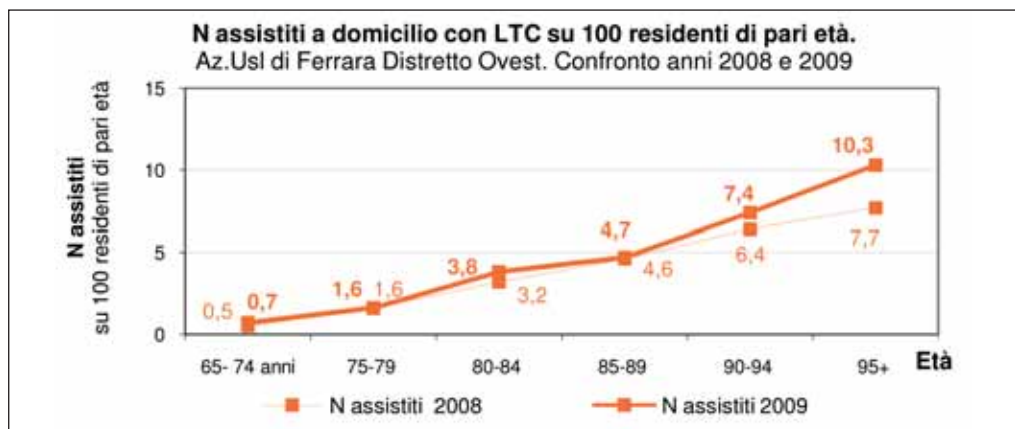
Un ricorso limitato dell'assistenza residenziale tra gli uomini, anche tra le persone di età più avanzata, deriva quasi sicuramente da un forte impegno dei familiari nel lavoro di cura. In queste situazioni la presenza dei legami familiari solidi e l'attività di accudimento svolta dalle donne sembrano costituire un fattore protettivo importante, che limita l'utilizzo di supporti esterni alla famiglia, almeno per i bisogni di assistenza tutelare. Per quanto riguarda i bisogni sanitari, i dati di spesa mettono in evidenza tra gli uomini un più alto impiego di risorse per l'assistenza sanitaria. Nelle donne la maggior aspettativa di vita comporta, in generale, un ritardo nell'aggravamento delle condizioni di salute, ma nello stesso tempo le espone a una situazione di maggior bisogno. Le donne infatti ricorrono ai servizi sociosanitari più precocemente e con una maggiore frequenza. Probabilmente questa maggiore richiesta di servizi di ogni tipo può essere collegata all'indebolimento dei legami familiari. La mancanza del coniuge e l'invecchiamento dei care giver, possono essere alla base di molte situazioni di vulnerabilità, rispetto alle quali potrebbero risultare appropriate soluzioni residenziali di livello intermedio, che nel distretto Ovest non sono ancora operative.

L'andamento dell'utilizzo delle case protette e dei servizi domiciliari

Gli ospiti delle strutture residenziali, e delle Case Protette in particolare, costituiscono una popolazione più anziana rispetto a quella assistita dai servizi domiciliari (come indicato nella precedente Tabella 5). La durata media di permanenza in struttura, da cui non emergono differenze di genere significative, è di 3 anni e mezzo (44 mesi) per le Case Protette e 64 giorni per i ricoveri in RSA.

Rispetto all'anno 2008 non si rilevano differenze in relazione ai tassi di istituzionalizzazione, in quanto la dotazione di posti letto non è variata nel corso del biennio. Nel 2009 si registra invece un aumento dell'utilizzo dei servizi domiciliari da parte degli utenti di età più avanzata.

Graf. 9 – Tassi di utilizzo dei servizi domiciliari, specifici per classi di età. Confronto 2008 - 2009.





Rispetto all'obiettivo di sostenere in via prioritaria la permanenza della persona disabile nel proprio ambiente di vita, il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dell'Azienda Usl rappresenta un supporto di particolare importanza, perché assicura la presa in carico dei bisogni sanitari e contribuisce a rallentare il momento dell'istituzionalizzazione.

Per effettuare una stima generale circa l'utilizzo del servizio ADI tra gli anziani e in particolare della sua integrazione con i servizi sociosanitari di ambito distrettuale si allarga il campione dei 696 anziani non autosufficienti per ricomprendere anche gli anziani assistiti dal Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata. La tabella 10 indica la distribuzione per età e per tipo di assistenza del "campione allargato" composto complessivamente da 1.187 persone. Il campione originario composto dagli anziani non autosufficienti in carico ai servizi socio sanitari è evidenziato nel riquadro tratteggiato. Gli anziani in carico al servizio di assistenza domiciliare dell'Azienda Usl sono indicati in blu. L'insieme di persone che usufruisce di entrambi gli interventi è segnalato in rosso.

Tab 10 – Campione allargato degli anziani in carico ai servizio socio-sanitari e al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dell'Azienda Usl.

Classi di età	Anziani in carico solo al servizio ADI	Anziani in carico a entrambe le tipologie di servizi	Anziani in carico solo ai servizi sociosanitari		
			domiciliari	Case Protette	Totale
65 – 74 anni	108	20	36	37	73
75 – 84 anni	394	100	75	116	191
85 – 94anni	414	71	57	130	187
≥ 95 anni	72	8	12	34	46
Totale	988 (59%)	199 (12%)	180 (10%)	317 (19%)	497 (29%)
Progetti a	Prevalenza sanitaria a carico FSR	Frna+ Sanitario	prevalenza socio sociosanitaria a carico FRNA		

Su 1.187 anziani considerati, 199 persone usufruiscono sia di interventi medico infermieristici sia di interventi più marcatamente sociali (SAD, assegno di cura, ricoveri di sollievo, pasti...). Questa condizione di assistenza domiciliare integrata interessa quindi poco più di 1 anziano su 10. Continuando nella lettura della Tabella, si evidenzia che la maggior parte degli anziani, 988 persone corrispondenti a poco meno di 6 anziani su 10, usufruiscono esclusivamente di assistenza sanitaria, mentre 497 persone utilizzano soprattutto i servizi socio sanitari finanziati attraverso il Fondo per la non autosufficienza. I dati contenuti nella Tabella 9 forniscono una prima indicazione generale rispetto al livello di integrazione, che può rappresentare la base di una serie storica di dati.

I costi per l'assistenza

A fronte dei diversi modelli di utilizzo dei servizi, i costi sostenuti per la presa in carico degli anziani presentano una significativa variabilità. Nelle Tabelle 11 e 12 che seguono sono valorizzati i costi medi annui per assistito in relazione alle specifiche variabili, precisando il costo medio annuo per utente e il canale di finanziamento (Fondo Regionale per la Non Autosufficienza e Fondo Sanitario Regionale)⁽²⁾.

Nella Tabella 11 sono valorizzate le risorse impiegate dall'Azienda Usl e dai servizi socio sanitari distrettuali per le diverse classi di età. Da essa emerge che il costo medio per anziano si colloca in un range che va da circa 10.000 a 12.400 Euro annui. I cittadini di età inferiore a 65 anni che sono affetti da patologie correlate all'età senile richiedono un impegno di risorse più consistente, perché fanno maggiormente ricorso ai servizi sanitari e dei ricoveri in particolare. Per essi il costo annuo è quantificato indicativamente in 18.700 Euro.

In tutte le classi di età le risorse impegnate per le attività sanitarie sono superiori a quelle spese per gli interventi di assistenza sociosanitaria. Come indicato nella Tabella 12 i costi per l'assistenza sanitaria sono riconducibili principalmente ai ricoveri, all'assistenza specialistica e all'assistenza farmaceutica.

Tab. 11 – Spesa media pro capite annua a carico del FRNA e del Fondo Sanitario per l'assistenza a anziani non autosufficienti di diverse classi di età.

Classi di età	Stima costo medio annuo per utente a carico di		
	FRNA	Fondo sanitario	Totale
<65	7.075,98	11.795,33	18.743,96
65-74	5.546,89	6.877,15	12.424,04
75-79 anni	5.077,04	6.550,95	11.627,99
80-84 anni	5.149,93	5.232,20	10.382,13
85-89 anni	5.493,69	6.627,17	12.120,86
90-94 anni	4.755,88	5.055,75	9.811,63
95 anni+	5.893,16	4.430,74	10.323,91

Fonti: elaborazioni database intermedio su dati Ufficio Amministrativo distretto Ovest

(2) Le elaborazioni dei dati presentati nel capitolo "I costi per l'assistenza" sono realizzate da Gabriella Antolini, statistico dell' U.O. Ser.T dell'Azienda Usl di Ferrara



Tab. 11/a – Dettaglio dei costi medi pro capite a carico del Fondo Sanitario.

Intervento Classi età	DETTAGLIO COSTI FSR stima costo medio annuo per utente (Euro)								TOTALE
	Adi	Ricoveri	Special.	Prote sica	Assorb	Cp Oneri	Rsa Oneri	Farma ceutica	
<65 anni	-	5963,26	685,65	201,08	-	1143,44	3207,28	594,61	11795,33
65-74 anni	196,08	3152,37	1137,65	75,09	103,73	775,22	797,69	639,33	6877,15
75-79 anni	336,88	3453,56	271,65	28,10	122,98	835,04	822,83	679,92	6550,95
80-84 anni	248,05	2734,81	171,24	29,58	146,46	841,34	493,24	567,48	5232,20
85-89 anni	174,83	3530,87	153,63	27,26	110,72	1006,01	1054,97	568,88	6627,17
90-94 anni	206,27	2942,35	91,22	27,35	126,50	869,44	365,18	427,44	5055,75
95 anni+	159,28	1847,86	54,27	24,20	83,18	1310,17	542,77	409,00	4430,74

Una differenza significativa in termini di costo riprende le differenze di genere descritte nei capitoli precedenti.

Complessivamente, il costo medio per l'assistenza sanitaria e socio sanitaria a una donna non autosufficiente ultra75enne si attesta intorno ai 10.700 Euro, mentre quello di un uomo è indicativamente di 11.800 Euro: le donne richiedono quindi un minor impiego di risorse sanitarie rispetto agli uomini, in particolare per un minore ricorso ai ricoveri ospedalieri.

Il maggior bisogno sociosanitario richiede però un impegno maggiore delle risorse del FRNA per i servizi domiciliari e residenziali.

Tab. 12 – Spesa media pro capite a carico del FRNA e del Fondo Sanitario (FSR) per l'assistenza a anziani non autosufficienti, per genere. Valori in Euro.

Profilo	N utenti	Stima costo medio annuo per utente a carico de		
		FRNA	Fondo sanitario	totale
uomo ultra75enne	149	4999,41	6855,70	11855,11
donna ultra75enne	454	5343,78	5372,73	10716,51

Tab. 12a – Dettaglio dei costi medi pro capite a carico del Fondo Sanitario (FSR) Valori in Euro.

Profilo	DETTAGLIO COSTI FSR stima costo medio annuo per utente (Euro)									TOTALE
	N casi	Adi	Ricoveri	Special.	Prote sica	Assorb	Cp Oneri	Rsa Oneri	Farma ceutica	
uomo ultra75enne	149	211,97	4515,87	150,33	37,88	64,39	861,19	465,71	548,36	6855,70
donna ultra75enne	454	205,21	2549,90	164,54	24,60	140,51	957,85	775,59	554,54	5372,73

NOTA METODOLOGICA RELATIVA ALLA VALORIZZAZIONE DEI COSTI MEDI

Per i 696 anziani oggetto dello studio si è proceduto a determinare la spesa media pro capite collegando i dati di spesa nominativi registrati nei documenti contabili inviati al Servizio Bilancio dall'Ufficio Amministrativo del Distretto Ovest, i dati del Sistema Informativo Committenza e Mobilità, quelli del Servizio Protesica e del Servizio Farmaceutico.

I fattori di costo considerati per la determinazione del costo annuo per assistito sono i seguenti:

per assistenza in Casa Residenza (Casa Protetta, RSA):

ORS (a carico FRNA).

Rimborso infermieristico, riabilitativo, coordinamento medico (a carico FSR).

Assistenza farmaceutica (a carico FSR).

Spesa per ricoveri (valori tariffari esclusa la mobilità passiva. A carico FSR) per assistenza a domicilio.

Tariffe dei Servizi di Assistenza Domiciliare SAD (oneri a carico FRNA).

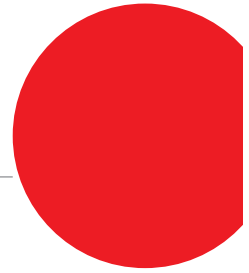
Stima costo medio ADI (dei MMG livello 1,2, 3, TAD infermieristiche. A carico FSR).

Assistenza FARMACEUTICA (a carico FSR).

Assistenza PROTESICA (a carico FSR).

Assistenza SPECIALISTICA (a carico FSR).

Spesa per RICOVERI (valori tariffari. esclusa la mobilità passiva. A carico FSR).



Rendicontazione dei servizi socio-sanitari per gli anziani e per le persone con grave disabilità in provincia di Ferrara. Anno 2009

- **ALBERTO TINARELLI**

Direttore Distretto Ovest

- **ELENA CANOSSA**

Sociologa, Ufficio di Piano del Distretto Ovest

- Su dati forniti dagli Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est e dall'Azienda Usl di Ferrara. Un ringraziamento particolare è diretto a **Maria Chiara Tassinari**, Direttore Distretto Centro Nord; **Maria Chiara Bongiovanni**, Distretto Centro Nord; e **Matteo Pazzi**, Distretto Sud Est.

L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI

STRUTTURE PROTETTE

Nella Provincia di Ferrara i posti letto convenzionati in strutture protette sono 1447 e in rapporto alla popolazione anziana corrispondono a 3,1 posti letto su 100 residenti ultra75enni (Tabella 1). Questo produce una lieve eccedenza dell'offerta rispetto alle indicazioni della Regione Emilia Romagna, che stabiliscono una dotazione minima del 3%.

Nel dettaglio, l'offerta convenzionata si compone di 1275 posti in Casa Protetta e 172 posti in RSA, complessivamente identificati con la definizione di "Casa Residenza".

Tab 1 - Posti letto convenzionati e residenti ultra75enni anno 2009.

Distretto	N residenti ultra75enni	N p.l. convenzionati			N p.l. per 100 ultra75enni
		Casa Protetta	RSA	Totale	
Centro/Nord	24.200	701	88	789	3,3
Ovest	8.789	220	20	240	2,7
Sud/Est	13.033	354	64	418	3,2
Provincia di Ferrara	46.022	1275	172	1447	3,1
Regione ER	496.034	15.322			3,0
Fonte: Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est, relazione RER novembre 2010					
Note: nel Distretto Sud Est, dove sono in corso lavori di adeguamento alle strutture, è indicato il numero di posti letto utilizzati.					

A livello distrettuale, l'**offerta residenziale** convenzionata presenta la distribuzione indicata nella Tabella 1: nei Distretti Centro Nord e Sud Est sono previsti rispettivamente 3,3 e 3,2 posti letto su 100 anziani residenti, mentre nel Distretto Ovest l'offerta pianificata è di 2,7 posti, con una previsione di innalzamento e allineamento al 3 % nel 2012.

In casi limitati e previa valutazione dell'UVGT, il Servizio Assistenza Anziani può proporre anche piani individualizzati all'interno di strutture o su posti non convenzionati, che sono indicati con la voce "progetti personalizzati". La successiva Tabella 2 indica il **numero di anziani assistiti in struttura** nel 2009, fornendone il dettaglio distrettuale.

Tab. 2 – Anziani assistiti in strutture residenziali in Provincia di Ferrara nel 2009.

Distretto	N utenti 2009		
	in posti convenzionati	progetti personalizzati (art 5 Dgr 1378)	Totale
Centro/Nord	1471	43	1514
Ovest	406	11	417
Sud Est	710	102	812
Provincia di Ferrara	2587	156	2.743

Fonte: Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est

Al 31.12.2009 gli anziani assistiti nelle strutture protette sono stati 2.743. Il dato comprende le persone assistite nei posti convenzionati presso le Case Residenza e i destinatari dei progetti personalizzati realizzati in posti fuori convenzione, ai sensi dell'art 5 della Dgr 1378/99.

Come indicato nella Tabella 3, con l'avvio del Programma Regionale per la Non Autosufficienza si è realizzato uno **sviluppo dell'assistenza residenziale**, che ha affiancato il potenziamento dell'assistenza domiciliare approfondito nel successivo capitolo 3. La dotazione di posti letto del 2009 rappresenta l'esito del progressivo rafforzamento dei servizi residenziali che è stato avviato a partire dal 2007, attraverso il convenzionamento dei nuovi posti previsti dalla programmazione triennale provinciale. La Tabella 3 presenta la dotazione di posti letto nell'anno 2006 che precede l'attivazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, e dettaglia l'aumento dell'offerta realizzato con le risorse del FRNA nel triennio 2007-2009.



**Tab. 3.1 – Posti letto (p.l.) convenzionati in Casa Residenza.
Variazioni 2007-2009.**

ANNO 2006: 1.434 posti letto convenzionati;
N. 3,3 posti letto su 100 residenti ultra75enni

Distretto	Anno 2007		Anno 2008		Anno 2009		Variazioni p.l. 2007-2009
	N posti letto	N posti su 100 ab	N Posti letto	N posti su 100 ab	N Posti letto	N posti su 100 ab	
Centro/Nord	783	3.3	791	3.3	789	3,3	+6
Ovest	240	2.8	240	2.8	240	2.7	0
Sud/Est	413	3,3	415	3.2	418	3,2	+5
Provincia di Ferrara	1.436	3.2	1.446	3.2	1.447	3.1	+11
Fonte: Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est							
Note: Il N posti su 100 abitanti è calcolato sulla popolazione target dei residenti di età ≥75 anni Nel Distretto Sud Est, dove sono in corso lavori di adeguamento alle strutture, è indicato il numero di posti letto utilizzati.							

Nel corso del triennio 2007-2009 la dotazione è stata incrementata di 6 posti nel Distretto Centro Nord e di 5 nel Sud Est; il Distretto Ovest mantiene un'offerta stabile attorno ai valori del 2006, programmando l'attivazione di 12 nuovi posti nel triennio 2010-2012, in concomitanza con il completamento dei lavori di adeguamento e di ampliamento di due strutture residenziali ubicate nel territorio dell'Alto Ferrarese.

Nello stesso periodo registra un incremento anche il numero dei progetti personalizzati su posti non convenzionati.

**Tab 3.3 – Anziani con progetti personalizzati art 5 Dgr 1378/99.
Anni 2007-2009.**

Distretto	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Centro/Nord	60	53	43
Ovest	11	10	11
Sud/Est	30	61	102
Provincia di Ferrara	101	124	156
Fonte: Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est			

Come indicato nella Tabella 3.3, gli anziani con progetti personalizzati assistiti sono saliti da 101 nel 2007 a 156 nel 2009 segnando un incremento del 54%.

Il consolidamento dell'offerta residenziale è confermato dall'incremento del numero di giornate di effettivo utilizzo dei posti letto.

Tab. 3.2 – Giornate di utilizzo delle Case Residenza. Anni 2007-2009

	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Variazioni 2007-2009
in posti convenzionati	505.927	511.827	516.561	+ 2,1%
progetti personalizzati	17.471	20.002	22.046	+26,2%
Totale	523.398	531.829	538.607	+2,9%

Fonte: Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est. Elaborazioni Az.Usl Ferrara

Come indicato nella Tabella 3.2, l'incremento delle giornate di assistenza nel corso dei tre anni è stato prossimo al valore del 3%.

Per valutare il livello di effettivo utilizzo della capacità recettiva delle strutture protette si è calcolato il tasso di utilizzo dei posti letto.

Il tasso di utilizzo dei posti letto rapporta il numero di giornate effettivamente utilizzate rispetto a quelle disponibili. Non considera quindi le giornate in cui il posto non è stato utilizzato, per esempio a causa dei ricoveri ospedalieri e nei giorni che intercorrono tra una dimissione e il successivo inserimento (intervallo di turn over).

Si è calcolato inoltre **l'indice di turnazione**, che definisce quanti anziani si turnano in media su un posto letto nel corso dell'anno.

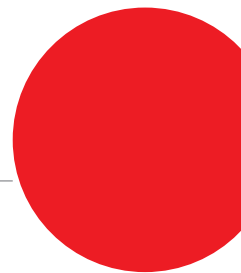
La Tabella 4 che segue illustra il tasso di utilizzo delle Case Residenza nei tre Distretti ferraresi

**Tab. 4 – Assistenza residenziale in Case Residenza per anziani.
Indicatori anno 2009.**

Distretto	N posti letto utilizzati	N giornate di effettivo utilizzo	Tasso di utilizzazione posti letto¹
Centro/Nord	789	282.310	98%
Ovest	240	84.848	97%
Sud Est	418	149.403	98%
Provincia di Ferrara	1447	516.561	98%

Fonte: Uffici di Piano. Elaborazioni Azienda Usl di Ferrara

(1) Tasso di utilizzazione posti letto (TU): percentuale di posti letto mediamente occupati dai ricoverati nell'arco dell'anno. La formula risulta pertanto $TU = \text{giornate di degenza} / (\text{numero posti letto} * 365) * 100$.



La percentuale di utilizzo dei posti letto nelle Case Residenza raggiunge livelli molto alti in tutti e tre i Distretti, assestandosi intorno al valore del 97-98 %. Gli indicatori, riferiti complessivamente alle Case Protette e alle RSA, denotano una buona efficienza.

Di seguito si analizzano separatamente le dinamiche delle Case Protette e delle RSA, considerando che le prime forniscono assistenza estensiva e a lungo termine, le seconde assistenza intensiva con finalità riabilitativa, per periodi temporalmente definiti, quindi con una maggior turnazione degli ospiti. Le Tabelle 4a e 4b presentano gli indicatori, rispettivamente, delle Case Protette e delle RSA per l'anno 2009.

Le *Case Protette* (Tabella 4 a) sono caratterizzate da un elevato tasso di utilizzo dei posti letto, che si attesta intorno al 98,5% e da un indice di turnazione di 1,3 anziani.

**Tab. 4a – Assistenza residenziale in Casa Protetta (CP).
Indicatori anno 2009.**

Distretto	N posti letto convenzionati in CP	Posti in CP su 100 ab	indice di rotazione	Tasso di utilizzazione posti letto
Centro/Nord	701	2,9	1,3	98,7%
Ovest	220	2,5	1,4	97,3%
Sud/Est	354	2,7	1,4	98,7%
Provincia di Ferrara	1275	2,8	1,3	98,5%
Fonte: Az.Usl di Ferrara				

Questo significa che in media su un posto letto in Casa Protetta hanno ruotato 1,3 o 1.4 anziani, con un conseguente rinnovo nel corso dell'anno del 30 - 40% degli ospiti.

Le *RSA* (Tabella 4b) hanno una funzione di assistenza intensiva e riabilitativa finalizzata a preparare il rientro a domicilio dell'anziano. I progetti, a forte valenza sanitaria, sono temporalmente definiti e quindi nelle strutture c'è un costante avvicendamento degli ospiti.

Tab 4b – Assistenza residenziale in RSA. Indicatori anno 2009.

Distretto	N posti letto utilizzati in RSA	Posti in RSA su 100 ab	indice di rotazione	Tasso di utilizzazione posti letto
Centro/Nord	88	0,36	5,6	91,0%
Ovest	20	0,23	5,3	92,1%
Sud/Est	64	0,49	4,3	89,4%
Provincia di Ferrara	172	0,37	5,2	90,6%
Fonte: Az.Usl di Ferrara				
Il dato del Distretto Sud Est comprende 30 posti presso RSA di Codigoro e 34 presso RSA di Portomaggiore. L'indice di rotazione dell'RSA di Bondeno è calcolato su 18 posti				

A causa di questo avvicendamento, l'indice di rotazione è maggiore rispetto a quello delle case protette: come indicato nella Tabella 4 b, nel 2009 sono stati ospitati in media 5,2 anziani per ogni posto letto.

Sul versante organizzativo, il maggior turn over delle RSA comporta una gestione continuativa delle dimissioni e degli ingressi, e di conseguenza la percentuale di utilizzo dei posti osserva parametri inferiori rispetto a quelli delle Case Protette. Nello specifico, la percentuale di occupazione dei posti letto delle RSA nel 2009 si attesta intorno al valore del 90,6%, con le lievi differenze tra i Distretti indicate nella Tabella 4 b sopra riportata.

Le liste di attesa

Nei paragrafi successivi si affronta l'aspetto delle **liste di attesa** per l'inserimento in struttura, descrivendo la dimensione che questo fenomeno assume all'interno dei diversi ambiti distrettuali.

In un primo momento, si quantifica la dimensione delle liste di attesa rapportandola al numero di anziani residenti nel territorio distrettuale e successivamente le si analizza alla luce degli standard di offerta e degli indicatori di funzionamento delle strutture.

In questo contesto si presentano i dati raccolti nel 2009 nell'ambito dei monitoraggi condotti dall'Azienda Usl. I dati, riferiti principalmente all'ultimo quadrimestre dell'anno, intendono rappresentare dei quadri informativi generali, che possono essere utilizzati negli ambiti distrettuali per monitorare la variabilità del fenomeno nel tempo o per approfondire degli aspetti particolarmente significativi per la qualità dell'assistenza, per esempio le modalità di gestione delle liste di attesa, la tipologia di assistenza fornita nel periodo che precede l'inserimento e i tempi medi di attesa rispetto alle condizioni di gravità dell'anziano. Presentando una forte variabilità territoriale, il fenomeno potrebbe riflettere anche degli specifici modelli locali di organizzazione dell'assistenza domiciliare o correlarsi alle attitudini delle comunità locali, elementi che influenzano la capacità dei nuclei



familiari di gestire per periodi più prolungati la persona non autosufficiente al proprio domicilio e di cui potrebbe essere valutato l'impatto in sede di programmazione.

La dimensione delle liste di attesa. Dal monitoraggio dell'Azienda Usl di Ferrara emerge che alla data del 31.12.2009 gli anziani in graduatoria per l'inserimento in Casa Protetta o in fase di valutazione da parte dell'UVGT sono 551. Per le RSA il fenomeno delle liste di attesa è molto più contenuto e interessa 31 anziani in tutto il territorio provinciale.

A livello distrettuale, anche in presenza di standard di offerta e indici di rotazione abbastanza simili (vedi Tabella 4.a) i Distretti Centro Nord e Sud Est sono caratterizzati da quadri significativamente differenti in merito alla dimensioni delle liste di attesa.

In particolare, la graduatoria del Distretto Sud Est per le Case Protette accoglie una domanda di inserimento che, rapportata alla popolazione di riferimento, è più che doppia rispetto a quella del Centro Nord: nel Distretto Sud Est sono in graduatoria per un posto convenzionato 2 anziani ogni 100 residenti, a fronte di 1 nel Centro Nord e 0,45 nell'Ovest (Tabella 4.c).

Nell'analizzare questo fenomeno occorre considerare che il dato puntuale del 31.12.2009 è fortemente connesso alle dinamiche delle graduatorie, quindi non può essere assunto come rappresentativo di una situazione valevole per l'intero anno.

**Tab. 4c – Assistenza residenziale in Casa Protetta.
Indicatori anno 2009.**

Distretto	N posti	N utenti in attesa di inserimento al 31.12.2009	N utenti in attesa su 100 residenti ultra75enni
Centro/Nord	701	230	0,95
Ovest	220	35	0,40
Sud/Est	354	286	2,2
Provincia di Ferrara	1275	551	1,2
Fonte: Az.Usl di Ferrara			
Il N utenti in attesa di inserimento comprende gli utenti in lista di attesa e quelli in attesa di valutazione. Il dato è riferito al 31.12.2009			

Per stimare complessivamente, sulla base dei dati disponibili, la durata del periodo di permanenza in lista di attesa, si è rapportato il numero di anziani in graduatoria al numero di inserimenti avvenuti in media ogni mese.

La successiva Tabella 4 d illustra i dati relativi ai tre Distretti fornendo un'indica-

zione relativa alla proporzione di anziani in lista di attesa che troveranno collocazione in struttura nei successivi 4 mesi.

Tab. 4d – Assistenza residenziale in Casa Protetta. Indicatori anno 2009.

Distretto	N posti	Utenti in attesa di inserimento al 31.12.09	Utenti ammessi in CP nell'anno	N ammessi al mese (media anno 2009)	N ammessi in 4 mesi (% di ammessi rispetto a utenti in attesa)
Centro/Nord	701	230	232	19	76 (33%)
Ovest	220	35	86	7	28 (80%)
Sud/Est	354	286	146	12	48 (17%)
Provincia di Ferrara	1275	551	464	38	152 (27%)
Fonte: Az.Usl di Ferrara.					
Il N di ammessi al mese è calcolato sulla base degli inserimenti realizzati in ambito distrettuale nel periodo 1.1.2009 – 31.12.2009.					

Per quanto riguarda le RSA, il fenomeno delle liste di attesa è limitato a 31 anziani nell'intero ambito provinciale (dati al 31.12.2009).

Tab. 4e – Assistenza residenziale in RSA. Indicatori anno 2009.

Distretto	N posti utilizzati	Utenti RSA ammessi in corso d'anno	N ammessi al mese (media)	N utenti in attesa di inserimento al 31.12.2009
Centro/Nord	88	421	35	5
Ovest	20	76	6	0
Sud/Est	64	212	18	26
Provincia di Ferrara	172	709	59	31
Fonte: Az.Usl di Ferrara				

Considerando che ogni mese nel 2009 sono stati realizzati in media 35 nuovi inserimenti nel Distretto Centro Nord, 6 nell'Ovest e 20 nel Sud Est, emerge che l'attuale disponibilità di posti associata a un elevato indice di turnazione degli anziani consente agli ambiti distrettuali di rispondere alle richieste di inserimento in tempi abbastanza rapidi.



CENTRI DIURNI

I posti convenzionati in Provincia di Ferrara sono 130, lo stesso numero del 2008, e sono ripartiti nei tre Distretti come di seguito indicato:

Tab. 5 – Posti convenzionati in Centro Diurno in Provincia di Ferrara. Anno 2009.

Distretto	N posti		
	di "livello base"	"Disturbi del comportamento"	Totale
Centro/Nord	48	26	74
Ovest	21	0	21
Sud/Est	25	10	35
Provincia di Ferrara	94	36	130

Fonte: Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est

La **dotazione di posti** rispetto alla popolazione anziana residente, indicata nella Tabella che segue, è pari a 0,28 posti ogni 100 ultra75enni residenti e non presenta variazioni rispetto all'anno 2008.

Tab. 5.1 – Posti convenzionati in Centro Diurno in Provincia di Ferrara. Anni 2008/ 2009

Distretto	Anno 2008		Anno 2009	
	N posti	Posti letto su 100 residenti 75enni+	N posti	Posti letto su 100 residenti 75enni+
Centro/Nord	74	0,31	74	0,31
Ovest	21	0,24	21	0,24
Sud/Est	35	0,27	35	0,27
Provincia di Ferrara	94	0,28	94	0,28
Regione ER	-	0,59	3.034	0,61

Fonte: Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est, relazione RER novembre 2010

In rapporto al contesto regionale, il valore di tutti e tre i Distretti è circa la metà dello standard medio di 0,61 e meno di un terzo del valore massimo dell'1%. Esiste quindi uno scarto notevole fra l'indicazione regionale e lo standard della Provincia. La limitata capacità di attrazione è testimoniata anche dal numero esiguo di anziani in lista di attesa, che al 31.12.2009 ammonta a 8 unità in tutta la provincia. Anche il numero di richieste di frequenza non presenta incrementi significativi rispetto al 2008.

Gli **anziani che hanno frequentato i centri diurni** nel corso del 2009 sono stati 268. Come indicato nelle successive Tabelle 6 e 7, a livello provinciale gli utenti sono aumentati del 38% rispetto al 2006, ma a questo aumento non è seguito un corrispondente aumento delle giornate di frequenza e l'utilizzo dei centri si mantiene su livelli nettamente inferiori rispetto alla loro capacità recettiva.

Per monitorare il livello di frequentazione dei centri, si è calcolato il **tasso di effettiva occupazione dei posti**, che rapporta il numero di giornate effettivamente frequentate a quelle di apertura annua delle strutture. La seguente Tabella 6 illustra il tasso di utilizzo dei Centri Diurni nei tre Distretti ferraresi.

Tab. 6 – Giornate di frequenza dei Centri Diurni in Provincia di Ferrara. Anno 2009.

Distretto	N. posti	N. giornate	% utilizzo posti
Centro/Nord	74	14.276	61,7%
Ovest	21	4.575	67,5%
Sud/Est	35	7.154	62,4%
Provincia di Ferrara	130	26.005	62,9%
Fonte: Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est			

Nel 2009 i centri diurni sono utilizzati al 63% del loro potenziale annuo in termini di giornate di apertura, con un range tra i distretti che trova il valore minimo pari a 61,7% nel distretto Centro Nord, e il valore massimo pari a 67,5% nel distretto Ovest.

Nel 2009 nel Distretto Centro Nord è proseguita la sperimentazione dei 5 posti di sollievo notturno presso Coop Serena, che ha realizzato interventi di ospitalità temporanea notturna nei confronti di 42 anziani con disturbi del comportamento. La Tabella 7, che segue, raccoglie una sintesi delle giornate di utilizzo dei Centri Diurni da parte degli utenti in Provincia di Ferrara nel corso del triennio partendo dal 2006, anno che registra la situazione dell'offerta nel periodo immediatamente precedente l'assegnazione delle risorse FRNA.

In estrema sintesi, nel corso del triennio 2007–2009 nel Distretto Centro Nord gli anziani che usufruiscono dei centri diurni sono progressivamente aumentati, ma l'utilizzo nel 2009 avviene con minor frequenza rispetto agli anni passati; nel Distretto Ovest si registra una flessione nel numero di utenti, con livelli di frequenza in aumento; nel Distretto Sud Est l'utilizzo di questa opportunità assistenziale disegna un andamento variabile, con tendenza alla diminuzione.



**Tab. 7 – Utenti e giornate di frequenza dei Centri Diurni nei Distretti.
Anni 2007-2009**

ANNO 2006 - N utenti: 194; N giornate di frequenza: 25.178

Distretto	ANNO 2007		ANNO 2008		ANNO 2009		Variazioni 2007-2009	
	N. giornate	N. utenti	N. giornate	N. utenti	N. giornate	N. utenti	giornate	utenti
Centro/Nord	17.810	123	18.340	139	14.276	194	-3.534	+71
Ovest	4.397	31	4.381	32	4.575	27	+178	-4
Sud/Est	8.056	53	7.864	61	7.154	47	-902	-6
Provincia di Ferrara	30.263	207	30.585	232	26.005	268	-4258	+61

Fonte: Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est

È possibile che l'utilizzo limitato di questa risorsa derivi dal fatto che il ricorso al Centro Diurno è più efficace in presenza di una rete di servizi domiciliari efficienti e coesa, in grado di gestire l'integrazione fra aspetti sociali e sanitari in un rapporto di stretta compartecipazione con i care giver e i familiari. In questo senso il Centro Diurno ha la propria maggior utilità nelle situazioni di forte integrazione e rappresenta una risorsa della domiciliarità della quale fa parte, con una "specializzazione" che copre un bisogno reale, garantendo l'assistenza necessaria nelle ore diurne. Emerge quindi la necessità di formulare obiettivi specifici che identificano meglio le peculiarità e l'utilità dei Centri, collocandoli all'interno di un più ampio e strutturato progetto a sostegno della domiciliarità che goda di uno specifico sostegno da parte dei servizi. E' ragionevole supporre, e questo richiederebbe un'analisi specifica, che l'utilizzo limitato di questo tipo di soluzione dipenda dalle difficoltà di accesso, legate per esempio ai trasporti o ai costi del servizio, o dalle caratteristiche e dalle modalità di strutturazione dei servizi distrettuali, che vanno consolidando l'erogazione di interventi rivolti al singolo.

GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI A DOMICILIO

La Regione Emilia Romagna assegna alla rete dei servizi l'obiettivo specifico di favorire il massimo mantenimento dell'autonomia individuale, aiutando la persona a rimanere nel proprio contesto di vita e di organizzare percorsi assistenziali che garantiscano cure adeguate, nel rispetto della dignità e della libertà di scelta della persona e dei familiari impegnati nell'attività di cura e assistenza.

I principali servizi che partecipano alla realizzazione dei percorsi assistenziali delle persone anziane, in particolar modo di quelle in condizione di non autosufficienza, sono:

- i Servizi di Assistenza Domiciliare - SAD;
- i Centri Diurni;
- l'Assistenza Domiciliare Integrata - ADI;
- i Centri per le persone affette da demenza (Alzheimer e altre patologie);
- lo Sportello InformaAnziani e lo Sportello Aspasia per l'incontro della domanda e dell'offerta di assistenza familiare.

Oltre a questi servizi, sono attivi gli interventi di:

- assistenza medica e infermieristica;
- sostegno economico: assegni di cura e contributi economici alle persone e alle famiglie, differenziati a seconda del carico di cura, delle modalità di assistenza e della situazione economica; contributi per adattamenti degli ambienti domestici;
- ricovero di sollievo, presso centri diurni e strutture residenziali;
- supporto al mantenimento delle abilità personali e della vita sociale (telesorveglianza e telesoccorso, consegna farmaci e spesa a domicilio, accompagnamento nello svolgimento delle attività della vita quotidiana);
- assistenza tutelare, sulla base di specifici piani personalizzati.

Negli ambiti distrettuali sono presenti infine progetti specifici per la formazione delle assistenti familiari, interventi di accompagnamento e trasporto, progetti di ginnastica dolce a domicilio.

Le attività finanziate dalle Aziende Usl e dai Comuni, con risorse proprie o del FRNA, sono erogate direttamente dai servizi dell'Azienda Usl, dai Comuni, dalle ASP/ASSP o da strutture private accreditate. Specifici regolamenti disciplinano le modalità di erogazione, i requisiti di accesso e i criteri di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD)

L'ultimo triennio in provincia di Ferrara è caratterizzato da un progressivo potenziamento del servizio di assistenza domiciliare a favore degli anziani non autosufficienti, che si traduce nel costante incremento sia del numero di destinatari, sia delle ore di assistenza, come è registrato nella successiva Tabella 8.



Tab. 8 – Anziani con interventi di Assistenza Domiciliare a carico FRNA. 2007-2009.

Distretto	Anno 2008		Anno 2009	
	N utenti	N ore	N utenti	N ore
Ovest	110	14.881	134	15.637
Centro Nord	233	14.079	257	43.815
Sud Est	135	17.389	161	18.671
Provincia di Ferrara	478	46.349	552	78.123
I dati includono le attività del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e quelle realizzate nell'ambito dei piani personalizzati domiciliari				
Fonte: Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est, relazione RER novembre 2010				

I destinatari del Servizio di Assistenza Domiciliare sono aumentati del 15%, salendo da 478 a 552, in un contesto regionale che nell'ultimo anno ha concentrato il consolidamento del Servizio puntando sull'incremento delle ore di assistenza piuttosto che sull'allargamento del numero di fruitori (Tabella 9), e che quindi sta andando verso risposte maggiormente articolate e legate a condizioni di elevata complessità.

Tab. 9 – Anziani con Servizio di Assistenza Domiciliare con oneri a rilievo sanitario a carico FRNA. 2008-2009.

Distretto	Anno 2008			Anno 2009			Variazioni utenti 2008-09
	N. utenti	N. utenti su 100 ultra75	N. medio ore pro-capite	N. utenti	N. utenti su 100 ultra75	N. medio ore pro-capite	
Ovest	110	1,8	135	134	1,5	117	+24
Centro Nord	233	1,0	60	257	1,1	170	+24
Sud Est	135	1,1	129	161	1,2	116	+26
Provincia di Ferrara	478	1,1	97	552	1,2	142	+74
Regione ER	13.825	2,8	130	13.158	2,6	150	-667

Rapportando le ore di assistenza al numero dei destinatari si rileva il numero medio di ore di assistenza pro capite. Dal confronto dei dati dell'ultimo biennio emerge che nel territorio provinciale il numero medio di ore pro capite nel 2009 è salito in maniera significativa, per un forte incremento che interessa il Distretto Centro Nord. Rispetto al 2008 si sta realizzando quindi un trend di crescita, anche se rimane evidente la forbice tra la Provincia di Ferrara e la Regione, caratterizzate rispettivamente da 1,2 e 2,6 anziani assistiti su 100 residenti. Nella Provincia di Ferrara sono stati sviluppati inoltre i piani individualizzati domiciliari, che realizzano dei programmi personalizzati di assistenza articolati secon-

do le specifiche situazioni di bisogno, con l'obiettivo di sostenere gli anziani in condizione di particolare disabilità nella gestione delle normali attività della vita quotidiana. Essi sono predisposti dai servizi sociali e sanitari dopo un'attenta valutazione dei bisogni dell'anziano e del suo nucleo familiare e comprendono, a seconda dei casi, l'intervento degli operatori per supportare l'anziano nella gestione delle attività di base connesse alla cura della propria persona, alla gestione della casa e allo svolgimento delle attività previste nel piano di assistenza.

Realizzati a domicilio dell'anziano, creano le condizioni per prolungarne la permanenza nel contesto di vita e di relazioni, supportano i care giver anziani impegnati in attività di assistenza, sollevano i familiari da una parte degli impegni di cura garantendo la necessaria copertura assistenziale anche nei periodi di una loro eventuale momentanea assenza. In questo senso, rappresentano un tentativo di migliorare il livello di qualità dell'assistenza e sono funzionali anche rispetto all'equilibrio del sistema in termini di "domiciliarità" e "residenzialità", perché rappresentano una modalità di risposta adatta ad assicurare un elevato livello di intensità assistenziale anche nel periodo di attesa che precede l'inserimento in struttura protette, o per supportare le persone che vivono sole o con un familiare anch'esso disabile.

Nel 2009 gli anziani che hanno usufruito dei piani personalizzati sono stati 85: 28 nel Sud Est, 44 nel Centro Nord e 13 nel distretto Ovest.

Ricoveri di sollievo

Nel 2009 sono stati messi a regime i 10 posti dedicati ai ricoveri di sollievo attivati nel corso dell'anno precedente. Il numero di anziani fruitori è più che raddoppiato rispetto al 2008, salendo da 49 a 106, con una durata media dei ricoveri di 25 giorni (Tabelle 12 e 13).

Tab. 12 – Posti e giornate di ricovero di sollievo per anziani. Anno 2009.

Distretto	N posti	N giornate
Ovest	2	624
Centro Nord	2	633
Sud Est	6	1362
Provincia di Ferrara	10	2619
Fonte: Az.Usl di Ferrara		

Lo sviluppo di questo intervento, sintetizzato nella seguente Tabella 13, evidenzia la capacità degli operatori di concordare in anticipo con i familiari i periodi di ricovero e di assicurare una copertura assistenziale anche in caso di assenza imprevista dei care giver.



**Tab. 13 – Utenti e giornate di ricovero di sollievo per anziani.
Anni 2008 - 2009**

Distretto	anno 2008		anno 2009		variazioni 2008 - 2009	
	giornate	utenti	giornate	utenti	giornate	utenti
Ovest	287	12	624	20	+217%	+167%
Centro Nord	308	17	633	32	+206%	+188%
Sud Est	476	20	1362	54	+286%	+270%
Provincia di Ferrara	1071	49	2619	106	+245%	+216%
Durata media dei ricoveri di sollievo, in giorni (anno 2009): Ovest: 31; Centro Nord: 20; Sud Est: 25. Provincia di Ferrara: 25.						
Fonte: Az.Usl di Ferrara						

Supportare il care giver e i familiari attraverso il ricovero di sollievo rappresenta una strategia importante poiché, rappresentando un aiuto concreto, consente momenti di riposo e di riappropriazione dei propri spazi personali che hanno un' influenza positiva sulla quotidianità. In tal senso sarebbe interessante espandere il concetto di "sollievo" anche ad altre soluzioni che consentono di conciliare l'attività di cura con i ritmi di vita e di lavoro.

Per questo pare opportuno sviluppare interventi volti a ridurre le fatiche e gli impegni legati alla quotidianità, quali la gestione della casa e le pulizie, o prevedere delle forme di sostituzione dei care giver, anche per brevi periodi, per garantire loro spazi di gestione del tempo libero ecc.

Assegno di cura

Nel corso dell'anno hanno usufruito dell'assegno di cura 1.373 anziani, di cui 385 hanno avuto diritto all'ulteriore contributo integrativo mensile di 160 Euro riservato ai nuclei familiari con assistenti familiari regolarmente assunte (Tabelle 14 e 14.a).

Tab. 14 – Anziani con assegno di cura. Anno 2009.

Distretto	N utenti	N residenti ultra75enni	N utenti con ADC su 100 residenti 75anni
Ovest	221	8.789	2,5
Centro-Nord	528	24200	2,2
Sud-Est	624	13033	4,8
Provincia di Ferrara	1373	46.022	3,0
Regione ER 2009	23.887	496.034	4,8
Fonte: Uffici di Piano, Azienda Usl di Ferrara			

Come indicato nella Tabella 14, nei Distretti Centro Nord e Ovest usufruiscono degli assegni di cura rispettivamente 2,2 e 2,5 anziani su 100 residenti. Il Distretto Sud Est registra un utilizzo maggiore, in linea con gli standard regionali, che è pari a 4,8 anziani su 100 residenti.

Nel Distretto Sud Est è alto anche il numero di anziani che usufruiscono di contributi integrativi per le assistenti familiari (Tabella 14.a), situazione che può riflettere un maggior numero di interessati che ha un reddito inferiore alla soglia di 15.000 Euro, e al contempo, una buona propensione delle famiglie alla regolarizzazione degli aiuti esterni⁽²⁾.

Tab.14.a – Anziani con contributo aggiuntivo di 160 Euro per assistenti familiari. Anni 2008 - 2009

Distretto	Anno		Variazioni	
	2008	2009	2008 - 2009	
Ovest	25	34	+9	(+36%)
Centro-Nord	160	168	+8	(+5%)
Sud-Est	100	183	+83	(+83%)
Provincia di Ferrara	285	385	+100	(+35%)

Fonte: Uffici di Piano, Azienda Usl di Ferrara

Attivato nel 2008 con la DGR 1206/07, il contributo integrativo è utilizzato da circa un terzo dei beneficiari degli assegni di cura, e rispetto all'anno precedente i nuclei familiari che ne hanno usufruito sono aumentati del 35%.

Questo incremento può essere correlato allo sviluppo degli interventi che sono stati attivati a livello locale per sostenere la regolarizzazione delle assistenti familiari e la qualificazione del lavoro di cura (Sportello Stranieri, Sportello Aspasia...). Il Distretto Sud Est in particolare ha registrato 83 contributi integrativi in più rispetto al 2008, su un incremento provinciale complessivo di 100 utenti.

Più in generale, per quanto riguarda l'utilizzo degli assegni di cura, si registra nel 2009 un aumento del numero di giornate del 30% rispetto al 2007: come indicato nella Tabella 15, le giornate salgono da 269.932 nel 2007 a 352.536 nel 2009 (+82.604 giornate).

(2) Il contributo è erogato in presenza di una situazione economica inferiore a 15.000 Euro annui, valutata in base all'ISEE estratto del solo beneficiario dell'assegno, ai sensi della DGR 1702/2009.



**Tab. 15 – Assegno di cura a carico FRNA a persone anziane.
Valori assoluti anni 2007 – 2009**

Anno 2006: utenti con assegno di cura: 1.221; N. giornate: 273.671

Distretto	2007		2008		2009	
	N. utenti	N. giornate	N. utenti	N. giornate	N. utenti	N. giornate
Ovest	222	40.536	204	49456	221	57.311
Centro-Nord	904	131.738	793	180.123	528	138.451
Sud-Est	417	97.658	535	128590	624	156.774
Provincia di Ferrara	1.597	269.932	1.532	358.169	1.373	352.536

Fonte: Uffici di Piano, Azienda UsI di Ferrara

In termini di risorse, questa tipologia di intervento rappresenta per tutti e tre gli ambiti distrettuali la maggiore voce di spesa dell'assistenza domiciliare e quella che rispetto al 2006 ha registrato il maggior incremento. Al suo finanziamento concorrono principalmente le risorse del FRNA, e in misura minore a partire dal 2008, quelle del Fondo Nazionale per la non autosufficienza. La Tabella 15.a che segue presenta l'andamento della spesa considerando le risorse utilizzate in ambito distrettuale per gli assegni di cura e per i contributi integrativi mensili di 160 Euro.

Tab. 15.a – Spesa a carico FRNA per assegni di cura e contributi integrativi anziani. Provincia di Ferrara (valori in Euro)

Spesa anno 2006: 1.809.814 Euro

fonte di finanziamento	Spesa 2007	Spesa 2008	Spesa 2009
FRNA	2.074.112	2.627.416	2.299.831
Fondo Nazionale non autosufficienza	-	162.327	548.494
Fondo Sociale (progetti finalizzati), risorse comunali e altri enti pubblici	113.186	17.864	96.247
Totale	2.187.298	2.807.607	2.944.572

Fonte: Regione ER monitoraggio FRNA on line.

Altri interventi e progetti di ambito distrettuale a supporto del programma di cura

La consegna dei pasti e il servizio di trasporto o di accompagnamento degli anziani verso i luoghi di cura e di socializzazione sono interventi di supporto che hanno una utilità specifica all'interno dei progetti domiciliari, in particolar modo quando sono realizzati nei confronti di persone con capacità funzionali o cognitive fortemente ridotte, perché gestiscono aspetti direttamente connessi con la sopravvivenza e con la realizzazione del piano di cura. Inoltre essi alleggeriscono l'impe-

gno quotidiano dei familiari, rivelandosi particolarmente utili quando il care giver è esso stesso anziano e presenta difficoltà a gestire gli impegni legati alla quotidianità. Gli interventi di consegna pasti e di accompagnamento hanno interessato in provincia di Ferrara rispettivamente 368 e 938 utenti, come indicato nella Tabella 15b seguente:

Tab. 15b – Anziani con servizio pasti e trasporto, con quota a carico FRNA. Anno 2009.

Distretto	pasti	trasporti
Ovest	42	51
Centro Nord	188	661
Sud Est	138	226
Provincia di Ferrara	368	938

Fonti: Uffici di Piano Distretto Centro Nord, Ovest e Sud Est.

Nel Distretto Ovest la gestione del servizio di trasporto è realizzata attraverso il progetto "Trasporto Facile". La realizzazione di questo progetto ha segnato una tappa importante per il coinvolgimento delle risorse del volontariato, perché ha consentito ai servizi distrettuali di sperimentare, con buoni esiti, la loro capacità di organizzare le risorse informali della comunità locale e di programmarne l'attivazione, in maniera precisa e calendarizzata, per potenziare l'erogazione di questo servizio che è centrale per l'assistenza domiciliare.

Nel Distretto Centro Nord è attivo il Progetto Giuseppina, che si rivolge agli anziani ultra75enni che vivono soli o con un coniuge di età avanzata. Queste persone sono oggetto di un'attenzione specifica, perché presentano una condizione di fragilità e spesso necessitano di un supporto per svolgere le attività della vita quotidiana o per realizzare gli interventi di cura previsti nel loro progetto assistenziale. Il Progetto Giuseppina, che è realizzato in collaborazione con Cup 2000, interviene su richiesta dell'anziano organizzando gli interventi di accompagnamento. Organizza inoltre la consegna a domicilio dei farmaci o della spesa e altri interventi avvalendosi del supporto di volontari. Attraverso questo progetto sono realizzati anche gli interventi di Uffa che Afa per la gestione delle emergenze legate alle ondate di calore.

Nel Distretto Sud Est nell'ambito della prevenzione della fragilità è stato avviato il progetto di teleassistenza/telecompagnia E care "A casa non si è più soli". Lo scopo è creare una rete comunicativa e relazionale per sostenere l'anziano e prevenire la condizione di isolamento. Il progetto, che è stato promosso dai Comuni



e dall'Azienda Usl in collaborazione con Cup 2000, ha messo a disposizione un Numero Verde 800.072.110 agli anziani ultra75enni in condizione di solitudine e di fragilità. Nel corso dell'anno i beneficiari sono stati 334. Nell'ambito dello stesso progetto, durante il periodo estivo è stato attivato anche il sottoprogetto Emergenze climatiche "ondate di calore". Sempre nei mesi estivi nei Comuni di Codigoro e Migliarino è stata svolta anche una campagna di distribuzione gratuita di acqua, in maniera coordinata con le associazioni del territorio, e istituiti dei numeri verdi per i casi di emergenza.

Per promuovere il mantenimento delle abilità fisiche e al contempo contrastare la solitudine, nel Distretto Sud est è stato realizzato in collaborazione con UISP di Ferrara il progetto "Ginnastica dolce al domicilio". Il progetto si rivolge agli utenti del servizio sociale e ha consentito di realizzare attività di ginnastica dolce domiciliare per piccoli gruppi di persone. L'attività è finalizzata, in particolare, alla sollecitazione dell'autonomia e al miglioramento della percezione corporea, a favorire la socializzazione e a promuovere uno stile di vita attivo.

Nell'anno 2009 sono stati organizzati 4 laboratori presso il domicilio di anziani e in Centri di socializzazione (nel Centro Sociale Le Contrade di Portomaggiore e all'interno della palestra della Casa Protetta Quisisana di Ostellato). Per favorire la partecipazione anche degli anziani particolarmente a rischio di isolamento il servizio ha organizzato l'accompagnamento con il supporto dei volontari del servizio civile e con altri volontari. Tra le attività finalizzate al mantenimento delle abilità fisiche e al contrasto della fragilità sociale si colloca anche il progetto "La palestra non ha età" realizzato nel Comune di Ostellato fra gli anni 2008 e 2009.

L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DISABILITÀ

CENTRI SOCIO-RIABILITATIVI RESIDENZIALI

I Centri Socio Riabilitativi Residenziali (CSRR) hanno una dotazione complessiva di 133 posti, ripartita come indicato nella Tabella che segue:

**Tab. 16 – Assistenza residenziale per DISABILI.
Posti in CSRR nell'anno 2009**

Distretto	Popolazione residente 15-64 anni	N. posti utilizzati	Posti per 1.000 abitanti 15-64 anni
Centro/Nord	112.716	68	0,6
Ovest	49.929	16	0,3
Sud Est	66.250	49	0,7
Provincia di Ferrara	228.895	133	0,6
Regione ER	2.798.713	1.047	0,4
Fonte: Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est, relazione RER novembre 2010			

Lo standard di offerta residenziale della Provincia di Ferrara è di 0,6 posti in CSRR su 1.000 residenti target, a fronte di un valore medio dell' Emilia Romagna di 0,4.

L'attuale dotazione di posti letto posiziona quindi la provincia di Ferrara tra i territori regionali con il maggior livello di offerta. Esistono tuttavia differenze tra i diversi ambiti distrettuali, con 0,3 posti nel Distretto Ovest, 0,6 nel Distretto Centro Nord e 0,7 nel Sud Est. In Regione si riscontrano situazioni provinciali molto differenziate, che vanno da un minimo di 0,2 posti ogni 1.000 abitanti a Cesena fino a un massimo di 0,7 posti presenti nella Provincia di Forlì.

In questo contesto, il Distretto Ovest con 0.3 posti è sostanzialmente allineato ai livelli più bassi del contesto regionale, mentre i Distretti Centro Nord e Sud Est rispettivamente con 0,6 e 0,7 posti ogni 1.000 residenti si collocano tra i territori con i livelli di offerta più elevati.

Nel corso dell'anno con le risorse del FRNA sono state assistite 142 persone, 36 in più rispetto alle 106 del 2008

**Tab.17 – Assistenza residenziale per DISABILI a carico FRNA.
Utenti anno 2009**

Distretto	N. utenti	N. Giornate
Centro/Nord	83	22.792
Ovest	16	5.225
Sud Est	43	11.406
Provincia di Ferrara	142	39.423
Fonte: Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est		

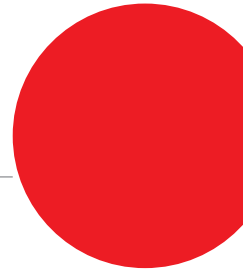
Le Delibere di Giunta Regionale 1230/2008 e 1702/2009 prevedono un graduale inserimento degli interventi a favore delle persone con disabilità nell'ambito del Programma regionale per la popolazione non autosufficiente. Il rafforzamento dell'offerta in Provincia di Ferrara che è stato avviato nel 2007 utilizzando le prime risorse del Fondo Regionale è proseguito nel 2008, con l'attivazione di ulteriori nuovi progetti residenziali realizzati utilizzando le risorse del FRNA. Con la DGR 1230/2008 nel 2009 tutta la rete dei centri residenziali a elevata intensità assistenziale è confluita all'interno dei servizi afferenti al FRNA, e questo ha reso possibile ricostruire il percorso di graduale potenziamento dell'offerta nei termini di seguito indicati:

Nuove attivazioni in CSRR a totale carico del FRNA:

- Anno 2007: + 9
- Anno 2008: +12

Totale utenti assistiti in CSRR (a carico FRNA, Comuni e Fondo Sanitario)

- Anno 2008: 106
- Anno 2009: 142
- Variazioni utenti 2008/2009: + 36 (34%)
- Incremento N. giornate: + 18.748



Tab.18 – Utenti assistiti nei Centri Socio Riabilitativi Residenziali e giornate di assistenza a carico FRNA. Anni 2008-2009

Distretto	2008		2009	
	N utenti	N giornate	N utenti	N giornate
Centro/Nord	22	6.736	83	22.792
Ovest	15	4.576	16	5.225
Sud Est	35	9.363	43	11.406
Provincia di Ferrara	72	20.675	142	39.423
Fonte: Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est. Il dato del Distretto Centro Nord comprende le giornate dei ricoveri di emergenza				

CENTRI SOCIO-RIABILITATIVI DIURNI

I Centri Socio Riabilitativi Diurni (CSR) sono strutture socio-sanitarie a carattere diurno che offrono sostegno alle persone disabili e alle loro famiglie, svolgendo il lavoro di assistenza, educazione e riabilitazione. Al loro interno sono svolti interventi volti all'acquisizione dell'autonomia individuale nelle attività quotidiane, all'integrazione sociale dell'ospite e al mantenimento e potenziamento delle abilità residue della persona.

In Provincia di Ferrara i posti convenzionati sono 168, ripartiti tra i Distretti come indicato:

Tab. 19 – Assistenza semiresidenziale in CSR per DISABILI. Anno 2009.

Distretto	N posti	N posti su 1.000 residenti 15-64 anni
Centro/Nord	87	0,8
Ovest	39	0,7
Sud Est	42	0,6
Provincia di Ferrara	168	0,7
Regione ER	2.261	0,8
Fonte: Uffici di Piano dei Distretti Centro Nord, Ovest e Sud Est, relazione RER novembre 2010		

In rapporto ai residenti, i Distretti presentano una dotazione di posti in centri diurni compresa tra 0,6 e 0,8 posti ogni 1.000 abitanti e registrano degli standard allineati a quelli medi regionali. Nello specifico, in Regione le altre province hanno valori compresi tra 0,5 posti (Parma, Imola e Cesena) e 1,1 (Piacenza e Forlì).

GLI UTENTI E LO SVILUPPO DELL'OFFERTA a carico FRNA nel biennio 2008/2009. Nel 2009 hanno frequentato i Centri Diurni 162 utenti: 87 nel distretto Centro Nord, 39 nel Distretto Ovest e 36 nel Sud Est, in questo Distretto tre utenti hanno terminato il progetto nel corso dell'anno. I dati sono indicati nella Tabella 21 nel capitolo relativo al livello di utilizzo dei centri.

Nel corso del triennio l'utilizzo di questo servizio è stato sostenuto in tutti e tre i Distretti, attraverso le risorse del FRNA: lo sviluppo dell'offerta è stato avviato dal 2007 ed è proseguito nel 2008, prevedendo l'attivazione di nuovi progetti a totale carico del FRNA, nell'ambito del processo di progressivo trasferimento del servizio all'interno del Programma regionale per la non autosufficienza. Nel 2009 la rete dei centri diurni, seguendo le indicazioni della DGR 1230/2008, è confluita organicamente all'interno della rete dei servizi afferenti al FRNA, rendendo possibile ricostruire il percorso di potenziamento del sistema nei termini indicati nella pagina seguente.

**Assistenza semiresidenziale per DISABILI a carico FRNA.
Anni 2008 2009:**

Anno 2008

- Nuove attivazioni a carico FRNA: + 5.
- N. totale utenti (a carico FRNA + Fondo Sanitario e risorse comunali): 165

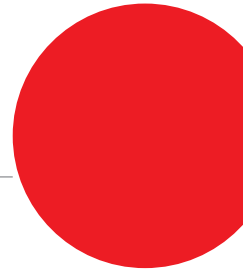
Anno 2009

- N. totale utenti (a carico FRNA + Fondo Sanitario e risorse comunali): 162

**Tab 20 – Assistenza semiresidenziale per DISABILI a carico FRNA.
Anni 2008 - 2009.**

Distretto	Anno 2008		Anno 2009	
	N. posti	N. giornate	N. posti	N. giornate
Centro/Nord	91	16.792	87	16.803
Ovest	37	7.005	39	7.860
Sud Est	37	7.050	42	6.372
Provincia di Ferrara	165	30.847	168	31.035
Fonte: Uffici di Piano.				

Per evidenziare il livello di utilizzo dei posti convenzionati nei centri diurni, la seguente Tabella 21 indica il numero medio di giornate di frequenza, che rapporta il numero di giornate di effettivo utilizzo dei centri al numero di utenti.



Tab. 21 – Assistenza semiresidenziale in CSRD per DISABILI nel 2009.

Distretto	N utenti	N giornate di frequenza	N giornate di frequenza media pro capite nell'anno
Centro/Nord	87	16.803	193
Ovest	39	7.860	202
Sud Est	36	6.372	177
Provincia di Ferrara	162	31.035	192
Fonte: Uffici di Piano			

Il numero di giornate di frequenza degli utenti dei CSR oscilla nei tre Distretti intorno alle 177- 202 giornate annue. Considerando che la capacità di offerta dei Centri aperti 5 giorni alla settimana è indicativamente di 250 giornate l'anno, emerge che l'effettivo utilizzo di questa opportunità assistenziale è inferiore rispetto alla concreta capacità ricettiva dei Centri, e questo lascia i margini ai diversi ambiti distrettuali per riflettere sulla possibilità di proporre un impiego innovativo degli spazi e dei servizi offerti dalle strutture nell'ambito delle loro funzioni.

ASSISTENZA DOMICILIARE

I principali servizi che partecipano alla realizzazione dei percorsi di cura e assistenza in ambito domiciliare sono:

- Servizi di Assistenza Domiciliare;
- Centri Socio Riabilitativi Diurni;
- Assistenza domiciliare integrata (ADI) e assistenza medico infermieristica.

Oltre a questi servizi, sono attivi gli interventi di:

- supporto alla realizzazione del progetto assistenziale, al mantenimento delle abilità personali e della vita sociale (trasporti, pasti);
- sostegno economico: assegni di cura, contribuiti per adattamenti degli ambienti domestici;
- sollievo in centri diurni e strutture residenziali;
- supporto della famiglia;
- qualificazione delle assistenti familiari.

Le attività sono erogate dalle ASP/ASSP, dalle strutture private accreditate o direttamente dai servizi dell'Azienda Usl e dai Comuni, che ne hanno disciplinato con specifici regolamenti le modalità di erogazione, i requisiti di accesso e i criteri di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

Dal monitoraggio del servizio di assistenza domiciliare e delle altre attività di sostegno per i nuclei familiari previste dalla Delibera 1230/08, si evince che in Provincia di Ferrara negli anni 2008 e 2009 si è verificato un progressivo incremento dell'attività domiciliare, in particolar modo del Servizio di Assistenza Domiciliare, degli assegni di cura e delle forme di sollievo per i familiari. Come indicato nella tabella 22, sono aumentate del 60% rispetto al 2008 le attività di

assistenza domiciliare e territoriale, che riuniscono i servizi SAD e gli eventuali ulteriori interventi realizzati nell'ambito di piani personalizzati domiciliari per supportare chi è impegnato ad assistere a casa una persona in condizioni di salute particolarmente gravi.

Tab. 22 – Disabili con assistenza domiciliare o territoriale individuale socio educativa a carico FRNA. Anni 2008-2009.

Distretto	Anno 2008		Anno 2009	
	N. utenti	N. ore	N. utenti	N. ore
Ovest	38	6.615	42	15.000
Centro Nord	76	14.228	91	23.564
Sud Est	37	9.354	28	9.666
Provincia di Ferrara	151	30.197	161	48.230
Fonte: Uffici di Piano				
Il dato comprende le ore di assistenza domiciliare SAD e le attività realizzate nell'ambito dei piani personalizzati domiciliari				

La disponibilità delle risorse del FRNA ha consentito di aumentare le ore di assistenza domiciliare, per sostenere la permanenza a domicilio anche delle persone che richiedono un impegno assistenziale particolarmente elevato.

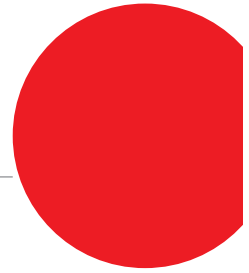
Nel 2009 si registra un aumento anche degli **assegni di cura** erogati a favore di persone con grave disabilità: le persone che ne hanno usufruito sono 188 a fronte delle 169 del 2008.

Tab. 23 – Assegni di cura per disabili con handicap grave (Legge 104/92 art 3). Anno 2009.

Distretto	Anno 2008		Anno 2009	
	N. utenti	N. utenti/ 1.000 residenti 15-64 anni	N. utenti	N. utenti/ 1.000 residenti 15-64 anni
Ovest	41	0,8	48	1
Centro/Nord	76	0,7	78	0,7
Sud /Est	52	0,8	62	1
Provincia di Ferrara	169	0,7	188	0,8
Regione ER	nd	nd	1.734	0,6
Il dato 2008 è comprensivo degli assegni di cura finanziati con le risorse comunali nell'ambito dei Piani di Zona. Gli utenti con assegni di cura a carico FRNA sono 130.				

Come indicato in Tabella 23, questo incremento riguarda tutti e tre i Distretti della Provincia, e in misura maggiore i Distretti Sud Est e Ovest.

Analizzando il quadro regionale, la Provincia di Ferrara si colloca tra i territori che erogano il maggior numero di sostegni economici rispetto alla popolazione resi-



dente: 0,8 fruitori ogni 1.000 residenti, con valori che vanno da 0,7 nel Distretto Centro Nord a 1,00 nei Distretti Sud Est e Ovest a fronte di un valore medio regionale di 0.6.

Allargando l'analisi ai **contributi integrativi di 160 Euro** per le famiglie con assistenti familiari regolari, risulta che in tutti e tre i Distretti l'utilizzo di questo strumento è stato inferiore rispetto a quanto previsto in sede di programmazione. La stessa considerazione vale per l'intero ambito regionale: complessivamente tutte le province dell'Emilia Romagna hanno erogato il contributo integrativo a favore di appena 76 utenti, circa 1 ogni 23 beneficiari di assegni di cura.

Per quanto riguarda i **posti per i ricoveri di sollievo**, l'utilizzo a regime del servizio attivato nel 2008 e la programmazione dei nuovi posti ha comportato in particolare nel Distretto Sud Est un significativo aumento dell'utilizzo di questo servizio.

**Tab. 24 – Accoglienza temporanea di sollievo per disabili.
Anno 2008-2009.**

Distretto	Anno 2008		Anno 2009	
	N. utenti	N. giornate	N. utenti	N. giornate
Ovest	15	912	10	706
Sud Est	11	423	15	1322
N medio giornate per utente	51		81	
* Nel centro nord 2 posti di CSRR sono dedicati ai ricoveri di emergenza. Le giornate sono considerate nel monitoraggio dell'assistenza residenziale.				
Fonte: Az.Usl di Ferrara; Uffici di Piano				

L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ ACQUISITA

Nel 2004 la RER ha emanato la DGR 2068/2004⁽³⁾ relativa alla costruzione di un sistema integrato di interventi sanitari e socio assistenziali per persone con gravissima disabilità acquisita in età adulta. Nel 2008 è seguita la DGR n.840/2008 che fornisce le linee guida per la costruzione delle reti di residenzialità e di assistenza domiciliare. L'Azienda USL ha strutturato la prima ipotesi di rete, da completarsi in un triennio, con la definizione di 18 posti letto dedicati a livello provinciale.

(3) Dgr 2068/ 2004. Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni.

(4) Dgr 840/2008. Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza a domicilio per le persone con gravissima disabilità nell'ambito del FRNA e della Dgr 2068/04.

Nel corso del 2009 sono state assistite 100 persone in condizione di gravissima disabilità acquisita a seguito di cerebrolesioni, mielolesioni o a causa di patologie neurologiche. La Tabella 25 che segue fornisce un dettaglio rispetto alla tipologia di deficit, riportando il distretto di residenza degli assistiti:

Tab. 25 – Persone con gravissima disabilità acquisita assistite in Provincia di Ferrara, con indicazioni della tipologia di deficit. Anno 2009.

Distretto	Gravissima cerebrolesione	Gravissima mielolesione	Patologia neurologica	Totale pazienti
Centro/Nord	32	1	16	49
Ovest	5	0	15	20
Sud Est	10	4	17	31
Provincia di Ferrara	47	5	48	100

Fonte: Banca dati GRAD (GRavissime Disabilità Acquisite) - Regione Emilia Romagna.

La Tabella 26 seguente riporta il dettaglio relativo alla tipologia di assistenza erogata nell'anno:

Tab. 26 – Persone con gravissima disabilità assistite in Provincia di Ferrara

Distretto	N persone assistite in struttura	N persone con assegno di cura
Centro/Nord	26	23
Ovest	5	16
Sud Est	9	22
Provincia di Ferrara	40	61

Note: il N di persone è superiore a 100 per la presenza di utenti che nel corso dell'anno hanno usufruito di entrambe le tipologie di assistenza.
Fonte: Banca dati GRAD (GRavissime Disabilità Acquisite) - Regione Emilia Romagna.

Come rilevato dal monitoraggio regionale delle Gravissime Disabilità Acquisite, 40 persone sono state assistite in strutture residenziali, mentre 61 hanno usufruito di assegni di cura.



Lo sviluppo organizzativo delle cure primarie: dal Nucleo di Cure Primarie alla Casa della Salute

• **MARIA CHIARA TASSINARI**
Direttore Distretto Centro Nord

LE POLITICHE REGIONALI

Il quadro di riferimento regionale

Obiettivo strategico della Regione Emilia Romagna è la realizzazione sul territorio di strutture sanitarie e socio sanitarie per le Cure Primarie a cui i cittadini possono rivolgersi nell'arco dell'intera giornata: punti di riferimento certi dove poter trovare sempre una risposta ai diversi problemi di salute.

Coerentemente con gli obiettivi del Piano Sociale e Sanitario Regionale, la Regione Emilia-Romagna ha intrapreso, sin dal 2008, la strada della ridefinizione dei servizi territoriali, costituendo, in tutte le Aziende USL, i Dipartimenti di Cure Primarie e la loro articolazione territoriale i Nuclei di Cure Primarie (NCP), che rappresentano la modalità organizzativa scelta per dare risposte adeguate e appropriate a problemi di salute delle persone, garantendo continuità assistenziale e prossimità delle cure. Complessivamente sono stati costituiti 216 nuclei di cure primarie ai quali aderiscono il 95% dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

Nella realtà regionale i nuclei di cure primarie sono le unità organizzative di base del sistema delle cure primarie e costituiscono il luogo privilegiato per l'accesso, la continuità assistenziale, l'integrazione delle attività territoriali e di governo clinico in relazione agli obiettivi di salute.

Il nucleo di cure primarie rappresenta la parte spoke di una rete integrata di servizi e a sua volta costituisce una rete clinica di professionisti.

L'integrazione riguarda prioritariamente Medici di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali, Infermieri, Assistenti Sociali, Ostetriche e Fisioterapisti.

Nei NCP si concretizza l'integrazione dei professionisti coinvolti ed è possibile erogare un servizio efficace di continuità diurna dell'assistenza, realizzare la gestione integrata delle patologie croniche ad alta prevalenza e interventi sanitari, sociosanitari e assistenziali a sostegno delle fragilità.

Le funzioni di base del Nucleo possono essere così sintetizzate:

- Accoglienza, prima valutazione del bisogno, orientamento ai servizi.
- Gestione coordinata delle patologie croniche.

- Pianificazione e gestione integrata dell'assistenza domiciliare.
- Educazione sanitaria/terapeutica a diversi target di popolazione per la migliore gestione della propria patologia o per favorire stili di vita sani.
- Assicurazione della continuità assistenziale per problemi ambulatoriali urgenti per 12 ore diurne tutti i giorni della settimana.
- Assistenza farmaceutica sulla base di linee guida condivise.

La promozione dello sviluppo delle cure primarie si sta realizzando anche attraverso un'ulteriore crescita di tutte le professionalità, con particolare riferimento alle professioni sanitarie assistenziali; in tale ottica la DGR n°427/2009 delinea i modelli organizzativi ed assistenziali per erogare un'assistenza coerente con il bisogno di salute della popolazione che fanno riferimento alle reti integrate di servizi, alla medicina d'iniziativa, al disease management e al case management. Lo sviluppo organizzativo delle cure primarie prevede l'individuazione nel medio periodo di sedi di riferimento per i nuclei di cure primarie.

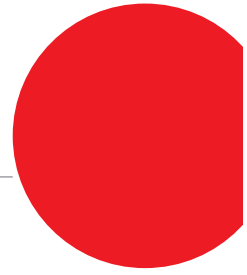
La sede è punto di riferimento dei medici di medicina generale di quel nucleo di cure primarie, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale e può essere punto di guardia medica su ambiti territoriali sufficientemente ampi.

I medici, pur mantenendo il proprio ambulatorio, svolgono a turno parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura, in modo da garantirne un'apertura continuativa durante l'arco della giornata anche in integrazione coi medici di continuità assistenziale nei giorni prefestivi e festivi.

A questa sede possono rivolgersi tutti i cittadini di quell'ambito territoriale negli orari in cui il proprio medico non è presente nel suo ambulatorio, per un problema ambulatoriale urgente o per attività programmate: dagli ambulatori per patologia alla somministrazione di cicli di terapia, alla esecuzione di prelievi ematici. Nella stessa sede i MMG possono erogare direttamente l'assistenza quando lavorano in forma associata.

Elemento di qualità che caratterizza la struttura è rappresentato dalla informatizzazione e dal collegamento in rete coi medici che fanno riferimento a quel nucleo e con le strutture di riferimento dell'azienda.

Oltre al punto unico di accesso ai servizi è presente un punto di ascolto/accoglienza che dà informazioni, fa una prima valutazione del bisogno, orienta ai servizi per problematiche specifiche e funge da osservatorio della domanda. In tale percorso si inseriscono le indicazioni regionali (DGR n. 291/2010) per la realizzazione e l'organizzazione funzionale delle Case della Salute, con l'obiettivo di portare a compimento il sistema delle cure primarie, attraverso una progettualità condivisa con tutte le Aziende USL e le diverse professionalità coinvolte, definendo alcune tipologie a diversa complessità di "Casa della Salute", che deve essere un punto di riferimento certo per i cittadini, e alla quale ci si può rivolgere per trovare una risposta ai propri problemi di salute; e che deve prevedere almeno la presenza di un ambulatorio, aperto tutti i giorni dalle 8.00 alle 20.00 per fornire assistenza alle persone con problemi ambulatoriali urgenti.



Il modello delineato nella DGR n°291/2010, prevede che la "Casa della Salute":

- sia un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie, che coordina le attività erogate e cura le interfacce con gli altri Dipartimenti; sia sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali, rivolti alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento del Nucleo di Cure Primarie;
- sia strutturata come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone, fin dal momento dell'accesso, attraverso: l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze;
- si configuri come un assetto organizzativo, all'interno di una rete integrata dei servizi, con relazioni cliniche e organizzative strutturate che mettono in relazione i Nuclei di Cure Primarie (assistenza primaria) con gli altri nodi della rete (assistenza specialistica, ospedaliera, sanità pubblica, salute mentale);
- nel suo ambito, le relazioni organizzative tra i diversi setting assistenziali siano di norma raccordate dall'infermiere, secondo i principi del case-management; i profili di cura definiti dai diversi professionisti (le reti cliniche) siano agiti all'interno della rete organizzativa.

La "Casa della Salute" può avere una diversa complessità anche in relazione alle caratteristiche orogeografiche del territorio e della densità della popolazione, e pertanto sono state individuate diverse tipologie (grande, media, piccola), precisando che la tipologia di base coincide con la sede del NCP ed è finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria, mentre nella tipologia più complessa sono presenti i diversi servizi territoriali: cure primarie, salute mentale e sanità pubblica.

La "costruzione" della Casa della Salute nella Azienda USL di Ferrara

Il progetto, che prende forma nel 2007, ha radici più profonde e riguarda il NCP di Portomaggiore e Ostellato del Distretto Sud-Est composto da 16 medici di medicina generale, da 2 pediatri di libera scelta, da 8 infermieri dedicati all'assistenza domiciliare e 3 assistenti sociali, e copre una popolazione di 18.880 abitanti.

Sono presenti due medicine di gruppo:

- una con sede a Ostellato: 6 medici, 1 infermiere e un collaboratore per la segreteria;
- una con sede a Portomaggiore: 7 medici, 2 infermieri e 1 collaboratore di segreteria. All'interno della medicina di gruppo sono disponibili 4 letti di osservazione breve diurna;
- una medicina in rete di 3 medici a Portomaggiore.

Tutti i medici sono dotati di un sistema informatico che li collega fra loro e permette anche la trasmissione dei referti ambulatoriali, di Pronto Soccorso e di ricovero dagli ospedali della provincia (progetto SOLE).

La sede principale di riferimento del NCP è il presidio Socio Sanitario Carlo Eppi di Portomaggiore

Dopo la chiusura del presidio ospedaliero nel 1998, la struttura di Portomaggiore è stata completamente riconvertita sviluppando i servizi territoriali rivolti ai residenti di quell'area distrettuale. I servizi presenti ambulatoriali e residenziali si sono sviluppati in modo non coordinato, andando ad occupare gli spazi disponibili; in una palazzina contigua sono collocati i Servizi Sociali.

Anche nel Comune limitrofo, che fa parte dello stesso NCP, l'assistenza primaria è assicurata da una medicina di gruppo di cinque medici.

La scelta di organizzazione del presidio in casa della salute nasce dall'idea forte che i cittadini possano avere una struttura territoriale di riferimento alla quale rivolgersi in ogni momento della giornata, che rappresenti una certezza e che dia la stessa sicurezza che oggi da l'ospedale.

In una rete ricca di servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali come è quella di questo territorio provinciale, esistono infatti quelle che abbiamo definito "le aree grigie dell'incertezza": quando stai male, ma non troppo; quando il medico chiede degli accertamenti per fare una diagnosi, ma non si finisce mai; quando sei in difficoltà a gestire una situazione personale o familiare e fai fatica a trovare chi si prende cura di te.

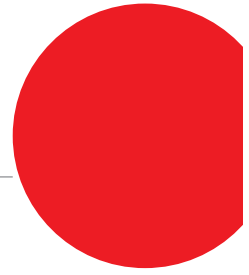
La settorialità delle risposte che abbiamo dato in questi anni, pur con l'impegno di molte risorse, non ha ancora prodotto i risultati attesi: in sintesi si può dire che abbiamo lavorato molto sui nodi della rete, ma non a sufficienza sulle maglie che legano i nodi fra loro.

Ripartire a unità le attività presenti nel presidio, sviluppando compiutamente il modello delle reti integrate di servizi, curando le interfacce, significa innanzi tutto ridefinire il ruolo della medicina generale come nodo della rete che attiva in modo appropriato i diversi percorsi assistenziali.

In questo contesto le cure primarie devono garantire la risposta ai bisogni espressi dal cittadino nello svolgersi di un processo unitario, che prende in carico il paziente all'interno di un sistema capace di esaurire le sue esigenze o di affidarlo a strutture specialistiche. Si tratta di un modello organizzativo che risponde all'idea che il paziente non vada solo curato, perché il sistema è in grado di prendersi cura di lui, conferendo in tal modo una connotazione di natura preventiva e riabilitativa al sistema stesso. Infatti per prendersi cura in modo integrato delle persone secondo le pratiche migliori non è sufficiente operare secondo i criteri di autonomia e responsabilità propri del governo clinico e applicarne gli strumenti, quanto mettere in essere un sistema di conoscenze capace di accogliere la domanda e di tradurla, ove necessario, in servizi.

Il nucleo di cure primarie, forma organizzativa ormai consolidata nella nostra realtà, ha rappresentato senza dubbio la base per la costruzione della casa della salute.

L'informatizzazione della medicina generale e il collegamento con le strutture specialistiche aziendali (progetto regionale SOLE) e la possibilità di ampliare le



fasce orarie di apertura degli ambulatori per le diverse forme associative fino a 12 ore diurne, previste nell' accordo integrativo regionale per la medicina generale, sono stati fondamentali.

A livello locale il rapporto di fiducia e di collaborazione reciproca con i medici di famiglia ha consentito in questi anni di trarre risultati estremamente significativi sulla qualità e sulla appropriatezza delle cure e sulla capacità dell'assistenza primaria di prendere in carico i pazienti con patologie croniche in integrazione con gli specialisti, attraverso la condivisione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali.

Buona, ma con ampie possibilità di miglioramento, è stata la integrazione con le professioni sanitarie e assistenziali delle cure primarie.

Per contro questa crescita ha appena sfiorato il resto dell'organizzazione .

La scelta di dare visibilità , di dare struttura, di dare una casa ai nuclei di primarie, e partire da questa per legare i nodi della rete dei servizi è una scelta radicale, sia nei confronti dell'organizzazione sia nei confronti dei cittadini.

Con l'obiettivo di strutturare la casa della salute come sistema che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, la valorizzazione delle diverse competenze professionali, abbiamo affrontato i tre problemi principali:

- La cultura.
- L'organizzazione.
- La struttura.

Gli strumenti messi in campo relativi all'organizzazione riguardano innanzi tutto una chiara definizione delle responsabilità:

- Afferenza al Dipartimento di Cure Primarie: la casa della salute è una struttura del distretto gestita dal DCP che coordina le attività erogate e cura le interfacce con gli altri dipartimenti aziendali;
- Dirigente infermieristico responsabile dell'organizzazione;
- Le relazioni organizzative tra i diversi setting assistenziali (ospedale, poliambulatorio, residenza, domicilio) sono presidiate dall'infermiere del NCP (care manager);
- Il medico di medicina generale coordinatore del nucleo è responsabile del governo clinico;
- I "percorsi assistenziali" definiti dai professionisti (le reti cliniche) sono agiti all'interno della rete organizzativa (disease management).

Gli strumenti messi in campo relativi al governo clinico particolarmente rilevanti nelle cure primarie sono :

- Il lavoro di equipe:integrazione tra i MMG e con le figure professionali che operano nella struttura dell'area sanitaria e sociale;
- Lavoro per obiettivi;

- La valutazione delle attività;
- La condivisione di percorsi assistenziali integrati;
- La valutazione multidimensionale;
- La comunicazione interna ed esterna;
- La formazione continua;
- La responsabilizzazione sull'uso delle risorse;
- Qualità e accreditamento.

Coerentemente, per quanto riguarda gli aspetti strutturali il progetto architettonico di ristrutturazione ha valorizzato gli aspetti della accoglienza e della fruibilità.

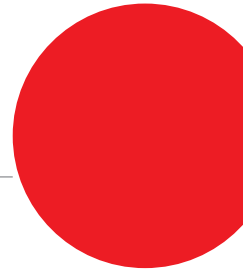
AREA ESTERNA

Il progetto complessivo di realizzazione della Casa della Salute intende promuovere l'inserimento della struttura nel tessuto urbano. Ciò al fine di integrare il presidio nel contesto cittadino. Per raggiungere questo obiettivo sono stati previsti i seguenti interventi:

- L'abolizione della recinzione perimetrale in cemento per poter rendere più facilmente visibile l'ingresso principale alla casa della salute.
- La riqualificazione dell'area cortiliva esterna attraverso un nuovo parco pubblico circostante la struttura, con percorsi pedonali e ciclabili.
- La creazione di una nuova piazzetta che colleghi l'edificio al sistema viario circostante.
- Per valorizzare il nuovo ingresso pedonale, verrà creato un percorso ad hoc con apposita segnaletica all'interno del parco.
- I due nuovi accessi saranno collegati esternamente da un sistema di pensiline e tettoie per favorire gli spostamenti dell'utenza, anche in condizioni climatiche avverse. Gli interventi previsti consentiranno di riqualificare l'architettura dell'intero edificio.
- La Casa della Salute si caratterizza quindi come un intervento globale di riqualificazione dell'esistente, di cui i nuovi corpi di fabbrica rappresentano le linee di sviluppo.
- L'ampliamento sarà realizzato con volumi semplici e regolari, con materiali naturali ed ecocompatibili.
- L'aspetto delle nuove facciate cercherà di armonizzarsi con le architetture preesistenti, pur mantenendo una propria autonomia compositiva ed immediata riconoscibilità.
- Le coperture esterne lungo la facciata principale del complesso, creeranno una sorta di "diaframma" che tende, non solo a riqualificare i punti di accesso della struttura, ma l'intero presidio sul fronte aperto verso la città.

AREA INTERNA

Nel nuovo atrio della Casa della Salute, posto su piano rialzato, saranno aperti punti di prima informazione e servizi di accoglienza in grado di orientare il citta-



dino nei percorsi interni già a partire dall'ingresso.

Sarà realizzato, inoltre, un nuovo sistema di ascensori che condurrà al piano superiore in cui saranno ospitati cinque nuovi ambulatori e il punto organizzativo per le attività ambulatoriali.

Due nuove costruzioni rinforzeranno il sistema di accessibilità della struttura e gli spostamenti tra i piani: il primo ospiterà l'ingresso principale e il nuovo spazio destinato all'accoglienza, il secondo, più ridotto, che ospiterà il vano ascensore.

SVILUPPO SOSTENIBILE

Le scelte di sostenibilità affrontate concernono in primo luogo l'utilizzo di una geometria compatta per il volume del nuovo fabbricato, rivolta a sfruttare al massimo gli spazi disponibili grazie agli interventi di ristrutturazione ed ampliamento.

Un secondo aspetto di rilievo è dato da una configurazione della struttura che migliora le prestazioni di isolamento termico tramite l'uso di facciate ventilate.

Per garantire un elevato comfort e per raggiungere una maggiore qualità, la Casa della Salute sarà costruita rispettando le linee guida e le normative in materia di:

- Superamento barriere architettoniche.
- Protezione dal rumore.
- Prevenzione incendi.
- Contenimento dei consumi energetici.

Gli aspetti principali sui quali si è lavorato a partire dal 2007 riguardano:

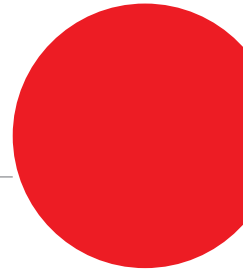
- l'accoglienza e l'orientamento ai servizi sia sanitari che sociosanitari. Le attività sanitarie e socio-sanitarie sono state organizzate per Aree per facilitare l'accesso del cittadino e la sua presa in carico;
- l'assistenza continuativa per problemi urgenti con l'apertura dell'ambulatorio del NCP nelle 12 ore diurne: oltre alla consueta attività ambulatoriale che i medici delle medicine di gruppo e i medici in rete svolgono nei loro studi ha preso il via una sperimentazione che prevede l'accesso diretto per i cittadini con urgenze risolvibili in ambulatorio;
- la possibilità di completare tutti i percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale, attraverso la riorganizzazione di tutte le attività ambulatoriali presenti e la realizzazione di un Punto di Accoglienza (PDA) a gestione infermieristica, che programma gli approfondimenti diagnostici richiesti dallo specialista, fornisce le necessarie informazioni ai pazienti;
- il monitoraggio attivo dei pazienti con patologie croniche col disease management.

Nella costruzione della "Casa della Salute" si passa progressivamente da una struttura territoriale "con un ambulatorio dietro l'altro", ad un insieme di servizi funzionali l'uno all'altro, a partire dall'accoglienza.

I cambiamenti organizzativi, accompagnati da momenti di confronto e formativi con tutte le professioni coinvolte si stanno realizzando affiancandosi agli interventi strutturali, che inizieranno nel 2011, necessari per ricollocare in modo più funzionale e efficiente le diverse aree di attività.

NORMATIVA REGIONALE DI RIFERIMENTO

- Delibera Assemblea legislativa 175/2008 "Piano Sociale e Sanitario 2008-2010".
- DGR 533/08 "Direttiva alle aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita".
- DGR 2011/07 "Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, di cui all'art.3, comma 4, della L.R. 29/2004: indirizzi per l'organizzazione dei dipartimenti di cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche e di sanità pubblica".
- DGR 124/99 "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari".
- DGR n°427/2009 "Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008/2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali".
- DGR n°291/2010 indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale delle Case della Salute.



L'impatto dell'accreditamento sullo sviluppo dei servizi socio-sanitari

- **FELICE MARAN**

Direttore Attività Socio-Sanitarie - Azienda USL di Ferrara

Il processo di accreditamento dei servizi socio-sanitari attivato con le direttive DGR 772\2007, 514/2009, 2109/2009, 2110/2009, 219/2010 e 1336/2010 rappresenta uno degli assi portanti nella costruzione del *nuovo welfare regionale* delineato dal Piano Regionale Sociale e Sanitario, assieme al percorso di superamento delle IPAB con la costituzione delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP) e l'istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

Con le "regole" dell'accreditamento viene delineato un quadro di riferimento nuovo, finalizzato a una maggiore qualità, stabilità e omogeneità nella gestione dei servizi socio-sanitari per anziani e disabili, che prevede precisi standard qualitativi e definisce le modalità di relazione tra Pubblica Amministrazione e soggetti gestori/erogatori.

Attraverso le delibere della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna approvate nel corso del 2010 è stato definito il sistema omogeneo di tariffa dei servizi socio-sanitari accreditati per anziani e disabili⁽¹⁾ e attivato il percorso di accreditamento che, attraverso le fasi del transitorio e del provvisorio, diventerà definitivo entro il 31.12.2013.

Entro il 31.12.2010, con l'accreditamento transitorio (percorso facoltativo introdotto dall'art 23 della L.R. 4/2008 per l'avvio dell'accreditamento) avverrà la trasformazione dei rapporti in essere al 15 marzo 2010 tra Comuni e Azienda U.S.L. con soggetti gestori (pubblici e privati) per l'erogazione dei servizi sociosanitari, in tutti i casi in cui se ne ravvisi l'opportunità rispetto alla programmazione locale e ne esistano le condizioni predeterminate.

Per i processi assistenziali a più elevata efficacia e qualità deve essere garantita la responsabilità in capo ad un unico soggetto gestore operante in forte integrazione con i servizi sanitari e la presa in carico complessiva delle persone e dei loro bisogni.

Elemento centrale del sistema locale dei servizi socio-sanitari è la riaffermazione del forte ruolo della programmazione territoriale da parte degli Enti locali e delle Aziende Sanitarie: il Distretto è la sede che definisce il livello dei servizi da garan-

(1) Sono da definire le indicazioni regionali per le strutture "a bassa soglia" per anziani e disabili, per l'assistenza psichiatrica e per l'assistenza e l'accoglienza dei minori.

tire ai cittadini, in relazione alla tipologia e alla quantità, e l'utilizzo delle risorse, comprese quelle del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. E' sulla base di questa programmazione che viene avviato il percorso di "accreditamento". Un percorso che non riguarda "solo" gli addetti ai lavori ma che avrà ricadute importanti sui livelli di uniformità e di qualità dei servizi in ambito regionale, sull'equità dei sistemi d'accesso e di modalità di contribuzione dell'utenza, oltre che sull'uniformità delle modalità di affidamento dei servizi e, non per ultimo, anche sugli utenti diretti dei servizi e di tutti i cittadini in generale.

I TEMPI

Entro il 31.12.2010 i soggetti che erogano attualmente servizi in convenzione (finanziati con risorse pubbliche: Fondo Regionale Non Autosufficienza, Comuni, AUSL) possono essere accreditati.

A tale scopo possono presentare domanda di **accreditamento transitorio** al Comune capo capofila del Distretto entro il 30\09\2010. Nella documentazione da allegare dovranno indicare tempi e modalità per la realizzazione dell'unitarietà gestionale dei servizi assistenziali. Lo stesso percorso vale per l'**accreditamento provvisorio**, che si applica fino al 2011 per i nuovi servizi da attivare.

Il regime dell'**accreditamento definitivo** si avvia a partire dal 1° gennaio 2011. A decorrere da tale data, non potranno essere più rilasciati provvedimenti di accreditamento transitorio dei servizi e i provvedimenti già concessi potranno essere trasformati in accreditamenti definitivi, con applicazione, pertanto, dei requisiti e del sistema di remunerazione previsti e disciplinati per l'accreditamento definitivo.

La trasformazione dei rapporti di accreditamento transitorio in accreditamenti definitivi dovrà avvenire, in presenza di verifica positiva della coerenza con il fabbisogno indicato dalla programmazione e della sussistenza dei requisiti e delle condizioni previste dalla normativa, in un periodo massimo di tre anni, decorrenti dalla data di avvio dell'applicazione del regime di accreditamento definitivo e quindi entro e non oltre il 31 dicembre 2013.

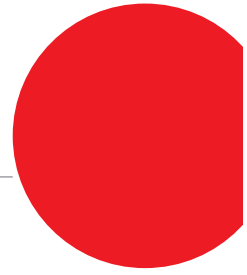
SERVIZI E ACCREDITAMENTO DEFINITIVO

L'accreditamento definitivo definisce requisiti, condizioni e procedure per i seguenti servizi:

- assistenza domiciliare;
- casa-residenza per anziani non autosufficienti (che ricomprende le tipologie casa protetta e RSA);
- centro diurno assistenziale per anziani;
- centro socio-riabilitativo residenziale per disabili;
- centro socio-riabilitativo semiresidenziale per disabili;

REQUISITI

I requisiti e le condizioni gestionali ed organizzative che si applicano a far data dal 1° gennaio 2011 a tali servizi ai fini del rilascio dell'accreditamento definitivo



sono disciplinati dalla Delibera 514\2009 negli allegati A (Responsabilità gestionale unitaria) e D (Requisiti per l'accreditamento definitivo).

I requisiti per l'accreditamento definitivo (allegato D) valgono anche per l'accreditamento provvisorio successivamente al 1° gennaio 2011.

CHI RILASCIA L'ACCREDITAMENTO

L'articolo 38 della Legge 2/2003 e successive modificazioni prevede che all'accreditamento "provvedono i Comuni referenti per l'ambito distrettuale"; l'art. 23 della LR. 4/2008 ribadisce che l'accreditamento è concesso dai "soggetti istituzionali competenti per l'ambito distrettuale".

L'accreditamento ha dunque una valenza "distrettuale" e si muove nel rispetto dei presupposti e dei vincoli adottati dalla programmazione esercitata e valevole in tale ambito.

Il percorso decisionale, e per l'accreditamento provvisorio anche l'intenzione di accreditare, deve garantire adeguate forme di comunicazione ai diversi soggetti interessati.

Le decisioni finali devono essere motivate e nell'ambito del procedimento amministrativo relativo all'accreditamento occorre garantire l'applicazione degli istituti di partecipazione previsti dalla normativa vigente per i soggetti interessati al procedimento.

Nella procedura deve essere assicurata imparzialità di valutazione e la piena parità di trattamento rispetto ai criteri di valutazione predeterminati, con particolare riguardo all'accreditamento provvisorio quando risulta necessario effettuare una selezione tra più aspiranti all'accreditamento del servizio.

Le procedure di accreditamento provvisorio dei servizi devono garantire che le domande presentate dai soggetti gestori siano basate sulla preventiva conoscenza degli schemi di contratto di servizio da utilizzarsi successivamente per la regolamentazione del rapporto di accreditamento. In particolare, dovranno essere predeterminati e adeguatamente evidenziati le condizioni particolari e gli eventuali impegni e oneri economici richiesti al soggetto gestore nella fornitura dei servizi strumentali e di supporto ed eventualmente nell'uso dell'immobile ove si svolge il servizio, laddove questo venga messo a disposizione da parte di un ente pubblico.

RUOLO E FUNZIONI DELL'ORGANISMO TECNICO DI AMBITO PROVINCIALE

L'organismo tecnico di ambito provinciale è il soggetto che, ferme restando le valutazioni effettuate esclusivamente dagli Organismi di cui al punto 3 in ordine al fabbisogno dei servizi e alla coerenza con la programmazione, svolge i compiti tecnici di verifica in merito al rispetto dei requisiti valevoli per la concessione dell'accreditamento.

All'organismo tecnico di ambito provinciale spettano le funzioni di:

- a) istruttoria tecnica di verifica del possesso dei requisiti previsti per l'accreditamento transitorio, provvisorio e definitivo;

b) monitoraggio e vigilanza sul mantenimento dei requisiti previsti per l'accreditamento transitorio, provvisorio e definitivo.

L'organismo tecnico provinciale svolge le proprie funzioni mediante articolazioni distrettuali, assicurando che a livello provinciale venga mantenuto il coordinamento, il monitoraggio e l'omogeneizzazione del sistema di applicazione e verifica dei requisiti.

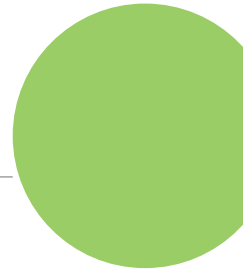
FASE DI PRIMA ATTUAZIONE DELL'ACCREDITAMENTO

Sino alla costituzione dell'organismo tecnico, la funzione istruttoria è assicurata:

- per l'accreditamento transitorio, dall'Ufficio di Piano, che la esercita attraverso una verifica documentale;
- per l'accreditamento provvisorio, dall'Ufficio di Piano che si avvale a tal fine dei tecnici della Commissione istituita ai sensi della DGR 564/2000, nel rispetto del principio dell'assenza di conflitto di interessi.

Similmente, sino alla costituzione dell'organismo tecnico, la funzione di vigilanza sul mantenimento dei requisiti previsti per l'accreditamento è assicurata dall'Ufficio di Piano, che si avvale dei tecnici della Commissione istituita ai sensi della DGR 564/2000, nel rispetto del principio dell'assenza di conflitto di interessi.

Da quanto sin qui rappresentato, appare evidente che il processo di accreditamento rende sempre più chiari ruoli, funzioni e compiti dei numerosi soggetti formali e informali che danno vita al cosiddetto sistema di integrazione socio-sanitaria: dai livelli di programmazione al confronto con portatori di interesse e parti sociali, dal ruolo di committenza a quello di verifica e controllo della qualità servizi, dalle funzioni di accesso e valutazione-progettazione a quello di erogazione delle prestazioni, dai livelli di finanziamento pubblico a quello in carico all'utenza. Un processo articolato e dinamico che rappresenta un ulteriore livello di maturità per tutti i soggetti della rete dei servizi socio-sanitari.



Il Sistema Informativo a supporto della programmazione sanitaria e sociosanitaria

● FOSCO FOGLIETTA

Vice Presidente FIASO

Nel riflettere sulla utilità (di più, sulla indispensabilità) di un buon Sistema Informativo mi soccorre un audace parallelismo con il consumo di cibo; quando questo è sovrabbondante o lo si butta – quindi, non se ne usufruisce – oppure fa male – perché non viene metabolizzato –.

Analogamente la ipertrofia dei dati scoraggia gli utilizzatori potenziali, nel mentre richiede uno sforzo elaborativo particolarmente oneroso. Dunque, i dati non vengono utilizzati e si danneggia contemporaneamente il sistema spreco risorse.

Ne consegue un imperativo categorico: i Sistemi Informativi vanno pensati, progettati, costruiti, implementati e mantenuti in strettissima relazione con il tipo di impiego che se ne intende fare. In relazione, cioè, con gli obiettivi che si vogliono raggiungere attraverso il supporto essenziale di dati e informazioni; obiettivi per il cui conseguimento è necessario rispondere al seguente interrogativo: quali elementi conoscitivi mi servono davvero per definirli in modo puntuale e per verificarne, in termini "oggettivi" (quantificati) il raggiungimento.

Partendo da questa premessa tentiamo una qualche esemplificazione con esplicito riferimento ai Sistemi Informativi collegati all'area dei servizi e delle attività sanitarie e socio sanitarie. Dunque cerchiamo di capire, quali siano i dati e le informazioni indispensabili per supportare i processi orientati al perseguimento di obiettivi che devono essere fissati all'interno della **programmazione locale** (sanitaria e sociosanitaria).

- Processi orientati, ad esempio, a riconfigurare parte della "offerta" assistenziale sulla base delle "mappe" epidemiologiche relative alla popolazione residente e alla prefigurazione di fabbisogni assistenziali collegati alla evoluzione della composizione demografica di tale popolazione;
- Processi che perseguono il miglioramento dei livelli di appropriatezza sia clinica che organizzativa.

In tal caso, occorre acquisire dati che illustrino le differenze nei consumi di prestazioni a sostanziale parità di stratificazione della popolazione e di condizioni patologiche in atto.

Le difformità ingiustificate vanno riassorbite indicando percorsi di riduzione graduale dei consumi a seguito di interventi che puntino a rimuovere le cause che li hanno generati.

Ciò vale per la farmaceutica, la specialistica e la diagnostica, i ricoveri ospedalieri, le residenzialità protette, varie tipologie di ausili e di protesi, la risorsa umana all'interno di assetti organizzativi e operativi nominalmente identici.

Non serve a nulla computare il numero degli utenti assistiti e delle prestazioni fornite da ogni servizio e/o struttura erogativa. E' indispensabile, all'opposto, misurare il "quantum" fruito da ogni cittadino - che diviene, così, il centro aggregativo della informazione - o i fattori produttivi impiegati in ogni "linea di produzione" potenzialmente standardizzabile, in tal modo consentendo la loro valutazione comparata.

- Processi che puntino a conseguire livelli di maggiore equità distributiva delle risorse a fronte di una accertata disomogeneità storica della spesa pro capite pesata. Il dato va dunque acquisito in rapporto alle varie possibili unità territoriali di riferimento (Comune, Distretto) e alle diverse articolazioni delle aree di assistenza (medicina di base, specialistica, residenzialità di vario tipo, domiciliarità di vario tipo, spedalità, servizi per l'area materno infantile, per la salute mentale, per la sanità pubblica e altro).

- Processi volti a migliorare le condizioni di accesso in una logica di eguaglianza delle opportunità.

La progressiva omogeneizzazione della modalità di presa in carico, di trattamento, di assistenza di lungo termine deriva, da un lato, dalle ricadute positive che i processi orientati alla equità determinano sull'ampliamento dei margini di utilizzo dei servizi da parte delle popolazioni storicamente più svantaggiate e consegue, dall'altro, ad una puntuale revisione delle più evidenti difformità: fra le prassi attuative di percorsi clinici tipo logicamente identici; fra i vari tentativi di controllo della domanda; fra le soluzioni adottate per rispondere al meglio alle esigenze non soddisfatte (domande inevase); fra le risposte assistenziali assicurate a quote di popolazione peculiarmente "fragili" per ragioni di ordine fisico, psichico ed etnico/culturale.

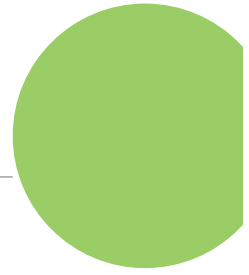
Per ridurre i livelli di disomogeneità occorre, ovviamente saperli descrivere, misurandone le dimensioni in termini sia quantitativi (la composizione delle popolazioni "fragili", ad esempio) sia qualitativi (la descrizione dei fattori che delineano la diversità della presa in carico, ad esempio; oppure la difforme consistenza delle liste di attesa per unità territoriale e per tipologia di servizio).

- Processi orientati a recuperare efficienza gestionale riducendo all'essenziale il consumo dei fattori produttivi e generando, quindi, il contenimento dei costi di esercizio.

Nell'area della produzione dei servizi e delle attività assistenziali (prescindendo, quindi, dalle azioni che coinvolgono le dinamiche gestionali di natura tecnico-amministrativa) perseguire un tale risultato significa:

>> Eliminare o ridurre tutte quelle differenze, nei costi di produzione, che rendono tradizionalmente disallineate le gestioni di servizi (residenziali e semiresidenziali; ambulatoriali e domiciliari; etc..) ipoteticamente del tutto simili;

>> Ricercare quelle soluzioni organizzative che riescono a garantire la stessa



efficacia assistenziale a costi decisamente più contenuti (un esempio per tutti: la distribuzione diretta del farmaco ed il riciclaggio degli ausili).

E' ben comprensibile come sia necessario conoscere la dimensione delle disomogeneità (attraverso la quantificazione dei costi/prestazione e, quindi, dei costi/attività e, quindi, dei costi/servizio partendo dal necessario incrocio fra ognuno di questi contesti assistenziali e i singoli fattori produttivi che ne consentono la realizzazione) se si vogliono fissare obiettivi di riduzione della forbice sapendo dove agire per eliminare almeno le più vistose inefficienze nell'uso dell'uno o dell'altro dei vari fattori produttivi impiegati.

E' parimenti indispensabile acquisire la quantificazione puntuale (per tipologia di prodotto; per casa produttrice; per confezione; o altro) dei consumi storici (intesi come sommatoria di quelli individuali storicamente rilevati) dei "beni sanitari" che si intendono erogare a costi più contenuti e che si vogliono contrarre a fronte di alternative assistenziali che li rendano parzialmente superflui (l'attività motoria in alternativa al farmaco, ad esempio).

Solo così sarà possibile stimare programmaticamente la dimensione quantitativa della diminuzione dei costi relativi.

- Processi, infine, che puntano a migliorare la capacità di "governo clinico" del paziente da parte degli innumerevoli professionisti che operano all'interno dei servizi sanitari e socio sanitari.

I dati e le informazioni da raccogliere abbandonano il campo della assistenza collettiva, dei grandi numeri; delle serie statistiche relative ad aggregati multifattoriali, per concentrarsi, invece, nella peculiarità della dimensione individuale.

Le "storie cliniche" si descrivono solo in tal modo; la continuità assistenziale – fortemente connotate dalle integrazioni professionali socio sanitarie – si realizza solo attraverso il passaggio di informazioni così connotate; la evoluzione delle condizioni di salute e la valutazione degli esiti clinici (e/o di qualità di vita) ottenuti sono misurabili solo metabolizzando elementi conoscitivi centrati sulla singolarità di ogni percorso assistenziale.

In buona sostanza:

- > I dati e le informazioni di cui abbiamo bisogno per supportare i processi di cambiamento e di ri-orientamento della "offerta" rispetto ad una domanda/consumo meglio conosciuta; per assicurare al paziente un monitoraggio del suo percorso assistenziale più efficace ed efficiente; per ridurre le disuguaglianze e gli sprechi di risorsa etc., devono essere sempre più mirati a tali processi, raffinati nel dettaglio, articolati nella molteplicità dei fattori, clinici e non clinici, posti in essere.

Una informazione, quindi, più difficile ma più essenziale, meno standardizzata ma gestibile da una maggiore quantità di "attori".

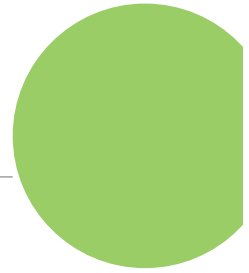
- > Una informazione sempre meno affine a quella che alimenta gli annuari stati-

stici e sempre di più alla ricerca di una propria "personalizzazione" a sostegno della programmazione territoriale e della progettazione individualizzata.

Una informazione di tale genere richiede di essere supportata, alimentata, aggiornata, elaborata, attraverso Sistemi Informativi specificamente progettati allo scopo.

Sistemi informativi che, da un lato, siano sempre più integrati – generando quei grandi compattatori informatici che sono i "data warehouse" – e che, dall'altro, scaturiscano da reti informatiche compatibili di natura inter-strutturale (servizi sanitari e amministrativi; di territorio e ospedalieri) inter-aziendale (ASL e Azienda Ospedaliero-Universitaria) inter-istituzionale (Aziende e Comuni, servizi sanitari; socio sanitari e sociali).

In definitiva, senza una nuova "architettura" dei sistemi informativi e dei corrispondenti supporti informatici non è più possibile promuovere e governare l'innovazione e lo sviluppo di una assistenza di qualità a costi, via via più contenuti.



I trattamenti di assistenza domiciliare

● ALESSANDRA GALLETTI

Dipartimento Cure Primarie - Azienda USL di Ferrara
Responsabile del Modulo Organizzativo ADI Distretto Centro-Nord

Le Tipologie di Assistenza Domiciliare (TAD) considerate comprendono i trattamenti in cui il Medico di Medicina Generale è presente attivamente (TAD MMG), per i quali è prevista una suddivisione in tre livelli di intensità assistenziale, i trattamenti in cui è l'infermiere la figura professionale che prevalentemente assiste il paziente (TAD Infermieristiche) e le modalità di cura in cui è prevalente l'assistenza tutelare (TAD Sociali).

Non sono oggetto della presente rilevazione le Prestazioni Occasionali, vale a dire tutte quelle prestazioni sanitarie e socio/assistenziali che prevedono l'intervento del professionista e si concludono con una prestazione e pertanto non necessitano di un piano personalizzato di assistenza e di una valutazione multidimensionale.

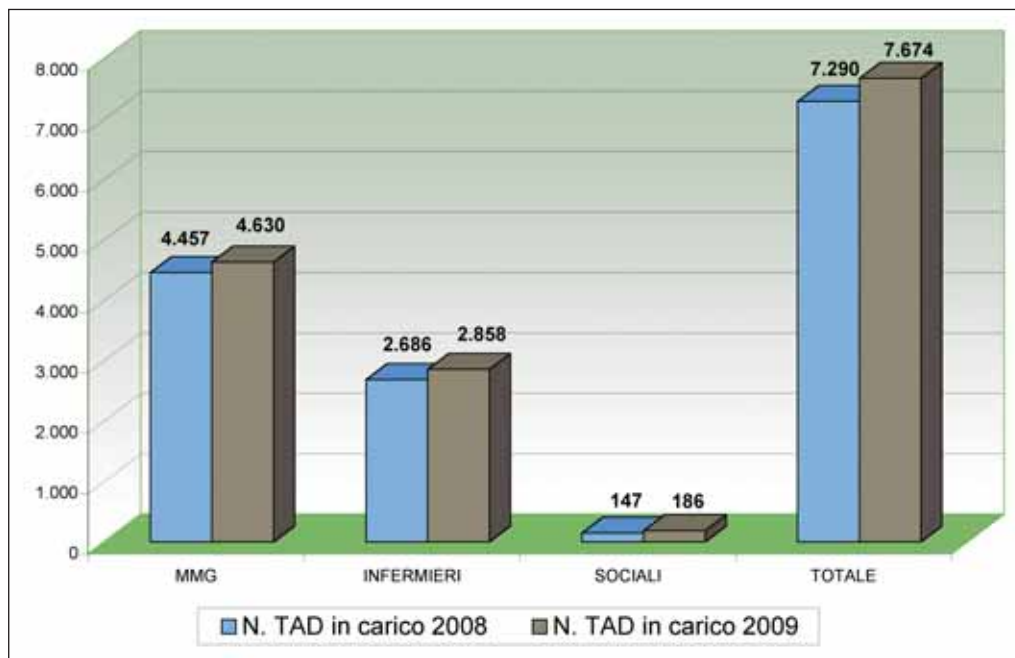
Tab. 1 – TAD per Distretto. Anno 2009.

Tipologia di Assistenza Domiciliare (TAD)		<i>Distretto Ovest</i>	<i>Distretto Centro Nord</i>	<i>Distretto Sud Est</i>	<i>TOTALE</i>
MMG	Livello 1	618	1.253	873	2.744
	Livello 2	152	722	558	1.432
	Livello 3	16	237	201	454
totale TAD MMG		786	2.212	1.632	4.630
Infermieri		557	1.692	609	2.858
Sociale		21	95	70	186
TOTALE		1.364	3.999	2.311	7.674

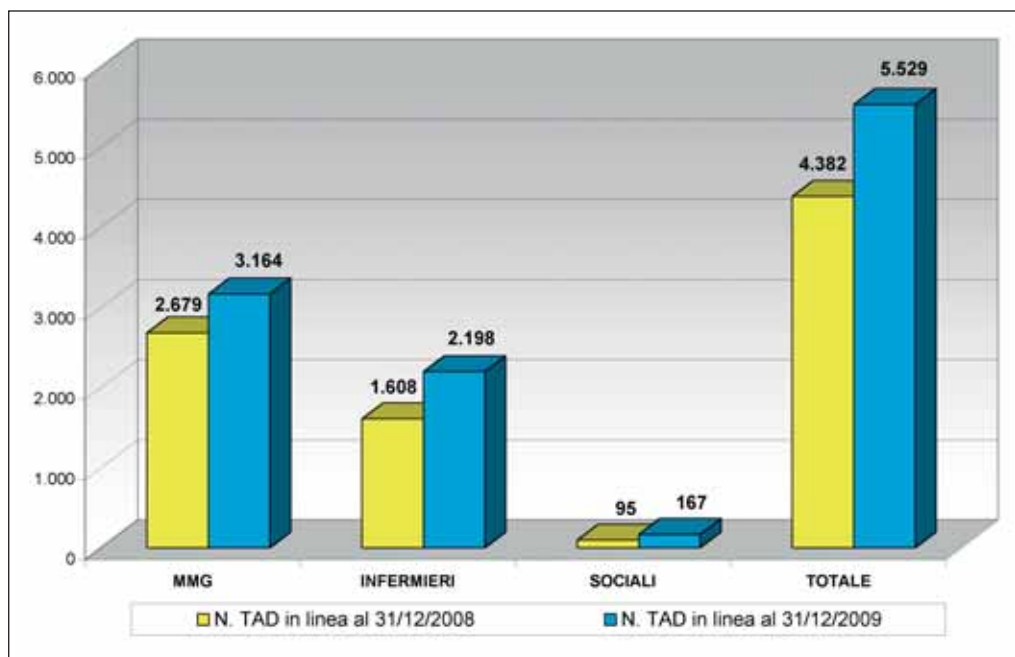
Le TAD del MMG (4.630) corrispondono al 60% del totale degli episodi di cura (7.674), al 38% si attestano le TAD Infermieristiche (2.858) e al 3% circa le TAD Sociali (186).

Relativamente alle TAD, oltre a calcolare il loro numero complessivo nel corso del 2009, sono stati fatti altri tipi di valutazioni e confronti con l'anno precedente, quali le **TAD in carico** (le TAD complessivamente seguite), le **TAD in linea**, vale a dire il numero di TAD "attive" in un determinato giorno dell'anno, e relativamente alle TAD del MMG, la loro **durata media** (giorni intercorsi tra il primo e l'ultimo accesso domiciliare effettuato).

Grafico 1 – Confronto TAD in carico 2008/2009.



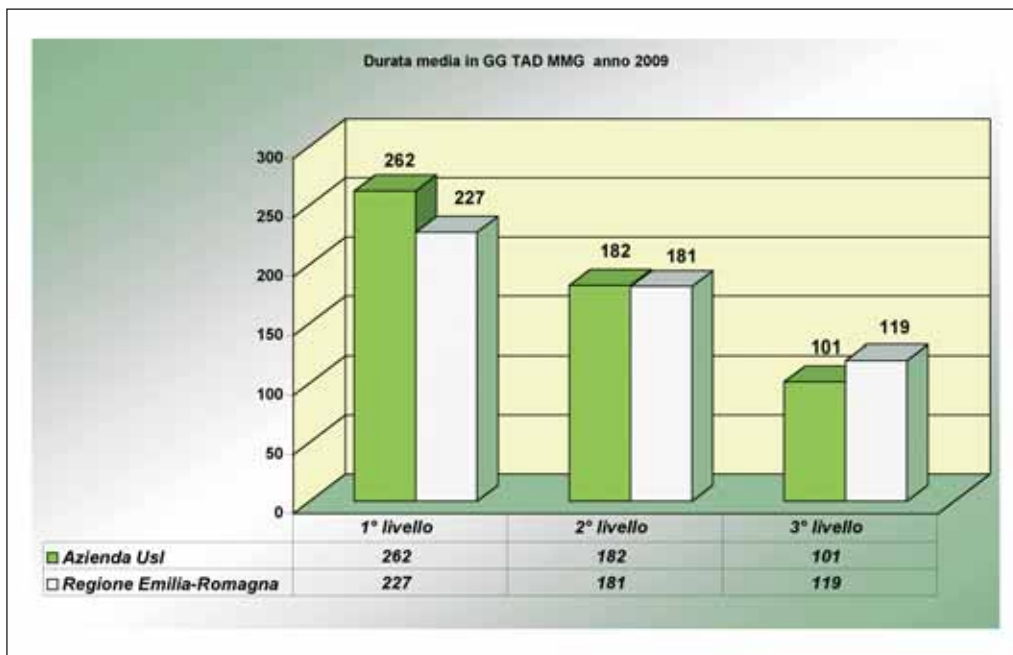
Graf. 1 bis - TAD in linea 2008/2009



Sono aumentate sia le TAD in carico che quelle in linea, rispettivamente del 5% e del 26% complessivamente; in entrambi i casi l'incremento maggiore riguarda le TAD Sociali (27% e 76%).

Considerando l'aumento delle TAD in linea al 31/12/2009, appare plausibile ipotizzare un incremento, nel corso del 2010, dei pazienti seguiti rispetto all'anno precedente.

Graf. 2 – Durata media delle TAD.



Dal confronto con i valori regionali, si vede come Ferrara si caratterizzi per una durata maggiore delle TAD di Livello 1 e minore delle TAD di Livello 3; pressoché sovrapponibile la durata delle TAD di Livello 2: ciò sembrerebbe indicare la tendenza ad una presa in carico anticipata per i casi a bassa intensità assistenziale e in una fase più avanzata della patologia per i pazienti terminali.

Sono state effettuate inoltre alcune valutazioni riguardanti le persone in assistenza domiciliare, in riferimento all'**età** e al **sesso**.

L'assistenza domiciliare nel 2009 è stata utilizzata soprattutto da anziani ultrasettantacinquenni, prevalentemente di sesso femminile: dei 7.175 pazienti assistiti, 4.775 (67%) sono di sesso femminile e 5.788 (80%) hanno più di 75 anni; gli assistiti di età compresa tra gli 80 e gli 89 anni costituiscono il 50% del totale.

Tab. 2 – Assistiti in carico per età e sesso. Anno 2009.

Classi di età	Maschi	% sui maschi assistiti	Femmine	% su femmine assistite	TOTALE	% sugli assistiti totali
meno di 65 anni	259	11%	293	6%	552	8%
65-74	402	17%	433	9%	835	12%
75-79	417	17%	669	14%	1.086	15%
80-84	530	22%	1.089	23%	1.619	23%
85-89	543	23%	1.393	29%	1.936	27%
90-94	160	7%	555	12%	715	10%
>=95	89	4%	343	7%	432	6%
TOTALE	2.400	100%	4.775	100%	7.175	100%

Fino a 75 anni, il numero di maschi e femmine seguiti è molto simile; oltre questa età sono numericamente prevalenti le donne e non solo in termini assoluti (come ci si può attendere vista la maggiore numerosità delle femmine in queste classi di età).

Tab. 3 – Assistiti in carico su 100 residenti di pari età e sesso. Anno 2009⁽²⁾

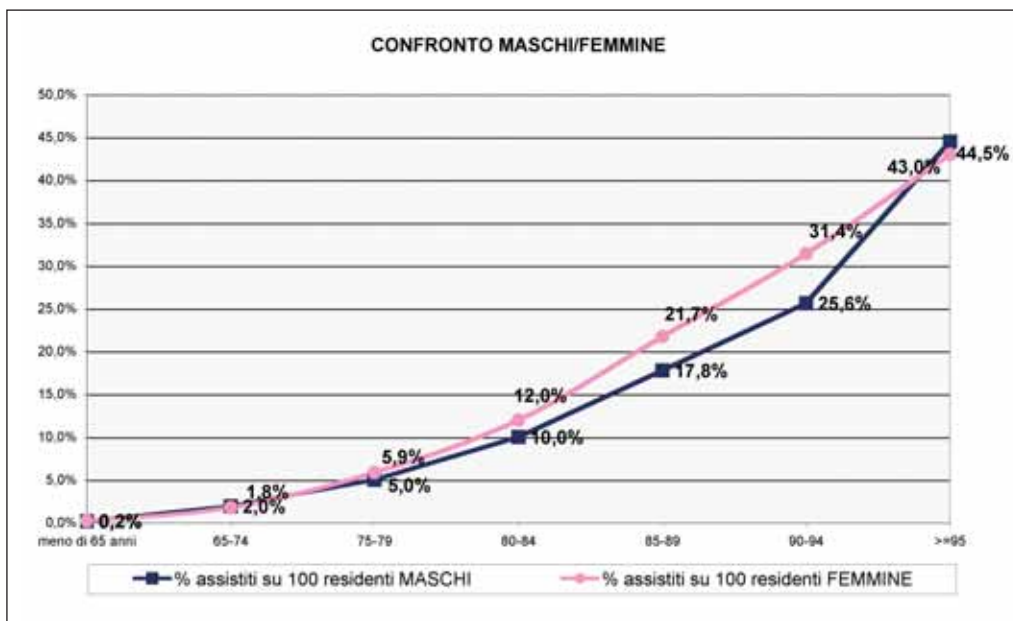
Classi di età	MASCHI			FEMMINE			TOTALE		
	Assistiti	Residenti	% assistiti su 100 residenti MASCHI	Assistite	Residenti	% assistite su 100 residenti FEMMINE	Assistiti	Residenti	% assistiti su 100 residenti
meno di 65 anni	259	133.744	0,2%	293	133.679	0,2%	552	267.423	0,2%
65-74	402	20.522	2,0%	433	24.161	1,8%	835	44.683	1,9%
75-79	417	8.265	5,0%	669	11.382	5,9%	1.086	19.647	5,5%
80-84	530	5.297	10,0%	1.089	9.074	12,0%	1.619	14.371	11,3%
85-89	543	3.050	17,8%	1.393	6.406	21,7%	1.936	9.456	20,5%
90-94	160	624	25,6%	555	1.765	31,4%	715	2.389	29,9%
>=95	89	200	44,5%	343	797	43,0%	432	997	43,3%
TOTALE	2.400	171.702	1,4%	4.775	187.264	2,5%	7.175	358.966	2,0%

Infatti, analizzando la Tabella 3 e il Grafico 3, che confrontano la percentuale di assistiti su 100 residenti di pari età e sesso, si vede come tra i 75 e i 94 anni la percentuale delle donne in assistenza domiciliare sia maggiore rispetto a quella dei maschi; oltre i 95 anni le percentuali si riallineano.

(2) Popolazione residente al 31/12/2009. Fonte Provincia di Ferrara.

Il fenomeno potrebbe essere dovuto al fatto che le donne tra i 75 e i 94 anni presentano necessità assistenziali erogabili al domicilio, mentre ciò accade in misura minore per gli uomini. Questo sembra essere un "fenomeno di genere" che meriterebbe ulteriori approfondimenti.

Graf. 3 – % Assistiti su 100 residenti di pari età e sesso. Anno 2009.



Altre variabili che sono state analizzate riguardano la quota di **nuovi assistiti**, cioè dei pazienti che per la prima volta nel 2009 hanno ricevuto un episodio di assistenza domiciliare, e quella dei **dimessi**, per i quali l'assistenza domiciliare nel 2009 si è conclusa. La Tabella 4 e il Grafico 4 descrivono il fenomeno dei nuovi assistiti tenendo conto dell'età e del sesso.

Complessivamente si è verificata nel 2009 l'attivazione per 3.303 nuovi assistiti, pari al 46% del totale; i nuovi assistiti prevalgono nel sesso maschile (oltre il 50% di nuovi casi sul totale degli assistiti maschi, a fronte del 44% circa delle assistite femmine).

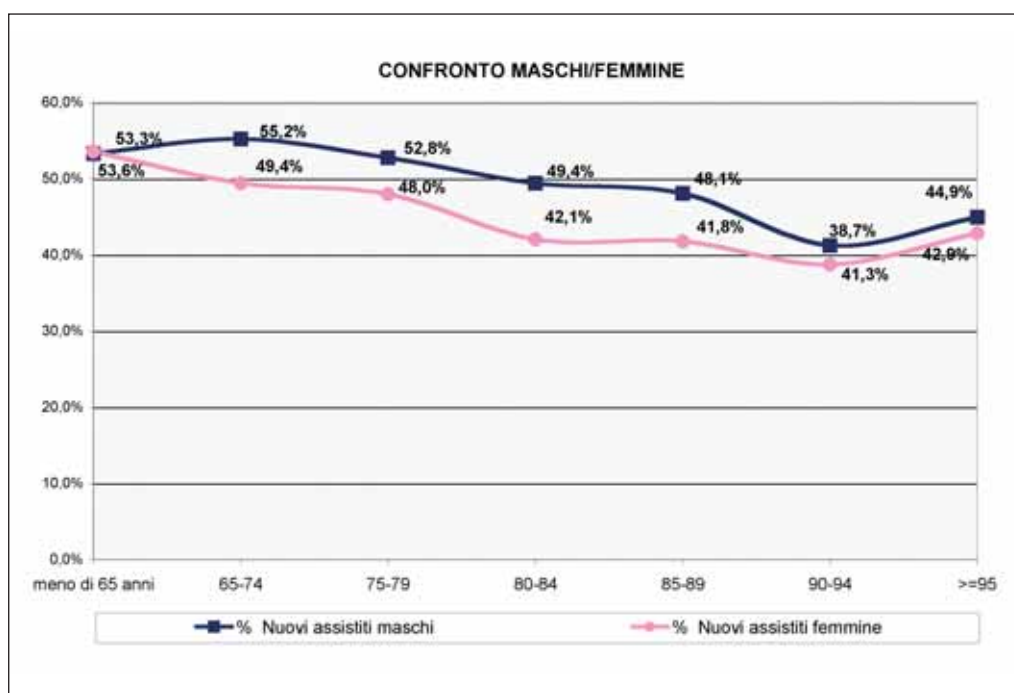
Analizzando il dato per classi di età, si vede come la percentuale più alta di nuovi "ingressi" riguardi naturalmente le classi più giovani (oltre il 50% tra i 65 e i 74 anni) – tra gli 80 e i 94 anni si ha la percentuale minore di nuovi ingressi: è questo il periodo in cui i pazienti rimangono in assistenza domiciliare più a lungo. Oltre i 95 anni, la percentuale di nuovi ingressi ricomincia a salire.

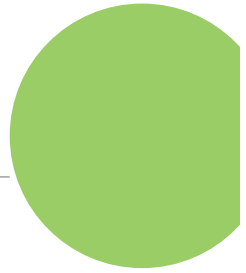
Il fenomeno ha caratteristiche lievemente diverse nei 2 sessi: la differenza più rilevante riguarda la classe di età dei nuovi ingressi. Le donne sono percentualmente maggiori tra i nuovi assistiti con meno di 65 anni, negli uomini la percentuale maggiore è tra i 65-74 anni.

Tab. 4 – Nuovi assistiti in carico. Anno 2009.

AZIENDA USL Ferrara % Nuovi assistiti sul totale degli assistiti in carico nel 2009									
Classi di età	MASCHI			FEMMINE			TOTALE		
	Nuovi Assistiti	Totale Assistiti in carico	% Nuovi assistiti maschi	Nuovi Assistiti	Totale Assistiti in carico	% Nuovi assistiti femmine	Nuovi Assistiti	Totale Assistiti in carico	% Nuovi assistiti
meno di 65 anni	138	259	53,3%	157	293	53,6%	295	552	53,4%
65-74	222	402	55,2%	214	433	49,4%	436	835	52,2%
75-79	220	417	52,8%	321	669	48,0%	541	1.086	49,8%
80-84	262	530	49,4%	458	1.089	42,1%	720	1.619	44,5%
85-89	261	543	48,1%	582	1.393	41,8%	843	1.936	43,5%
90-94	66	160	41,3%	215	555	38,7%	281	715	39,3%
>=95	40	89	44,9%	147	343	42,9%	187	432	43,3%
TOTALE	1.209	2.400	50,4%	2.094	4.775	43,9%	3.303	7.175	46,0%

Graf. 4 - % Nuovi assistiti sul totale degli assistiti. Anno 2009.



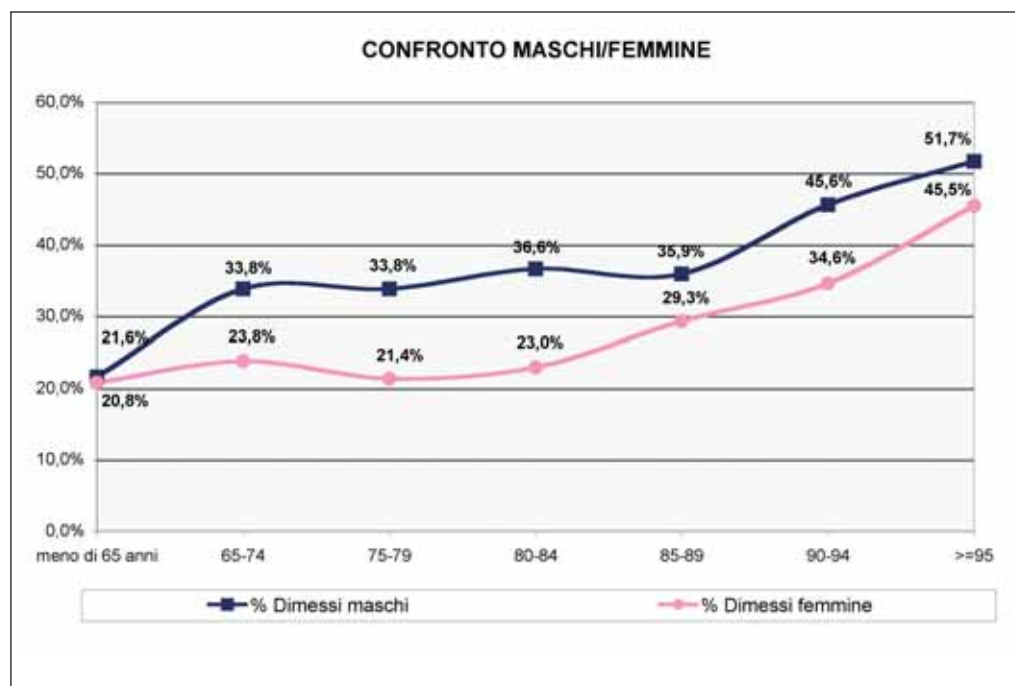


La Tabella 5 e il Grafico 5 illustrano l'andamento delle dimissioni dall'assistenza domiciliare.

Tab. 5 – Dimessi nel 2009.

AZIENDA USL Ferrara % Assistiti dimessi sul totale degli assistiti in carico nel 2009									
Classi di età	MASCHI			FEMMINE			TOTALE		
	Dimessi	Totale Assistiti in carico	% Dimessi maschi	Dimessi	Totale Assistiti in carico	% Dimessi femmine	Dimessi	Totale Assistiti in carico	% Dimessi
meno di 65 anni	56	259	21,6%	61	293	20,8%	117	552	21,2%
65-74	136	402	33,8%	103	433	23,8%	239	835	28,6%
75-79	141	417	33,8%	143	669	21,4%	284	1.086	26,2%
80-84	194	530	36,6%	250	1.089	23,0%	444	1.619	27,4%
85-89	195	543	35,9%	408	1.393	29,3%	603	1.936	31,1%
90-94	73	160	45,6%	192	555	34,6%	265	715	37,1%
>=95	46	89	51,7%	156	343	45,5%	202	432	46,8%
TOTALE	841	2.400	35,0%	1.313	4.775	27,5%	2.154	7.175	30,0%

Graf. 5 – % Dimessi sul totale degli assistiti. Anno 2009.



Nel 2009 sono stati dimessi 2.154 pazienti (il 30% dei pazienti in carico). Anche in questo caso il fenomeno assume maggiore rilevanza tra gli assistiti maschi, di cui viene dimesso il 35% contro il 27,5% delle femmine.

L'analisi per età mostra un andamento speculare al fenomeno dei nuovi assistiti, con percentuale più bassa di dimessi tra le classi più giovani (fino a 75 anni); nelle classi intermedie si mantiene intorno al 30-35%, per poi risalire oltre il 45% negli ultra novantenni.

La differenza tra i due sessi si accentua nelle classi intermedie dove la percentuale di dimessi è particolarmente più elevata tra i pazienti di sesso maschile – alle due estremità la curva presenta un riallineamento.

Dalle analisi effettuate in riferimento all'età e al sesso, si può concludere che l'Assistenza Domiciliare viene erogata prevalentemente per le donne, che entrano in assistenza ad età inferiore rispetto ai maschi e tendono a rimanere per periodi più lunghi: ciò appare un'ulteriore piccola conferma di quanto verificato negli ultimi anni dalla Medicina di Genere, secondo cui le donne vivono più a lungo degli uomini, ma si ammalano di più, usano di più i servizi sanitari e hanno un maggior numero di anni di vita in cattiva salute.

CONFRONTO TRA DISTRETTI

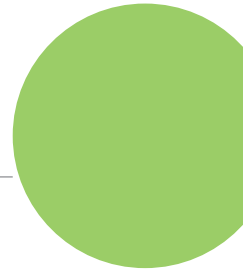
Molte delle variabili analizzate a livello aziendale, sono state verificate nei tre Distretti, evidenziando alcune caratteristiche peculiari.

Confrontando il tasso di copertura (**Tab. 6**), si vede che gli episodi di assistenza domiciliare sono stati in Azienda 21, 4 su 1.000 residenti, con un range compreso tra i 17, 5 del Distretto Ovest e i 22, 5 dei Distretti Centro Nord e Sud Est.

Nei tre Distretti le TAD numericamente prevalenti sono quelle dei MMG: il valore medio aziendale è di 12, 9 TAD MMG per 1.000 residenti, variando tra le 10, 1 TAD del Distretto Ovest e le 15, 9 del Distretto Sud Est.

Tab. 6 – N. TAD su popolazione residente per Distretto. Anno 2009.

Tipologia Assistenza Domiciliare (TAD)	Distretto OVEST		Distretto Centro Nord		Distretto Sud Est		AZIENDA	
	N. TAD	N. TAD su 1.000 residenti	N. TAD	N. TAD su 1.000 residenti	N. TAD	N. TAD su 1.000 residenti	N. TAD	N. TAD su 1.000 residenti
MMG	786	10,07	2.212	12,43	1.632	15,86	4.630	12,90
Infermieri	557	7,14	1.692	9,51	609	5,92	2.858	7,96
Sociale	21	0,27	95	0,53	70	0,68	186	0,52
TOTALE	1.364	17,48	3.999	22,47	2.311	22,45	7.674	21,38



Notevole variabilità esiste anche per le TAD Infermieristiche e Sociali: il valore medio aziendale delle prime è pari ad 8, passando da 5, 9 nel Sud Est a 9, 5 nel Centro Nord; per le seconde il valore aziendale è pari a 0, 5 variando tra 0,3 per l'Ovest e 0,7 per il Sud Est.

Il valore complessivo dell'Azienda di 21,4 TAD su 1.000 residenti è più basso del valore medio regionale pari a 24,7 (compreso tra il valore minimo di 17,3 e il massimo di 30,3).

La distribuzione degli assistiti per età e per sesso, come illustrato nelle **tabelle 7 e 8**, presenta minime differenze tra i tre Distretti: in tutti infatti le femmine costituiscono circa i 2/3 degli assistiti in ADI e approssimativamente l'80% è rappresentato da persone con più di 75 anni.

Tab. 7 – Assistiti per Distretto. Confronto per età. Anno 2009.

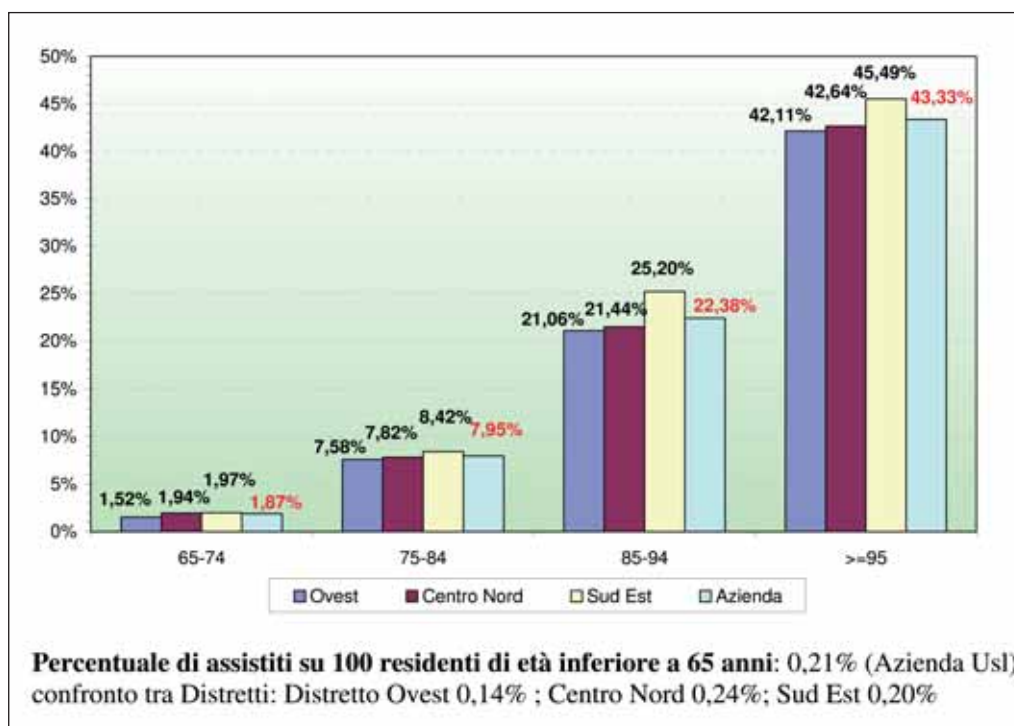
Classi di età	Distretto OVEST		Distretto Centro		Distretto Sud Est		TOTALE	
	Assistiti	% sul totale di Distretto	Assistiti	% sul totale di Distretto	Assistiti	% sul totale di Distretto	Assistiti	%
0-64	84	7%	312	8%	156	7%	552	8%
≥65<75	127	10%	450	12%	258	12%	835	12%
≥75<85	492	39%	1.382	37%	831	38%	2.705	38%
≥85<95	484	38%	1.363	37%	804	37%	2.651	37%
≥95	80	6%	226	6%	126	6%	432	6%
TOTALE	1.267	100%	3.733	100%	2.175	100%	7.175	100%

Tab. 8 – Assistiti per Distretto. Confronto per sesso. Anno 2009.

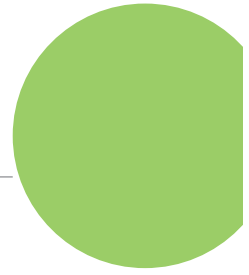
Distretti	MASCHI		FEMMINE		TOTALE
	N. assistiti	%	N. assistiti	%	N. assistiti
OVEST	409	32%	858	68%	1.267
CENTRO NORD	1.241	33%	2.492	67%	3.733
SUD EST	750	34%	1.425	66%	2.175
TOTALE	2.400	33%	4.775	67%	7.175

La percentuale di assistiti in ADI su 100 residenti di pari età e sesso ci consente di apprezzare una maggiore differenziazione tra i Distretti:

Graf. 6 – Confronto tra i Distretti. % Assistiti su 100 residenti di pari età e sesso. Anno 2009.



Nel Distretto Sud Est, la percentuale di pazienti di età superiore ai 65 anni e, soprattutto, degli ultrasettantacinquenni è più rilevante rispetto al valore medio aziendale, a differenza di quanto accade nel Centro Nord, dove è maggiore la percentuale di assistiti tra chi ha meno di 65 anni.



Il programma “dimissioni protette”

- **ALESSANDRA GALLETTI**

Dipartimento Cure Primarie, Responsabile del Modulo Organizzativo ADI
Distretto Centro Nord.

- **CRISTIANO PELATI**

Direzione Infermieristica Aziendale, Responsabile Aziendale dell'Area Ospedaliera.

- **ROSSELLA PESCIERELLI**

Direzione Infermieristica e Tecnica Territoriale, Responsabile Dipartimenti Cure Primarie
Centro Nord e Ovest.

La continuità delle cure è uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento dei servizi socio-sanitari, perché aggiunge al tradizionale concetto di cura quello della presa in carico del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale tra territorio e ospedale. E' una componente della qualità dell'assistenza che riflette il grado di coordinamento tra i diversi livelli e per questo, negli ultimi anni, la definizione e l'attuazione di percorsi di dimissione protetta tra ospedale e territorio hanno rappresentato un obiettivo strategico dell'Azienda USL.

Al lavoro già effettuato negli anni precedenti, che ha portato nel 2007 alla definizione di un percorso di Dimissione Protetta condiviso con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nel corso del 2009 si è affiancata la predisposizione di un percorso di integrazione organizzativa e professionale che ha coinvolto le Unità Operative degli Ospedali dell'Azienda USL, al fine di rendere omogenee in tutto l'ambito provinciale le modalità di pianificazione delle dimissioni protette in Assistenza Domiciliare.

Il processo di attivazione della dimissione protetta in assistenza domiciliare è stato standardizzato nella procedura aziendale RAPID (acronimo che si riferisce alle azioni effettuate dagli operatori coinvolti delle Unità Ospedaliere e della Domiciliare: Raccoglie, Allerta, Programma, Informa, Dimette) per la fase ospedaliera. Durante i primi giorni di ricovero, nell'accertamento iniziale attraverso l'indice di BRASS⁽¹⁾ viene identificato precocemente il soggetto a rischio di dimissione protetta a cui segue la proposta di continuità assistenziale territoriale.

La proposta viene presa in carico dal case-manager delle dimissioni protette dell'Assistenza domiciliare. Il case-manager territoriale della Dimissione Protetta è un infermiere dell'équipe domiciliare che ha il ruolo di valutare, nel contesto della degenza ospedaliera, la proposta di dimissione, assicurare la comunicazio-

(1) Indice di BRASS: Blaylock Risk Assessment Screening – identifica i pazienti che necessitano di dimissione protetta indagando 10 dimensioni (età, condizioni di vita e supporto sociale, stato funzionale, stato cognitivo, modello comportamentale, mobilità, deficit sensoriali, numero di ricoveri pregressi/accessi al Pronto Soccorso, numero di problemi clinici attivi, numero di farmaci assunti) ad ognuna delle quali viene attribuito un punteggio che identifica il livello di rischio di problemi dopo la dimissione.

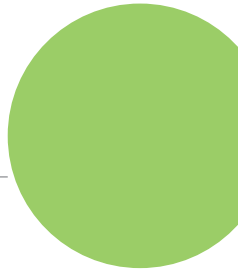
ne con il medico di medicina generale ed effettuare l'educazione terapeutica nei confronti del paziente e del care-giver, con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale per i pazienti che, concluso l'episodio di ricovero, necessitano di un proseguimento delle cure al domicilio.

I percorsi organizzativi e professionali attuati prevedono un incremento dell'intensità delle relazioni tra i reparti ospedalieri e l'assistenza domiciliare: tali relazioni/interfacce, cioè i passaggi da un livello di responsabilità all'altro, costituiscono la fase più delicata, che deve essere monitorata e valutata, attraverso l'utilizzo di opportuni indicatori, impiegati in maniera omogenea su tutto l'ambito aziendale.

Nel corso del 2009 sono stati rilevati alcuni primi dati, relativi alle segnalazioni effettuate dai diversi reparti ospedalieri: sono state 126 le segnalazioni provenienti dalle strutture di degenza del distretto Ovest, 1.295 quelle provenienti dalle strutture del Centro Nord (compresa l'Azienda Ospedaliero-Univesitaria), 400 quelle del Sud Est.

Per il 2010, considerata l'importanza di avere dati certi per monitorare il fenomeno, sono stati individuati alcuni indicatori che valutano sia l'impegno delle Unità Operative Ospedaliere, sia la capacità di risposta del Territorio:

- 1) N° di casi di proposte di dimissione protetta in AD (Assistenza Domiciliare) non ritenuti idonei/N° proposte di dimissione protetta pervenute totali (**valuta l'appropriatezza della domanda da parte del reparto ospedaliero**);
- 2) N° nuovi casi di dimissione protetta in AD/N° totale dimissioni protette in AD (**valuta l'incidenza dei nuovi casi sulla continuità dell'assistenza**);
- 3) Tempo intercorso tra la data della proposta di dimissione protetta in AD e la data di presa in carico della proposta (**valuta la tempestività della risposta da parte dell'Equipe Territoriale**);
- 4) Tempo intercorso tra la data della dimissione di pazienti in terapia parenterale o nutrizione artificiale e la data del primo accesso a domicilio dell'Equipe Territoriale (**valuta la sicurezza relativamente all'effettuazione di programmi terapeutici di particolare impegno**);
- 5) N° di casi di dimissione protetta annullati ma già programmati/N° totale delle dimissioni protette in AD attivate (**valuta l'appropriatezza del percorso di dimissione protetta**);
- 6) N° dei pazienti per i quali è stata attivata l'AD a seguito di dimissione protetta che vengono successivamente rricoverati/ N° totale dei pazienti per i quali è stata attivata un AD a seguito di dimissione protetta (**valuta l'efficacia della continuità assistenziale in Assistenza Domiciliare – RILEVAZIONE ANNUALE**).



Per assicurare la confrontabilità degli indicatori nei tre diversi ambiti distrettuali è stato predisposto un apposito sistema di rilevazione dei dati, utilizzato da tutti gli infermieri case-manager ospedalieri delle Equipes domiciliari, e messo a regime da gennaio 2010.

Da una prima analisi, relativa a sei mesi del 2010, sono emersi dati positivi, sia relativamente all'impegno degli ospedali, in quanto sono state oltre 800 le richieste di dimissione protetta (in circa il 50% dei casi relative a nuovi pazienti, non già in carico all'assistenza domiciliare) risultate appropriate in oltre il 90% dei casi (appropriatezza della domanda), sia relativamente all'impegno delle strutture territoriali, in grado di assicurare la presa in carico dei pazienti entro 72 ore in oltre l'80% dei casi segnalati (tempestività della risposta) ed entro 24 ore in più del 60% dei casi (sicurezza). Nel 30% dei casi circa il percorso già programmato della dimissione protetta non si conclude con la dimissione a domicilio, frequentemente a causa di un aggravamento nelle condizioni cliniche del paziente che obbliga ad adottare altre soluzioni.

In questo modo si sono poste le basi per la costruzione di una serie storica di dati che verrà implementata nei prossimi anni.

Prendersi cura a domicilio delle persone non autosufficienti: un percorso di integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali

● CHIARA BENVENUTI

Direttore Dipartimento Cure Primarie Distretto Centro Nord

Lo sviluppo di una sensibilità più attenta agli aspetti qualitativi dell'assistenza ha imposto un mutamento delle politiche sociosanitarie con uno sviluppo dei progetti di cura al domicilio. All'incremento del numero di anziani legato all'allungamento dell'attesa di vita si aggiunge l'aumento di prevalenza di malattie croniche gravi che richiedono assistenza continua e programmata, erogabile nell'ambito territoriale. Per rispondere a bisogni sempre più personalizzati e complessi è necessaria una nuova risposta assistenziale, caratterizzata da maggiore flessibilità organizzativa, appropriatezza degli interventi con alta qualità e forte integrazione professionale.

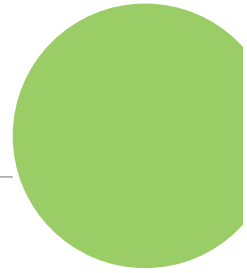
La Regione Emilia Romagna ha posto fra i principali obiettivi da perseguire l'ulteriore sviluppo dell'assistenza domiciliare, quale modalità privilegiata e finalizzata a soddisfare i bisogni di salute in alternativa al ricovero ospedaliero e /o presso strutture residenziali.

Attraverso le risorse del FRNA i servizi domiciliari hanno sperimentato modelli innovativi di assistenza. Infatti l'offerta di servizi sociosanitari e socioassistenziali consolidati, quali l'assegni di cura e l'assistenza domiciliare per anziani e disabili, è stata integrata con nuove opportunità orientate a sostenere la permanenza delle persone al proprio domicilio: ricoveri temporanei di sollievo, servizi di telesoccorso e teleassistenza, iniziative per attivare e supportare le reti informali di solidarietà sociale, servizi di prossimità, programmi di sostegno dei soggetti fragili.

Sul piano metodologico l'efficacia della presa in carico del paziente al domicilio è subordinata alla presenza di una équipe multiprofessionale in grado di definire un Progetto Assistenziale Individualizzato che rappresenti un insieme di interventi specifico per ogni assistito.

Per realizzare tale progetto, soprattutto nei casi a maggiore complessità assistenziale, è necessaria un'efficace integrazione professionale e un coinvolgimento importante della famiglia del paziente non autosufficiente.

Elemento indispensabile per lo sviluppo organizzativo e per il funzionamento della rete dei servizi è stata la formazione integrata di medici di famiglia, infermieri e assistenti sociali. L'esperienza formativa svolta attraverso gli audit nel Distretto Centro Nord ha dato la possibilità ai professionisti di conoscersi, di chiarire gli



ambiti delle competenze professionali e i livelli di integrazione.

Al fine di conseguire i risultati indicati negli obiettivi di programmazione, nell'anno 2009 sono stati costituiti gruppi di lavoro comprendenti medici del Dipartimento Cure Primarie, Medici di Medicina Generale, infermieri dell'ADI e Assistenti sociali che, alla luce del protocollo condiviso sull'assistenza domiciliare integrata, hanno effettuato una revisione critica sui casi in carico, attraverso la valutazione delle schede sociosanitarie redatte dai professionisti e tenute al domicilio dei pazienti.

Le criticità individuate nei percorsi attivati sono state oggetto di discussione e confronto nella Commissione Professionale per le Cure Domiciliari e oggetto di audit.

La flessibilità organizzativa dei servizi sanitari e sociali costituisce ancora un'area "grigia" in un contesto di risorse limitate. Ancora troppo spesso, nonostante la continua attenzione dedicata all'integrazione socio sanitaria, la presa in carico degli utenti è svolta in modo parzialmente integrato, con il risultato di erogare una "somma" di prestazioni necessarie, ma separate tra loro e quindi non sempre riconducibili a un'unica strategia terapeutica riconoscibile. Con questa consapevolezza e con l'obiettivo di qualificare ulteriormente l'integrazione socio sanitaria, sia sul piano professionale, sia su quello organizzativo, si sono avviate azioni di miglioramento e promossi progetti sperimentali.

Per quanto riguarda l'area di Ferrara è stata ripensata l'organizzazione dell'attività infermieristica secondo un modello organizzativo che fa riferimento al Nucleo di Cure Primarie e che consente ai MMG, agli assistiti e ai loro familiari di avere sempre gli stessi infermieri di riferimento e di formalizzare nello stesso contratto terapeutico anche l'infermiere responsabile del caso.

Nei pazienti più complessi, per i quali la complessità sanitaria è associata a una complessità assistenziale, le risorse sono state orientate anche al sostegno del care giver nel loro ruolo di cura, in collaborazione con i Servizi Sociali. Per i casi di maggiore complessità clinica si è previsto di ampliare la presenza degli infermieri al domicilio, in sostituzione del care giver addestrato, per consentire al familiare di assentarsi dal domicilio e di avere "momenti di sollievo" dal lavoro di cura.

Questo modello organizzativo al domicilio ha coinvolto due pazienti affetti da SLA, con un alto gradimento dei nuclei familiari.

Al pari della componente sanitaria, anche il SAD ha consolidato gli interventi avviati negli anni precedenti, con un utilizzo il più possibile flessibile del servizio di assistenza domiciliare, volto a garantire la massima rispondenza ai bisogni dell'assistito e un sostegno concreto al nucleo familiare o al care giver.

In linea con quest'obiettivo i servizi hanno sostenuto anche gli interventi di assistenza notturna, promuovendo la realizzazione di ricoveri di sollievo per anziani affetti da demenza con disturbi di comportamento.

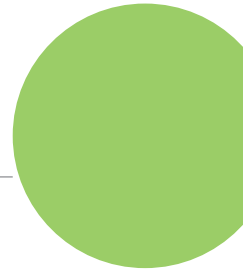
L'Alzheimer è una malattia invalidante non solo per la persona che ne è colpita, ma per l'intera famiglia che viene duramente messa alla prova, poiché richiede

una presenza costante vicino al malato, altera i ritmi sonno veglia e stravolge le relazioni parentali e amicali. Il bisogno di ristabilire un equilibrio in ambito familiare è uno degli aspetti primari a cui si intende dare risposta con questo intervento, che prevede l'accoglienza serale dell'anziano in una struttura residenziale, la somministrazione della cena e la gestione di attività anche durante le ore notturne, fino al momento del rientro a domicilio.

Questo servizio, avviato in forma sperimentale, ha dimostrato la sua capacità di rispondere alle esigenze di sollievo dei nuclei familiari. Ne hanno usufruito infatti 42 utenti, per un totale di 425 giornate di assistenza.

Il supporto ai care giver è stato potenziato anche con il sostegno psicologico ai familiari, promosso attraverso una politica di coinvolgimento del Terzo settore, che si è concretizzata in apposite convenzioni. Nel 2009 sono stati inoltre formati 134 caregiver. Sempre sul piano del supporto psicologico, indirizzato più allo sviluppo delle competenze individuali e di gruppo di pazienti e loro familiari, nel 2009 è proseguita l'attività rivolta a pazienti appartenenti all'Associazione Estense Parkinson, AMRER e AISM. Per i dati di attività si rimanda al capitolo presentato nelle pagine seguenti.

Infine, nel corso del 2009 si è consolidato un programma di intervento rivolto in principalmente agli anziani ultra75enni che vivono soli o con un coniuge di età avanzata. Queste persone sono oggetto di un'attenzione specifica, perché presentano una condizione di fragilità e potrebbero richiedere un supporto per svolgere le attività della vita quotidiana o per realizzare gli interventi di cura previsti nel loro progetto assistenziale. Il Progetto Giuseppina, che è realizzato in collaborazione con Cup 2000, interviene su richiesta dell'anziano organizzando gli interventi di accompagnamento, la consegna a domicilio dei farmaci o della spesa e altro ancora avvalendosi del supporto di volontari. Attraverso questo progetto inoltre sono realizzati gli interventi di Uffa che Afa per la gestione delle emergenze legate alle ondate di calore. Per i dati di attività si rimanda alla rendicontazione contenuta nella prima parte di questo volume e nel capitolo dedicato ai progetti E Care.



Il supporto psicologico alle persone non autosufficienti e ai loro caregiver nella provincia di Ferrara

- **MARIANNA PASELLO**

Psicologa psicoterapeuta, collaboratrice nell'ambito della disabilità e del sostegno ai caregiver, Distretti Centro Nord e Ovest.

- Hanno collaborato alla stesura dell'articolo

Patrizia Veronesi, psicologa e psicoterapeuta dell'ASSP di Copparo e

Matteo Pazzi, Ufficio di Piano Distretto Sud Est.

La condizione di non autosufficienza o di disabilità conseguente una malattia cronico-degenerativa è un evento stressante e traumatico che investe non solo chi ne è affetto, ma l'intero sistema familiare di riferimento, perché ha ricadute sul piano personale, socio-relazionale, lavorativo ed economico. Il familiare che presta assistenza si fa carico dei problemi del proprio congiunto, con un carico assistenziale spesso sbilanciato rispetto alle sue risorse oggettive ed emotive. In questo contesto il supporto psicologico integra il trattamento medico-riabilitativo, per migliorare la qualità della vita dei pazienti e per garantire il più possibile uno stato di 'normalità' alle famiglie, coinvolgendole come protagoniste attive del processo assistenziale. Facilita l'accesso alle informazioni e consolida la collaborazione tra la rete dei servizi, le risorse informali di comunità e le reti di volontariato.

Gia dai primi anni di sperimentazione del FRNA, i tre Distretti della provincia di Ferrara hanno avviato delle azioni di supporto psicologico a favore delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie. Gli interventi proposti sono diversificati e flessibili, per adeguare l'intervento alla specifica situazione familiare e al contesto in cui questa si colloca. Nell'ambito dell'assistenza alla popolazione fragile o non autosufficiente, l'intervento psicologico si rivolge:

- 1) al soggetto non autosufficiente;
- 2) ai familiari e ai caregiver;
- 3) agli operatori dei Servizi.

Le funzioni dello psicologo nell'approccio al soggetto non autosufficiente

Nelle situazioni a minor complessità assistenziale, in cui l'utente è affetto da malattia cronica a contenuto rischio di aggravamento, la funzione dello psicologo è orientata a formare il paziente all'autogestione della propria malattia (empowerment), in modo che diventi un 'esperto' della propria patologia e possa interfacciarsi con gli specialisti dei servizi sociali e sanitari.

Valutando con il paziente quali sono le 'resistenze' alla terapia e al percorso assistenziale, lo psicologo sostiene la persona nel conseguire il massimo livello di autonomia compatibile con le sue disabilità.

Considerando che l'invecchiamento demografico della popolazione e l'aumentata

prevalenza di malattie cronico-degenerative comportano un crescente bisogno di assistenza socio-sanitaria, risulta utile promuovere una cultura del self-management, dell'auto-cura. Ovvero come sostiene Barlow 'l'abilità individuale a gestire sintomi, conseguenze fisiche e psicologiche, e i cambiamenti dello stile di vita inerenti al vivere una condizione cronica.

Nello specifico, lo psicologo realizza azioni di consulenza/valutazione cognitiva, affettivo-comportamentale, funzionale, su aspetti comunicativo-relazionali. In questa fase lo psicologo si può avvalere di strumenti psicometrici di indagine, per individuare le aree di intervento sul singolo, le figure professionali e le risorse da attivare, gli obiettivi della consultazione. Gli interventi sono indirizzati sugli aspetti affettivi-comportamentali e di stimolazione cognitiva, in un contesto di lavoro integrato con altri operatori dei Servizi.

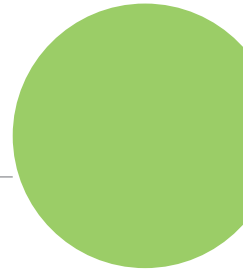
Le modalità di intervento prevedono due tipi di approccio:

- **INDIVIDUALE:** permette di chiarire e articolare meglio una eventuale domanda di aiuto. Può essere di tipo psico-educativo o di carattere psicoterapico.
- **DI GRUPPO:** utilizza la condivisione come strumento per promuovere l'auto-consapevolezza e il cambiamento; attraverso l'incontro e lo scambio si acquisiscono informazioni e strategie per affrontare nel miglior modo possibile le difficoltà e i vissuti ad esse correlate. I gruppi sono omogenei per patologia/problematica.

Le funzioni dello psicologo nell'approccio alla famiglia

Nelle situazioni a maggior complessità assistenziale anche la famiglia diventa portatrice di un forte bisogno di aiuto. In questi contesti gli interventi psicologici si rivolgono ai caregiver, con l'obiettivo di stabilizzare le dinamiche familiari e ridurre le difficoltà organizzative, emozionali e relazionali connesse al lavoro di cura. Aiutano le persone a prendere coscienza della possibilità di avvalersi di un supporto esterno, sostenendole nel percorso di riappropriazione del loro ruolo familiare o professionale. Il ruolo dello psicologo in questa area si realizza mediante azioni di informazione e consulenza sulle problematiche relative alla malattia, sul significato relazionale dei sintomi, sugli eventuali mutamenti circa la relazione col malato nelle diverse fasi di malattia, sulla necessità di sviluppare modelli adattivi a livello della vita individuale e familiare, su come affrontare le difficoltà del lavoro assistenziale. Gli interventi hanno lo scopo di sostenere le azioni di cura, attraverso un'analisi dei momenti 'critici' del lavoro di assistenza e di fornire un'indicazione in merito ai modelli di adattamento funzionali alla condizione di malattia. La modalità dell'intervento anche in questo caso possono essere:

- **INDIVIDUALE:** in cui si offre al familiare un contesto spazio-temporale di ascolto, accettazione e assenza di giudizio. Lo psicologo mediante le tecniche terapeutiche permette al soggetto di raggiungere un grado di auto-comprensione tale da consentirgli di adottare provvedimenti positivi e comportamenti adattivi di fronte al divenire mutevole della situazione collegata alla malattia.
- **DI GRUPPO:** consente ai familiari di ascoltare ed essere ascoltati da persone che vivono la stessa esperienza, e di sentirsi considerati come persone, non



solo come "portatori di cure". Il gruppo è indicato anche per un interventi di tipo psico-educazionale, con programmi strutturati che producono informazioni sulle malattie dei pazienti, sulle risorse ed i servizi disponibili e sui percorsi di formazione per i caregivers.

Le funzioni dello psicologo in relazione agli altri operatori

Nell'ambito del lavoro di équipe, l'intervento dello psicologo è funzionale alla realizzazione di un piano di assistenza improntato a un pieno utilizzo delle risorse personali, familiari e del contesto locale. A fronte di ciò è necessario che il lavoro dello psicologo si integri con quello delle altre figure professionali che gestiscono il caso (medici, educatori, assistenti sociali,...) attraverso momenti comuni di progettazione e di confronto.

Inoltre lo psicologo fornisce un contributo nel formare alla relazione di aiuto gli operatori che prestano assistenza domiciliare.

Nel dettaglio il ruolo dello psicologo può declinarsi nelle seguenti aree:

- nella formazione sulla relazione e sulla gestione delle interazioni con i malati e le loro famiglie, rivolta a operatori dell'area socio-sanitaria e del volontariato, per promuovere modalità di comunicazione più efficaci;
- nella partecipazione all'elaborazione dei piani assistenziali e delle strategie di intervento, privilegiando la metodologia dell'analisi del caso;
- in collaborazione con l'équipe di Valutazione Alzheimer (UVA), per monitorare costantemente la situazione del paziente e della famiglia. Il supporto può essere 'preparatorio' alla possibilità di una diagnosi di demenza, o successivo alla diagnosi, e orientare circa i possibili tipi di sostegno alla famiglia presenti nel territorio (psicologico, assistenziale, sociale volontariato, ecc.);
- in collaborazione con l'équipe borse lavoro-inserimenti lavorativi, attraverso colloqui conoscitivi mirati a valutare le motivazioni al lavoro degli utenti e le principali caratteristiche di personalità inerenti l'ambito lavorativo; per la valutazione vengono utilizzati inventari di personalità.

I principali servizi di sostegno psicologico presenti sul nostro territorio sono indicati nella Tabella 1 'Psicoattività' che segue.

Tab. 1 – 'Psicoattività' nei tre Distretti.

Servizi	Distretti		
	Centro-Nord	Ovest	Sud-Est
Colloqui di sostegno a soggetti non autosufficienti		X	
Colloqui di informazione/consulenza a caregiver	X	X	
Colloqui di sostegno a caregiver	X	X	
Gruppi di supporto per caregiver	X	X	X
Incontri di formazione per caregiver			X
Colloqui ambulatoriali (U.V.A)	X		
Valutazioni disabili per borse-lavoro	X		
Consulenza e sostegno per nuclei familiari ad elevata complessità assistenziale		X	

L'analisi della Tabella 1 rivela le costanti e le peculiarità distrettuali, in tema di sostegno psicologico.

Su tutto il territorio provinciale sono presenti gli interventi di sostegno rivolti ai caregiver. In letteratura gli interventi di gruppo per i caregiver sono molto più frequenti rispetto a quelli individuali, sia per il loro rapporto costo-efficacia, sia per l'opportunità di condivisione, di uscita dall'isolamento e dalla solitudine, offerta dal lavoro in gruppo. Nel Distretto Centro-Nord sono stati effettuati 20 incontri di gruppo, 10 per familiari di anziani fragili, 10 per familiari di persone disabili; in tutto sono stati assistiti 16 familiari. Nel Distretto Ovest gli incontri sono stati complessivamente 35, di cui 18 per familiari di anziani fragili, 17 per familiari di disabili; 25 le persone che hanno partecipato ai gruppi. Il Distretto Sud-Est ha effettuato 24 incontri di informazione/sostegno a cui hanno partecipato 25 familiari di anziani affetti da demenza, in cui, oltre a promuovere un'occasione di confronto e riflessione fra persone con problematiche simili, sono state fornite indicazioni sulla rete dei servizi e su aspetti medico-sanitari, assistenziali, legali.

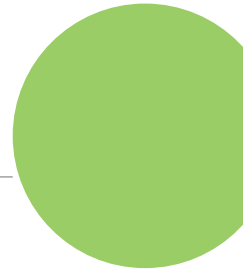
Nel Distretto Centro-Nord e Distretto Ovest ampio spazio viene dedicato agli interventi individuali sul caregiver; studi recenti e diverse meta-analisi indicano infatti l'intervento individuale come la modalità più efficace per alleviare lo stress del caregiver. Nel Distretto Centro-Nord sono stati effettuati 110 colloqui al caregiver o rivolti all'intero nucleo familiare, mentre nel Distretto Ovest sono stati effettuati 95 colloqui che hanno coinvolto 19 familiari di persone non autosufficienti (anziani o disabili).

Peculiarità del Distretto Ovest è il sostegno psicologico dedicato al soggetto disabile/non autosufficiente, mediante colloqui individuali. Il servizio risulta adeguato in particolare nei casi di disabilità acquisite (es. esiti di traumi cranici o di ictus) o disabilità evolutive (es. soggetti affetti da sclerosi multipla o atassia cerebellare): sono stati seguiti 7 utenti per un totale di 48 colloqui. Altro servizio presente nel solo Distretto Ovest è il sostegno per i nuclei familiari a elevata complessità assistenziale, per esempio le famiglie dei malati di SLA.

La presa in carico implica un'analisi dei contesti relazionali del paziente: famiglia, rete sociale, servizi di supporto. Nel 2009 è stata seguita una situazione complessa che rientra in questa tipologia, che ha richiesto una modalità di intervento su più fronti: sostegno al caregiver, sostegno al malato, sostegno agli operatori (assistenti familiari).

Nel Distretto Centro-Nord lo psicologo affianca l'équipe di Valutazione Alzheimer in ambulatorio (UVA) durante le visite di controllo dei pazienti. Nel 2009 sono stati effettuati complessivamente 150 colloqui ai familiari, alcuni nella fase di osservazione e analisi dei bisogni per ricavare dati circa l'andamento complessivo della condizione familiare, alcuni nella fase successiva alla diagnosi per fornire ai caregiver informazioni sui tipi di sostegno presenti nel territorio.

Ancora nel Distretto Centro-Nord lo psicologo collabora con l'équipe dei Servizi Sociali per le borse lavoro, per valutare la possibilità di inserimento lavorativo



attraverso l'analisi della motivazione, la definizione del profilo di personalità, la realizzazione di prove attitudinali. Nel 2009 sono stati 5 i colloqui con somministrazione di scale.

Nell'ambito dei gruppi di sostegno lo psicologo rafforza l'alleanza assistenziale con la famiglia. L'intervento del professionista promuove nei caregiver una percezione positiva delle loro capacità, sostiene l'attivazione delle risorse individuali, favorisce l'adozione di stili di vita adeguati.

Per questo la dimensione del gruppo favorisce la costruzione di una rete di sostegno tra familiari e rappresenta uno spazio di confronto ed incontro, dove le persone mettono in discussione i costrutti rigidi di in-group ed out-group rispetto alla disabilità. Esso rappresenta inoltre un luogo emotivamente sicuro dove poter affrontare il difficile tema "dopo di noi..." (per i genitori dei ragazzi disabili).

Attraverso gli incontri per familiari di tipo informativo ed educativo, tenuti da diverse professionalità, sono forniti strumenti operativi che favoriscono l'orientamento nella rete dei servizi e indicano quali risposte possono essere fornite, nell'ambito della gestione domiciliare del paziente e della prevenzione dello stress del caregiver.

In un'ottica di riabilitazione e prevenzione del disagio psicologico e psicopatologico, una strategia importante è anche il lavoro sul paziente disabile, mediante consulenze/sostegno individuale e gruppi di supporto (presenti già all'interno di alcune Associazioni di Volontariato). Questo tipo di interventi si è mostrato utile per ottimizzare le abilità residue, migliorare la capacità di prendersi cura di sé, lavorando su una maggiore consapevolezza personale, dare voce ai propri stati d'animo e ridimensionarli, aumentare la compliance alle terapie farmacologiche e favorire i rapporti con medici e servizi socio-sanitari.

L'intervento di supporto psicologico interviene efficacemente anche nelle situazioni a elevata complessità assistenziale, per esempio nei confronti delle famiglie che assistono le persone malate di SLA. Si è rivelato utile in particolar modo per la presa in carico delle situazioni dove il contesto familiare è problematico e ostativo al processo di aiuto. In questi casi, nell'ambito dei piani personalizzati, il supporto psicologico ha consentito alle équipe socio-sanitarie di stabilire un'alleanza assistenziale con la famiglia anche nelle situazioni particolarmente difficili.

La sperimentazione del Centro-Nord di inserire la professionalità dello psicologo in alcune équipe (UVA, équipe borse-lavoro) è corroborata da buoni risultati. La strutturazione delle attività di questa figura professionale all'interno della rete dei servizi, che è stata realizzata attraverso momenti organizzati di incontro e condivisione, appare pertanto una linea che può essere seguita anche negli altri Distretti. Un'ulteriore ipotesi di sviluppo riguarda l'ambito della formazione agli operatori. Le tematiche che possono essere approfondite sono quelle relative alle modalità comportamentali del paziente, le dinamiche relazionali della famiglia, le problematiche cognitive del paziente, le dinamiche relazionali operatore-paziente ed operatore-famiglia. Altri ambiti sono quelli relativi allo sviluppo delle capacità della relazione d'aiuto e alla stimolazione cognitiva in soggetti affetti da dete-

rioramento cognitivo a vari livelli. Può facilitare infine l'individuazione di specifici protocolli di valutazione per familiari, pazienti, operatori.

In sintesi, le esperienze descritte mostrano come mediante interventi di supporto psicologico si possano raggiungere risultati interessanti nella gestione territoriale dei casi, fornendo un aiuto ai caregiver in termini di riduzione di stress e di miglioramento della condizione socio-familiare. In questo contesto il supporto della figura dello psicologo favorisce nei malati una cultura del self-care, promuovendo l'acquisizione di strumenti operativi per gestire la propria patologia

Infine l'intervento dello psicologo si colloca all'interno delle Associazioni di Volontariato.

Il supporto psicologico rivolto alle Associazioni di Volontariato è stato pensato e proposto nel piano provinciale 2007 di gestione del Fondo Regionale per la non autosufficienza.

Le Associazioni che hanno richiesto questo intervento sono organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS) a giurisdizione provinciale (GEPa, AISM-Sezione di Ferrara) o regionale (AMRER). Esse promuovono il riconoscimento delle istanze provenienti dalle persone portatrici di malattie (Sclerosi Multipla, malattie reumatiche, Malattia di Parkinson) e dei loro familiari, per promuovere la realizzazione di progetti che offrano loro aiuto e sostegno.

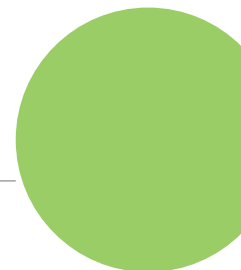
Le iniziative promuovono il benessere delle persone attraverso azioni atte a favorirne l'autonomia e la domiciliarità, garantendo spazi vitali per il mantenimento delle relazioni sociali. Il tentativo è quello di mantenere il più possibile una vita 'normale' mediante il coinvolgimento e la partecipazione di malati e familiari al lavoro e alle attività delle Associazioni. In quest'ottica l'intervento dello psicologo ha l'obiettivo di avvicinare malati e familiari alle Associazioni e far crescere la loro adesione alle iniziative.

Gli scopi specifici del sostegno psicologico sono legati all'informazione, all'adattamento attivo alla condizione di malattia, alla prevenzione di disturbi psicopatologici reattivi alla problematica (ansia, depressione, ritiro, attacchi di panico, somatizzazioni), allo sviluppo di abilità di problem-solving e rinforzo di modalità comportamentali funzionali.

Le tipologie di intervento si suddividono in:

- COLLOQUI DI SOSTEGNO: incontri individuali per il malato o per il familiare, oppure incontri per la coppia o per l'intero nucleo familiare, in base all'analisi dei bisogni
- GRUPPI DI SUPPORTO: costituiti da familiari o da malati

L'azione prevede la collaborazione dell'Unità Operativa di Reumatologia e dell'Unità Operativa di Neurologia dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Arcispedale 'Sant' Anna' di Ferrara, per quello che riguarda l'invio dei casi e pianificazione di interventi mirati. Nella Tabella 2 sono sintetizzate le iniziative di sostegno psicologico attivate.



Tab. 2 – ‘Psicoattività’ nelle tre Associazioni di Volontariato coinvolte.

Servizi	Associazioni		
	AISM	AMRER	GEPa
Colloqui di sostegno a malati e/o familiari individuali/di coppia/familiari	X		X
Gruppi di supporto per familiari			X
Gruppi di supporto per malati	X	XX	

Dall’analisi della Tabella 2 emergono le diverse scelte di intervento attuate nelle tre Associazioni, legate sia alla natura della patologia in oggetto sia ai bisogni espressi dal contesto associativo.

L’Associazione dei malati reumatici (AMRER) ha privilegiato un approccio di gruppo a quello individuale in quanto le patologie da sostenere sono più di una e le richieste numerose; inoltre dalla letteratura scientifica e dalle indicazioni fornite dagli Specialisti Reumatologi dell’Unità Operativa di Reumatologia della Azienda Universitaria Ospedaliera di Ferrara, si evince l’opportunità di un supporto psico-educativo e comportamentale di gruppo. Sono stati realizzati nello specifico 14 incontri per 11 soggetti affetti da Sindrome Fibromialgica e 14 incontri per 11 pazienti affetti da Sindrome di Sjogren.

Nel caso della Sclerosi Multipla (AISM) e della Malattia di Parkinson (GEPa) si è deciso di riservare parte delle ore al sostegno individuale poiché sia la letteratura medica sia gli Specialisti Neurologi, indicano il sostegno psicologico come parte integrante dell’approccio a questo tipo di patologie cronico-degenerative, intervenendo laddove il rapporto con la malattia sia vissuto in maniera disfunzionale.

Per GEPa sono stati effettuati 87 colloqui, tra individuali e di coppia, per un totale di 19 situazioni prese in carico; per AISM sono stati effettuati 77 colloqui individuali che hanno coinvolto 6 malati e 4 familiari. Per GEPa inoltre sono stati realizzati 15 incontri di gruppo per familiari di persone affette da Malattia di Parkinson, che hanno coinvolto 12 caregiver, mentre per AISM sono stati realizzati 22 incontri di gruppo per soggetti affetti da Sclerosi Multipla, che hanno visto la presenza di 8 utenti.

Informazioni ed assistenza psicologica possono rivelarsi essenziali e decisivi per aiutare sensibilmente i malati ed i familiari ad affrontare la situazione e a migliorare la solidarietà all’interno della famiglia. I risultati dell’intervento dello psicologo si sono misurati in termini di benessere dei soggetti coinvolti, miglioramento del loro assetto comportamentale rispetto alla patologia, della qualità di vita e delle relazioni sociali, avvicinamento di nuove persone alle attività associative e integrazione con il team degli Specialisti. Questo ha portato le tre Associazioni a richiedere la continuità dell’iniziativa, che potrebbe trovare elemento di qualificazione in una maggiore integrazione con i servizi socio-assistenziali del territorio.

Teleassistenza e-Care

● **SIMONE LODI**

Referente dei Progetti e-Care, Cup 2000.

Il progetto Teleassistenza e-Care Ferrara, attivato nel 2005 dal Comune e dall'Asl di Ferrara, si è sviluppato negli anni come una rete di cittadini, associazioni, istituzioni, professionisti, in grado di offrire una rete relazionale e di supporto all'anziano fragile e ai caregiver di anziani non autosufficienti.

Il servizio, realizzato da CUP 2000, è nato da un'idea sviluppata dal Prof. Achille Ardigò, che già una decina d'anni fa aveva colto, grazie ai suoi studi, l'emergere della crisi economica del welfare anche a livello locale.

Per questo la Rete e-Care punta a favorire al massimo la permanenza dell'anziano al proprio domicilio, rallentare l'insorgere di condizioni di non autosufficienza, migliorare la qualità di vita combattendo l'isolamento sociale, rendere più adeguata la fruizione dei servizi socio-sanitari, e ridurre i ricoveri ospedalieri impropri. Al contempo, attraverso percorsi sperimentali collegati alla rete e-Care e alle tecnologie in essa sviluppate, si vogliono supportare i caregiver di anziani non autosufficienti, nell'ambito delle cure quotidiane domiciliari.

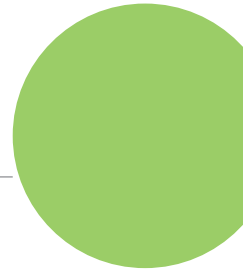
Attraverso un sostegno telefonico periodico e personalizzato, viene effettuato un monitoraggio costante delle fragilità, sia di tipo clinico che sociale, promuovendo comportamenti tesi al miglioramento della qualità della vita e all'aderenza alle indicazioni terapeutiche. Il sistema di monitoraggio, messo a punto da un'équipe multidisciplinare, a cui partecipano in modo attivo i geriatri dell'Azienda USL di Ferrara, permette inoltre l'individuazione e la segnalazione tempestiva di situazioni critiche ai servizi socio-sanitari.

Il sistema risponde anche alle esigenze di socializzazione degli anziani attraverso la valorizzazione delle risorse sociali del territorio e delle loro attività.

A partire dal 2007, grazie ai finanziamenti derivanti dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, il progetto ha avuto un grande sviluppo in termini numerici e qualitativi.

In cosa consiste il progetto e-Care

E Care è un servizio telefonico gratuito operativo da Lunedì al Sabato, svolge un servizio attivo di chiamata settimanale verso le persone che fanno parte del programma di telemonitoraggio e mette a disposizione un Numero Verde per quanti desiderano mettersi in contatto per problemi di varia natura.



Il servizio di Teleassistenza è dedicato agli anziani fragili ultrasessantacinquenni, in situazioni di solitudine e isolamento o di impoverimento delle reti familiari e sociali associate a fattori di fragilità clinica o sociale.

La popolazione di riferimento per i servizi di Telemonitoraggio sono i caregiver, che seguono anziani affetti da patologie dementigene, oppure in fase di riabilitazione a seguito di ictus ischemico o frattura al femore.

E-Care è un servizio gratuito e si attiva con contatti telefonici a cadenza settimanale e possibilità di contattare un numero verde dal lunedì al sabato.

I servizi offerti dalla rete possono essere così sintetizzati:

- supporto relazionale e telecompagnia;
- telemonitoraggio delle condizioni di benessere, qualità della vita e attenzione a sintomi sentinella;
- interventi di sostegno per indurre comportamenti adeguati (*compliance* rispetto a terapie, riabilitazione ecc.);
- attivazione di fisioterapia a domicilio, nel progetto di Telemonitoraggio attivo nel Distretto Sud Est;
- attivazione dell' Unità di Valutazione Geriatrica, nel progetto di Telemonitoraggio attivo nel Distretto Ovest;
- attivazione di servizi di trasporto e accompagnamento, realizzati dal volontariato;
- consegna della spesa a domicilio e disbrigo di altre incombenze quotidiane, sempre in collaborazione col volontariato;
- informazioni in merito ai servizi socio-sanitari di Comuni e Azienda USL;
- prenotazione, rinvio e disdetta visite specialistiche (CUP);
- campagne di sensibilizzazione (emergenza caldo, vaccinazione antinfluenzale, ecc.);
- orientamento all'utilizzo delle risorse sociali del territorio (associazionismo, cooperazione e volontariato)
- programmi di intrattenimento e socializzazione dedicati agli anziani, con la collaborazione dei Centri Sociali e dell'Associazionismo del territorio.

I risultati ottenuti

Il Servizio ha avuto una grande diffusione numerica con un aumento della copertura territoriale, a partire dall'estate 2006, con l'acquisizione del servizio "emergenza caldo" del Comune di Ferrara. In seguito, a partire dal 2009, sono stati coinvolti anche molti dei comuni del Distretto Sud Est e del Distretto Ovest.

Sono stati altresì realizzati due progetti sperimentali di Telemonitoraggio che hanno coinvolto target specifici di popolazione: il primo ha interessato i caregiver di anziani operati per frattura al femore presso l'ospedale Sant'Anna; il secondo studio è stato rivolto agli anziani affetti da demenza senile in fase lieve-moderata e ai loro caregiver residenti nel territorio dell'Alto Ferrarese.

Gli anziani seguiti in rete a Ferrara e provincia, sono saliti da 867 nel settembre 2006 a 2.212 nel dicembre 2009.



PARTE
seconda

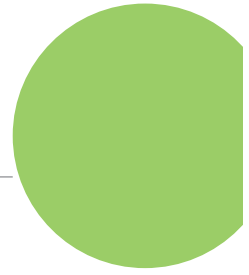
Anche la distribuzione territoriale è mutata e con lo sviluppo impresso al progetto a partire dal 2009 si è estesa fino a coprire buona parte dei Comuni del territorio dell'Asl di Ferrara.

Nel 2009 sono state gestite oltre 34.000 chiamate, di cui 27.000 partite dal Call Center e-Care e 7.000 effettuate da anziani o loro referenti familiari per chiedere l'attivazione di servizi oppure informazioni rispetto i servizi del territorio. Per il 2010 si prevede un incremento di almeno il 30% dei contatti, in particolare una importante crescita delle chiamate in ingresso.

La "Rete" che si è andata consolidando assume una particolare importanza anche in una visione di prospettiva. Infatti, perché il sistema possa funzionare con grandi numeri è necessaria una forte integrazione con i volontari, cooperative sociali, Aziende Servizi alla Persona, operatori delle aziende sanitarie, dei comune e infine dei servizi privati.

Durante l'estate, tramite il servizio "gestione ondate di calore", la popolazione anziana a rischio degli effetti nocivi dell'afa e delle elevate temperature è stata seguita con un piano mirato di interventi speciali, messi a punto grazie alla collaborazione con le istituzioni – i Comuni, la Prefettura, l'Azienda Ospedaliera e la Protezione Civile – e le più importanti realtà del volontariato e della cooperazione sociale che operano a favore della popolazione anziana e fragile.

La rete e-Care ha superato la dimensione del "servizio di telecompagnia", creando un complesso sistema a rete che integra le risorse sociali e i professionisti del sistema socio-sanitario. Un sistema che contribuisce a realizzare l'osservatorio provinciale sulla fragilità, come richiesto dalla Regione Emilia-Romagna, e monitorizza le situazioni di potenziale rischio riuscendo a intervenire nell'immediato per fronteggiare le "allerte". In questo modo offre agli anziani sicurezza, servizi e supporto relazionale, per prevenire o ritardare il sopraggiungere di condizioni di non autosufficienza e si posiziona così nelle linee di sviluppo del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, che pone la prevenzione tra gli obiettivi di maggiore rilievo per una sostenibilità futura degli interventi nei confronti della popolazione anziana.



L'immigrazione nel contesto socio demografico della Provincia di Ferrara

● **PAOLA CASTAGNOTTO**

Responsabile Ufficio Comune per l'integrazione Socio Sanitaria, Azienda USL di Ferrara.

Dall'analisi della popolazione straniera residente nella provincia di Ferrara al 31 dicembre 2009 possono essere tratte alcune considerazioni relative alle caratteristiche socio demografiche della popolazione immigrata e alla sua tendenza a consolidare, nel tempo, i legami con il territorio e con la comunità ferrarese. Uno sguardo d'insieme sulle caratteristiche del fenomeno migratorio nella Provincia di Ferrara è fornito dall'Osservatorio provinciale dell'immigrazione, che nel Report 2009 descrive come "il trend di crescita delle presenze straniere in provincia di Ferrara appare in calo rispetto all'anno precedente. Nel 2009 i residenti stranieri sono aumentati di 2.552 unità (a fronte delle 3.127 nel 2008), passando da 21.985 a 24.537 (+ 11,6%)".

Sempre secondo l'Osservatorio, questo rallentamento è legato ad almeno quattro fattori:

- la scelta del Governo di non emanare alcun decreto flussi per lavoro a tempo indeterminato nel corso 2009;
- la scarsa incidenza del decreto 102/09 di "regolarizzazione" delle domestiche e delle assistenti familiari (considerato che la maggior parte delle domande di emersione saranno esaminate nel corso del 2010);
- la diminuzione delle opportunità di lavoro e, quindi, della forza attrattiva del mercato del lavoro italiano, stante la crisi economica in atto;
- la minor disponibilità di reddito di molti stranieri che, probabilmente, ha rallentato i processi di ricongiungimento familiare in relazione alle difficoltà occupazionali emerse nella seconda metà del 2008 e nel 2009.

Le variegate situazioni migratorie che hanno caratterizzato il 2009 si sono riflesse in un incremento del numero di donne straniere residenti, che sono salite dal 54,1% del 2008 al 54,9% del 2009 sul totale dei residenti stranieri, come indicato nella successiva Tabella1.

**Tab. 1. – Popolazione straniera residente in Provincia di Ferrara.
Anno 2009.**

Comuni	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Area Ferrara: Ferrara, Masi Torello, Poggio Renatico, Vigarano	4.610 (43,5%)	5.979 (56,5%)	10.589
Area Cento: Cento, Bondeno, Mirabello, S. Agostino	2.873 (49,9%)	2.942 (50,6%)	5.815
Area Argenta: Argenta, Portomaggiore, Voghiera	1.768 (48,6%)	1.868 (51,4%)	3.636
Area Codigoro: Codigoro, Comacchio Goro, Lagosanto, Massafiscaglia, Mesola, Migliaro, Migliarino, Ostellato	1.153 (40,1%)	1.719 (59,9%)	2.872
Area Copparo: Copparo, Berra, Ro, Formignana, Iolanda di Savoia, Tresigallo	655 (40,3%)	970 (59,7%)	1.625
Totale	11.059 (45,1%)	13.478 (54,9%)	24.537

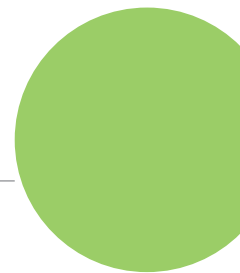
Le migrazioni hanno riguardato soprattutto i Paesi connotati da una forte e consolidata emigrazione femminile, quali l'Ucraina (da 2.188 a 2.590 unità), la Moldavia (da 1.323 a 1.615 unità) e la Romania (da 3.075 a 3.468 unità).

Sono inoltre aumentati oltre la media provinciale anche i residenti di origine pakistana, passando da 1.623 a 2.027 unità (+24,9%), in virtù degli elevati flussi d'ingresso per ricongiungimento familiare (+ 131 unità) e della crescente attrazione che sembra esercitare la comunità pakistana verso i connazionali presenti in altre province italiane. Le migrazioni interne verso la provincia di Ferrara sono stimabili in almeno 250 unità. L'Osservatorio Provinciale sull'immigrazione attesta che alla fine del 2009, gli stranieri residenti nel territorio ferrarese sono il 6,8% della popolazione complessiva, contro il 6,1% del 2008.

“La percentuale massima si registra nel territorio dell'Alto Ferrarese, dove la percentuale è pari al 9,5%. Il Comune che ha evidenziato l'incidenza più elevata della provincia è Portomaggiore (11,3%), seguito a distanza dal Comune di Cento (9,8%) e dal Comune di Argenta (9,5%), mentre l'incidenza più bassa si è riscontrata nel Comune di Goro (1,6%)...”

Importante è riprendere anche l'analisi relativa ai ricongiungimenti familiari e alla presenza di minori stranieri nella provincia di Ferrara.

Attraverso i dati forniti dall'Ufficio Scolastico Provinciale si può leggere la dimensione degli iscritti stranieri nelle scuole della provincia correlandola al fenomeno dei ricongiungimenti familiari. Sul complesso della popolazione scolastica, l'inserimento di alunni stranieri ha raggiunto alla fine del 2009 il 12,1% (contro il 9,48% nel 2008). In presenza di 253 figli ricongiunti “nelle scuole provinciali l'aumento degli iscritti stranieri rispetto al 2008 è pari al 9,3% circa (dai 3.636 alunni del 2008 ai 3.975 alunni del 2009) e coinvolge soprattutto la scuola dell'infanzia (+48,4%), a fronte di una lieve flessione nelle scuole primarie (-1,4%); mentre prosegue la crescita delle iscrizioni nelle scuole secondarie di primo grado (+9,5%) e nelle scuole secondarie di secondo grado (+9,6%)”.



Tab. 2 – Alunni stranieri iscritti nelle scuole delle Provincia di Ferrara. Anni 2008 e 2009.

Ordine di scuola	Anni	
	2008	2009
di infanzia	409	607
primaria	1.519	1.498
secondaria I grado	782	856
secondaria II grado	925	1.014

Fonte: Ufficio Scolastico Provinciale

Il consistente incremento che ha coinvolto la scuola dell'infanzia è imputabile soprattutto ai numerosi figli di stranieri che nascono anche in provincia di Ferrara e ai ricongiungimenti familiari.

Secondo i dati ISTAT, ad esempio, nel corso del 2006, nelle anagrafi comunali sono stati iscritti per nascita 327 bimbi⁽¹⁾, pari al 12,5% delle 2.607 nascite totali. Sull'incremento degli inserimenti nelle scuole secondarie di primo e secondo grado, invece, hanno inciso soprattutto i ricongiungimenti familiari dei figli minori delle numerose donne provenienti dalla Moldavia e dall'Ucraina, oltre che le ricomposizioni dei nuclei familiari attivate dai neo-comunitari polacchi e rumeni. Secondo l'Osservatorio Provinciale sull'immigrazione "gli iscritti stranieri alle scuole secondarie di secondo grado prediligono la formazione in aree tecnico professionali, ma sono numerose le ragazze orientate su diplomi in area sociale e umanistica..." (Osservatorio Provinciale sull'immigrazione, Report 2009).

Da queste considerazioni sulle caratteristiche della popolazione migrante residente nella provincia, emergono alcune caratteristiche significative. La più evidente, relativa agli **aspetti di genere**, si può rilevare osservando la distribuzione della popolazione straniera per sesso e per età, sia per la Regione Emilia Romagna che per la Provincia di Ferrara e alcuni Comuni della stessa. Nella popolazione straniera residente in Emilia Romagna, oltre alla presenza significativa di donne in tutte le fasce di età, si evidenzia una percentuale di donne straniere di 80 anni e oltre nettamente superiore a quella maschile, che in alcune province può essere riconducibile a fenomeni di migrazione più datati e stabilizzati, e all'effetto dei ricongiungimenti familiari.

Inoltre le caratteristiche della struttura demografica e **l'invecchiamento della popolazione straniera**, con il conseguente ricorso alle strutture e ai servizi deputati all'assistenza e alla cura, renderà necessario il possesso di competenze adeguate a gestire relazioni interculturali da parte del personale delle strutture e dei servizi. Oggi, l'attenzione all'investimento formativo sulle competenze interculturali degli operatori, per la sanità, risente di una certa settorializzazione e riguarda principalmente gli operatori dei servizi di Salute Donna e dei Dipartimenti Ospedalieri per la riproduzione e l'accrescimento. In questo senso le donne e minori stranieri sono oggetto di particolare attenzione nella qualificazio-

ne dell'accesso alle prestazioni sanitarie, in coerenza al dettato della Legge Regionale n.5 del 2004 sulle misure di integrazione socio sanitaria.

Come indicato nella successiva tabella, nel 2009 in provincia di Ferrara la componente femminile della popolazione straniera supera quella maschile in tutte le fasce di età, esclusa la fascia 0-14 anni.

Tab. 3 – Stranieri residenti in Provincia di Ferrara. Anno 2009.

Fasce di età	N residenti stranieri		
	maschi	femmine	totale
0-14 anni	2.470	2.356	4.826
15-39 anni	5.742	6.040	11.782
40-64 anni	2.691	4.434	7.125
65 e più	152	291	443

Nel Comune di Ferrara, connotato da una significativa femminilizzazione in tutte le età, la percentuale di donne straniere sul totale della popolazione migrante si attesta sul 54,9%.

Tab. 3.1 – Stranieri residenti nei Comuni di Ferrara e Copparo, per genere e classi di età. Anno 2009.

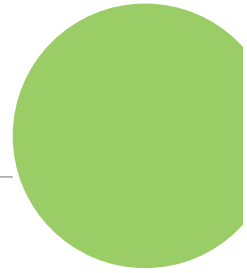
Comune	Fasce età	maschi	femmine	totale
Ferrara	0-14	755	702	1.457
	15-39	2.254	2.484	4.738
	40-64	933	1.997	2.930
	65 e più	59	117	176
Copparo	0-14	55	67	122
	15-39	108	150	258
	40-64	77	176	263
	65 e più	4	9	13

Nel Comune di Cento si registra un'alta natalità e una popolazione straniera giovane, concentrata nelle fasce di maggiore impiego produttivo.

Nel Comune di Bondeno, per effetto di un processo ampio di ricongiungimenti familiari, la fascia di minori 0-4 anni raggiunge valori molto significativi.

A fronte di un'incidenza media provinciale della popolazione straniera pari al 6,8% sul totale della popolazione, l'Alto ferrarese registra il valore più alto, che nel 2009 è pari al 9,5%, contro l'8,6 del 2008.

(1) Ormai inseribili nelle scuole materne per il compimento del terzo anno di vita.



Tab. 3.2 – Stranieri residenti nel Comune di Cento, per genere e classi di età. Anno 2009

Comune	Fasce età	maschi	femmine	totale
Cento	0-14	424	426	850
	15-39	826	880	1.706
	40-64	436	419	855
	65 e più	25	21	46

Nell'area di Argenta-Portomaggiore l'incidenza degli stranieri raggiunge il 9,4%, in crescita rispetto all'8,5% del 2008.

Tab. 3.3 – Stranieri residenti nei Comuni di Argenta e Portomaggiore, per genere e classi di età. Anno 2009.

Comune	Fasce età	maschi	femmine	totale
Argenta	0-14	256	258	514
	15-39	483	533	1.016
	40-64	271	299	570
	65 e più	9	32	41
Portomaggiore	0-14	187	159	346
	15-39	328	282	610
	40-64	197	229	426
	65 e più	4	15	19

A Goro è evidente lo scarso radicamento strutturale della popolazione straniera e la sua presenza, fortemente femminilizzata, si concentra quasi esclusivamente nelle fasce di età 25-54 anni, ragionevolmente attribuibile alla presenza di donne straniere impegnate nell'assistenza familiare.

Tab. 3.4 – Stranieri residenti nei Comuni di Codigoro e Goro, per genere e classi di età. Anno 2009.

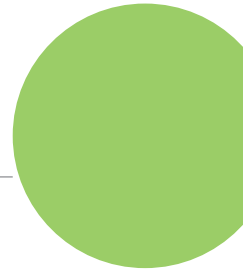
Comune	Fasce età	maschi	femmine	totale
Codigoro	0-14	49	37	86
	15-39	159	182	341
	40-64	39	107	146
	65 e più	1	3	4
Goro	0-14	1	5	6
	15-39	7	24	31
	40-64	8	18	26
	65 e più	0	0	0

Sull'impatto sui sistemi di assistenza e sulle forme di integrazione socia-

le della forte presenza migratoria femminile, sono in atto molti studi nazionali e internazionali. Nella maggior parte di questi, si sottolinea come per lungo tempo le migrazioni siano state considerate una "faccenda da uomini". Ma dall'inizio degli anni Settanta, l'aumento delle donne nei flussi di migrazioni internazionali, la crescente partecipazione al mercato del lavoro delle migranti nelle società riceventi e l'affinamento degli strumenti concettuali e metodologici degli *women's studies* hanno contribuito a dirigere l'attenzione anche sull'esperienza migratoria femminile tanto che la "femminilizzazione" è oggi considerata una delle caratteristiche peculiari della mobilità migratoria contemporanea. Molti studi mostrano che l'incremento dell'occupazione femminile nei paesi a economie avanzate e l'invecchiamento della popolazione, accompagnati da una distribuzione ancora *gendered* del lavoro familiare, a carico del genere femminile, conducono sempre più donne ad affidare lo svolgimento dei lavori domestici e di cura alle straniere. Queste a loro volta lasciano nel paese di origine i figli o i genitori anziani, e delegano ad altre donne, parenti, amiche, vicine o conoscenti, l'incarico di accudirli. Si crea così una "catena globale della cura" in cui "ciascun anello è una lavoratrice che dipende da un'altra" (Balsamo, 2003, p. 80) e in cui gli scambi tra le donne coinvolte sono diseguali, poiché le migranti svolgono la porzione meno gratificante delle responsabilità familiari. La lettura della femminilizzazione della presenza migratoria deve avere di conseguenza un'analisi più competente della complessità dei legami familiari e sociali nei quali è inserita ogni singola cittadina migrante.

Secondo una definizione ormai classica, le reti migratorie sono "complessi di legami interpersonali che collegano migranti, migranti precedenti e non migranti nelle aree di origine e di destinazione, attraverso vincoli di parentela, amicizia e comunanza di origine". A differenza dell'approccio prettamente economico, le teorie dei network, a cui questa definizione fa riferimento, radicano le scelte individuali nel tessuto sociale dal quale, non solo derivano vincoli e opportunità in modo statico, ma che contribuiscono esse stesse a modificare. In questo senso le migrazioni sono processi contemporaneamente *network-creating* e *network-dependent*: "da un lato le singole decisioni individuali hanno l'effetto di generare reti di relazioni, e dall'altro queste ultime entrano in gioco nel condizionare e dirigere le azioni successive". Studiare le reti migratorie permette dunque di osservare come le relazioni sociali condizionano le scelte individuali coniugando spiegazioni macro e micro sociologiche. Le reti, oltre a selezionare anche in base al sesso, gli individui che partecipano ai flussi migratori, facilitano l'adattamento alla società di arrivo. In particolare le reti femminili possono contribuire alla modificazione dei rapporti di genere, dal momento che producono e mettono in circolo risorse economiche, cognitive e normative, nonché legami di solidarietà.

Secondo il concetto di *migrant agency*, "i migranti non sono individui isolati che rispondono a stimoli di mercato e a regole burocratiche, bensì esseri sociali che cercano di raggiungere migliori esiti per se stessi, per le loro famiglie e la loro comunità, modellando attivamente i processi migratori" (Castles, 2004).



Progetto ASPASIA Azioni innovative per la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari

- **ILARIA BOVINA**

Educatrice presso il Centro Aspasia di Cento.

- Hanno inoltre collaborato **Roberta Sarti**, Comune di Cento;
Lori Verri, Comune di Copparo; **Marilena Marzola**, Comune di Ferrara;
Augusto Bucchi, Comune di Codigoro; **Dolores Torselli**, Comune
di Argenta; **Alessandra Avanzi**, Comune di Comacchio e
Rita Dallafina, Comune di Portomaggiore.

Nato nel 2007 come progetto sperimentale su scala provinciale, il Progetto Aspasia intende sviluppare le competenze delle assistenti familiari impegnate nel lavoro di cura verso le persone anziane, favorendone la formazione e la regolarizzazione e al contempo supporta le famiglie nella scelta dell'assistente familiare facilitando l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro di cura. Aspasia si inserisce nei piani distrettuali per la Non Autosufficienza come azione innovativa a sostegno delle famiglie. Perno essenziale del progetto è la creazione e lo sviluppo di *centri servizi* distribuiti sul territorio provinciale, ovvero sportelli tematici in grado di fornire informazioni, orientamento e attivare specifici percorsi formativi caratterizzandosi quindi come punti di riferimento per anziani, care-giver e assistenti familiari.

I centri Aspasia si propongono, pertanto, come luogo di ascolto e di informazione in grado di guidare le famiglie nella definizione del bisogno e sostenerle nelle fasi della scelta, anche grazie all'istituzione di un elenco locale di assistenti familiari qualificate messo a disposizione dei cittadini utenti.

La fase iniziale del progetto ha coinvolto i territori di Cento, Copparo, Codigoro e Ferrara. Nei comuni di Cento e Copparo il servizio è stato attivato nel Marzo 2008, mentre nell'estate dello stesso anno sono divenuti operativi anche gli sportelli di Codigoro e Ferrara, rispettivamente nei mesi di Giugno e Agosto. Aspasia si è da subito misurato con un contesto informale e dinamico, per molto tempo governato dalla logica del passaparola: la famiglia da un lato e le assistenti familiari dall'altro. Un incontro questo tra due fragilità, il quale necessita di sostegno e di adeguato supporto. La sfida insita nel progetto è infatti posta nell'approfondita conoscenza del target a cui il servizio si rivolge, soffermandosi nello specifico sulle assistenti familiari: presenze evidenti nelle città, nei giardini e nelle abitazioni degli anziani, ma difficilmente conoscibili.

Al fine di rendere più accessibile il servizio, la rete Aspasia nell'anno 2009 amplia

i punti di accesso con l'attivazione degli sportelli di Argenta, Portomaggiore e Comacchio.

In questo modo si ottiene una buona copertura del territorio, che consente l'accesso anche per chi vive nelle situazioni più periferiche. Inoltre, per rispondere alle esigenze dei cittadini, numerosi sportelli Aspasia hanno previsto aperture pomeridiane o il sabato mattina.

Per quanto riguarda l'affluenza, i Centri hanno registrato nel corso di questi due anni un aumento significativo del numero di utenti:

Trend Affluenza		
Sportello Aspasia di:	N. Utenti Anno 2008	N. Utenti Anno 2009
Cento	262	712
Codigoro	201	582
Copparo	263	370
Ferrara	113	636
Argenta*	-	225
Comacchio*	-	95
Portomaggiore*	-	90

La riuscita del progetto è fondamentalmente connessa alla buona capacità dei servizi di entrare in contatto con il contesto del lavoro di cura informale. Nel corso del 2008 e 2009 il numero di assistenti familiari che sono entrate in contatto con i Centri è progressivamente aumentato.

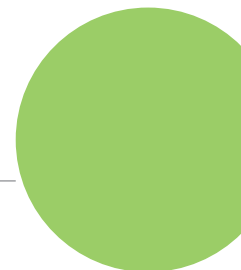
Come viene indicato nelle successive Tabelle 1 e 2⁽¹⁾, le assistenti familiari hanno risposto positivamente alle proposte di formazione promosse dai servizi e questo ha comportato un aumento del personale qualificato inserito negli elenchi dei Centri Aspasia, a dimostrazione dell'utilità riconosciuta ai Centri in termini di facilitazione dei percorsi di inserimento lavorativo.

Tab. 1 – Assistenti familiari formate nei Centri Aspasia della provincia di Ferrara.

N. Persone formate		
Sportello Aspasia di:	Anno 2008	Anno 2009
Cento	33	65
Codigoro	16	40
Copparo	32	42
Ferrara	30	Nd
Argenta*	-	9
Comacchio*	-	22
Portomaggiore*	-	Nd

(*) Dal 13 Giugno 2009. Il dato di Portomaggiore è riferito ai mesi di Novembre e Dicembre 2009.

(1) La peculiarità della rete Aspasia si riflette anche su aspetti statistici legati al monitoraggio e alla rilevazione dei dati. Gli elementi sopra citati portano infatti a comprendere come i vari centri Aspasia, nonostante la comune filosofia progettuale, mantengano un'evidente autonomia operativa. Tale autonomia, se da un lato rappresenta un valore aggiunto poiché permette un'adeguata declinazione sul territorio, dall'altro influisce sulla rilevazione dei dati rendendo complessa la costituzione di un quadro comune di riferimento.



Tab. 2 – Elenchi di assistenti familiari gestiti dai Centri Aspasia.

Elenco Assistenti Familiari		
Sportello Aspasia di:	Anno 2008	Anno 2009
Cento	43	120
Codigoro	28	107
Copparo	32	62
Ferrara	nd	579
Argenta*	-	12
Comacchio*	-	nd
Portomaggiore*	-	16

Il dato di Ferrara è riferito agli anni 2009 e 2010

Diversi i progetti svolti dai vari centri Aspasia nei territori coinvolti, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato, i centri di formazione e le società cooperative. Nei Comuni di Codigoro e di Portomaggiore nel 2009 sono stati attivati due corsi di formazione in collaborazione con il Consorzio Provinciale di Formazione di Ferrara. A Copparo e a Cento si è sperimentata nell'ambito del progetto "*Talenti di cura*", in partenariato con il Consorzio Anziani e Non Solo, la certificazione delle competenze delle assistenti familiari con almeno due anni di esperienza lavorativa. Il Centro Aspasia di Copparo ha inoltre attivato, in collaborazione con il Centro Professionale Cesta, corsi di formazione che hanno coinvolto 24 assistenti familiari.

Sempre durante lo stesso anno negli sportelli di Cento, Codigoro, Copparo e Ferrara è stato avviato il progetto Aspasia Plus, che in continuità con l'esperienza dei centri servizi promuove la regolarizzazione delle assistenti familiari, attraverso l'erogazione di contributi economici volti a sostenere una parte delle spese di regolarizzazione. Finanziato dal Dipartimento delle Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio, il progetto Aspasia Plus intende offrire un sostegno finalizzato al:

- supporto alla contrattualizzazione e amministrazione delle buste paghe;
- erogazione di un contributo una tantum per un massimo di Euro 50,00;
- versamento dei contributi previdenziali, ovvero rimborso dei contributi orari per un valore massimo di 1.10 Euro/ora per un massimo di dodici mesi;
- sostituzione dell'assistente familiare da parte del Servizio di Assistenza Domiciliare, durante la partecipazione dell'assistente familiare a corsi di formazione.

Tab. 3 – Progetto Aspasia Plus. Anni 2009 e 2010.

Sportello Aspasia di:	N. Pratiche raccolte	Casi attesi
Cento	43	60
Codigoro	31	31
Copparo	37	45
Ferrara	126	314

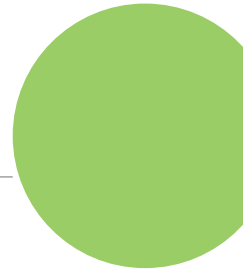
Per i centri Aspasia, le opportunità fornite da tale sostegno alla regolarizzazione rappresentano uno strumento importante di avvicinamento alle famiglie e permettono di consolidare i rapporti tra gli operatori e i cittadini utenti. L'incontro con l'utenza si fa continua e stabile per l'intera durata di attivazione del contributo. Periodicamente, infatti, i care-giver o gli anziani si recano presso gli sportelli Aspasia, per svolgere gli adempimenti burocratici (quali ad esempio la consegna delle ricevute dei bollettini trimestrali Inps).

Grazie anche a questa occasione l'operatore riesce a mantenere rapporti con le famiglie e a supportarle nella risoluzione di quelle problematiche che possono essere affrontate nell'ambito del Centro Servizi. L'avvio e la prosecuzione di Aspasia Plus ha inoltre comportato, in alcuni territori tra cui Cento, un aumento dei feed-back e delle comunicazioni relative alle attività di incontro domanda-offerta. Sempre più spesso le famiglie, una volta contattata e individuata l'assistente, tendono a ritornare al centro per ottenere informazioni sul contratto collettivo nazionale e sulla possibilità di ricevere incentivi per sostenere le spese assistenziali. In questo senso si può affermare che i Centri Aspasia sono andati progressivamente consolidandosi come servizi a sostegno della domiciliarità, diventando un punto di riferimento per le famiglie come sportello informativo e di consulenza per gli adempimenti relativi alle pratiche di regolarizzazione e assunzioni, oltre che di orientamento verso i servizi territoriali sociali e sanitari del territorio.

L'evoluzione del profilo degli operatori che svolgono attività di assistenza

La crisi economica che ha investito l'Italia nel corso dell'anno 2009 ha influito su quelli che si ritenevano essere elementi imprescindibili del lavoro di cura e del cosiddetto *badantato*.

Il profilo delle assistenti familiari inserite negli elenchi gestiti dai vari centri si è infatti modificato nel corso dell'ultimo biennio: nel 2008 gli elenchi erano costituiti prevalentemente da *donne* straniere, mentre nel corso del 2009 si è registrato un progressivo incremento del numero di uomini. E' aumentata inoltre la quota dei cittadini italiani, per lo più disoccupati, che hanno fatto ingresso come lavoratori qualificati nel settore del lavoro di cura a domicilio.



L'applicazione del Chronic Care Model in ambito territoriale

● **FERNANDO ANZIVINO**

Responsabile Programma Aziendale Anziani - Azienda USL di Ferrara.

Negli ultimi decenni le Nazioni a più alto sviluppo economico hanno visto incrementare la speranza di vita, ridurre la natalità (con evidente aumento dell'indice d'invecchiamento e di dipendenza), aumentare le malattie cronicodegenerative con conseguente significativo aumento della disabilità. Nel contempo i sistemi sanitari, nel tentativo di risolvere in maniera efficace il trattamento delle malattie acute, si sono concentrati nel cercare di realizzare modelli di cura in cui, in tempi brevissimi, l'acuzie venisse trattata efficacemente.

Tuttavia il problema assistenziale nasce dal fatto che il paziente "acuto" puro è un'astrazione nel quadro epidemiologico attuale. Kane ha pubblicato dati in cui si evidenzia, negli USA, Paese sicuramente più giovane del nostro, che le malattie croniche, a fronte di una prevalenza del 45%, assorbono, indipendentemente dall'età una quota molto alta di risorse:

- il 72% di tutte le visite mediche;
- il 76% di tutti i ricoveri ospedalieri;
- l'80% di tutti i giorni di ospedalizzazione;
- l'88% di tutte le prescrizioni mediche;
- il 96% di tutte le visite domiciliari.

A fronte di un SSR che ha la necessità di ridurre, in maniera drastica, i tassi di ospedalizzazione bisogna introdurre modelli assistenziali in cui la malattia cronica, salvo i momenti di riacutizzazione grave, venga gestita a livello territoriale in maniera più adeguata ai bisogni assistenziali di quanto si possa fare in ospedale. Va tuttavia precisato che nel riorientare i servizi verso una presa in carico territoriale l'attuale offerta territoriale impostata in termini di servizi e prestazioni potrebbe rivelarsi del tutto inefficace in quanto incentrata sul modello "a domanda". I bisogni delle persone affette da malattie croniche sono complessi e la risposta ad essi non può che essere mirata e articolata sui diversi bisogni assistenziali del paziente in modo integrato e costantemente orientata al recupero e mantenimento della funzionalità del paziente.

La presenza di una patologia cronica implica la necessità di ripetuti adattamenti del percorso assistenziale nonché di costanti interazioni con il sistema sanitario: in questo senso un'offerta territoriale di servizi incentrata su un modello "a domanda" appare inefficace nei confronti dei bisogni complessi di un malato cronico. Appare quindi necessario pensare al passaggio da un sistema sanitario reat-

tivo a uno proattivo, focalizzato sul mantenimento della salute e che affianchi alla preparazione del team sanitario, l'interazione con pazienti e caregiver.

A tale interazione si aggiunge un'attenzione alle risorse che offre la comunità in cui il paziente vive: le risorse derivanti dalla rete sociale primaria (familiari, amici) e secondaria (policy a livello locale per l'assistenza sanitaria, enti e organizzazioni di supporto sul territorio) possono integrarsi all'attività del sistema sanitario ed evitare la duplicazione degli interventi di sostegno alla patologia cronica.

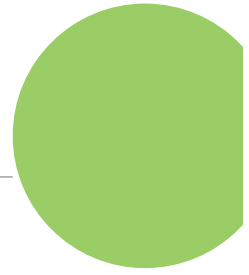
Si sono fatte esperienze molto significative che hanno dimostrato che, per particolari categorie di pazienti quali fratturati di femore, dementi, cardiopatici, solo per citarne alcune, la messa a disposizione di competenze specialistiche, di servizi adeguati e mirati e il coinvolgimento costante del MMG ha portato a ridurre l'ospedalizzazione, ad aumentare la sopravvivenza, la disabilità, con costi economici molto ridotti.

In questa prospettiva è utile il riferimento al Chronic Care Model, un Modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche (Boden Heimer *et al.*, 2002; Epping-Jordan *et al.*, 2004; Marceca *et al.*, 2007; Wagner, 2000; Wagner & Austin, 2001). Il modello propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione dei pazienti cronici, introducendo un approccio "proattivo" tra personale sanitario e pazienti stessi, con questi ultimi che diventano parte integrante del processo assistenziale.

Il CCM è caratterizzato da sei componenti fondamentali: le risorse della comunità, le organizzazioni sanitarie, il sostegno all'autocura, l'organizzazione del team, il sostegno alle risorse della comunità, le organizzazioni sanitarie, il sostegno all'autocura, l'organizzazione del team, il sostegno alle decisioni e infine i sistemi informativi, per valutare la possibilità di applicazione allo specifico contesto nazionale.

Secondo la prospettiva del CCM, informare i pazienti e fornire loro un valido supporto all'autocura è un processo di fondamentale importanza per il raggiungimento di un miglior stato di salute che può essere mantenuto anche in assenza di una continua assistenza medica. L'organizzazione del percorso assistenziale deve quindi garantire un perfetto coordinamento tra tutto il personale sanitario, compreso quello non medico e l'accesso a fonti di aggiornamento e di sviluppo professionale per l'assistenza ai pazienti cronici. Ogni decisione clinica deve essere supportata da protocolli e linee guida che garantiscano la massima efficacia del trattamento assistenziale.

Il progetto di gestione delle cronicità si basa sui principi della valutazione multidimensionale in cui sono coinvolte diverse aree clinico-assistenziali e vari professionisti in modo da determinare, per ogni singolo paziente, un progetto assistenziale personalizzato, fattibile a livello territoriale (domicilio, ambulatori, strutture residenziali o semiresidenziali) e con risposte adeguate ai bisogni (ADI, riabilitazione, controlli specialistici, ecc.). Questo sistema darà modo anche di valutare i risultati conseguiti in modo scientificamente ripetibile e facilmente fruibile per rideterminare e riorientare le risorse a seconda dei bisogni emersi.



La gestione delle patologie croniche potrebbe rivelarsi inefficace se si persiste nell'utilizzo di un modello "a domanda": i pazienti cronici hanno bisogni complessi che vanno affrontati in modo mirato in seguito a una precisa valutazione globale. In questo senso la patologia cronica implica la necessità di un passaggio a un sistema sanitario proattivo, che si focalizzi sul mantenimento della salute e sull'interazione con pazienti e caregiver. A tale interazione deve aggiungersi un'attenzione alle risorse della comunità, derivanti dalla rete sociale primaria e secondaria, che possono integrarsi all'attività del sistema sanitario ed evitare la duplicazione degli interventi di sostegno alla patologia cronica. In questo senso il Chronic Care Model propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione dei pazienti cronici.

Un'applicazione sperimentale

La possibilità di una verifica sul campo dell'applicazione del Modello sopra descritto si è concretizzata con l'avvio di una sperimentazione nell'ambito dei progetti di modernizzazione promossi dalla Regione Emilia Romagna, nelle Az.Usl di Ferrara e Bologna. I percorsi assistenziali scelti per realizzare lo studio riguardano la frattura del femore e l'ictus cerebri/stroke.

L'obiettivo è valutare i risultati dell'implementazione del modello di intervento assistenziale secondo l'approccio del CCM per le patologie croniche attraverso una valutazione multidimensionale dell'esito stesso. L'efficacia di questo approccio è monitorata longitudinalmente su un gruppo di pazienti, mediante la somministrazione di strumenti di valutazione multidimensionale, in modo da ottenere una misurazione in termini di esito-clinico funzionale. Il gruppo di pazienti è altresì confrontato con un gruppo di controllo costituito da pazienti di altre aziende sanitarie della Regione che gestiscono condizioni omologhe attraverso un modello "a domanda".

Inoltre al fine di rilevare la funzionalità del modello e una sua trasferibilità, verranno messi a punto strumenti e valutazioni di impatto sull'integrazione delle reti sociali di assistenza formali e informali.

Descrizione della sperimentazione

Come si è precedentemente indicato, il progetto prevede l'introduzione di un modello sperimentale di territorializzazione dell'assistenza di due aziende della Regione Emilia-Romagna (AUSL Ferrara e Azienda UsI di Bologna) a livello di due differenti percorsi assistenziali: frattura del femore e ictus cerebri/stroke.

OBIETTIVI

L'obiettivo primario è l'implementazione di un modello di intervento assistenziale basato sulla prospettiva del Chronic Care Model. Tale processo non può prescindere da un'accurata valutazione dell'impatto del modello stesso, non solo in termini di applicabilità ed esito clinico funzionale, ma anche di modificazioni sulla

qualità della vita e la vulnerabilità psicosociale percepite dagli assistiti. È previsto pertanto un confronto tra i risultati ottenuti nella sperimentazione di territorializzazione e quelli provenienti da realtà assistenziali che si occupano della medesima patologia cronica; l'impatto sullo stato clinico-funzionale dei pazienti sarà monitorato mediante uno strumento di valutazione multidimensionale precedentemente validato.

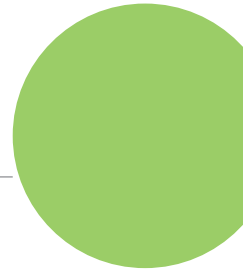
In questo senso appare particolarmente calzante l'utilizzo del set minimo per la valutazione della continuità assistenziale validato nel precedente progetto di modernizzazione⁽¹⁾: si tratta infatti di uno strumento che affianca indici di esito clinico-funzionale del paziente (comorbilità, stato cognitivo, stato funzionale, tono dell'umore, dimissione a rischio) e correlati psicosociali (qualità della vita, vulnerabilità psicosociale). Lo strumento è stato somministrato al momento a un campione di più di 300 partecipanti in tutta la Regione Emilia-Romagna utilizzando un disegno longitudinale a misure ripetute; i risultati preliminari ne indicano la fattibilità d'uso, nonché la funzionalità nell'integrare scale già ampiamente utilizzate a livello clinico con nuovi elementi di valutazione multidimensionale del paziente.

Va ulteriormente specificato che lo scopo del progetto non è quello di fornire una valutazione del modello a livello d'integrazione nelle strutture organizzative e/o arricchimento dell'offerta assistenziale, ma piuttosto di fornire una prima misurazione in termini di efficacia della sperimentazione in termini di stato clinico-funzionale e qualità della vita dei pazienti che si trovano coinvolti nel percorso assistenziale implementato.

Gli obiettivi secondari comprendono in primo luogo un'analisi organizzativa delle attuali reti assistenziali che si occupano di patologie croniche e del modo in cui i nodi che le compongono si interfacciano nei differenti contesti. Data la struttura del Chronic Care Model, appare infatti importante conoscere le possibilità di sviluppo delle reti assistenziali in funzione della disponibilità di risorse date dalle reti sociali del territorio in cui il percorso di cura si inserisce. In seconda battuta, sarà valutata la ricaduta sull'utenza dei modelli di chronic care in termini di qualità della vita e variabili psicosociali ricollegabili ai modelli stessi, anche adottando una visione comunitaria al fine di rilevare la sostenibilità delle scelte.

A un primo livello verrà svolta un'analisi delle reti assistenziali esistenti per la patologia cronica in una serie di contesti assistenziali della Regione Emilia-Romagna basandosi su dati derivanti da flussi regionali esistenti, al fine di individuare i punti di forza, le vulnerabilità e le ridondanze del sistema, nonché il livello di implementazione delle risorse presenti sul territorio come nodi della rete assistenziale stessa. L'analisi delle reti s'inserisce in un percorso già avviato nel precedente progetto di modernizzazione e risponde alla necessità di verificare lo

(1) *La continuità assistenziale: applicazione del set minimo di scale per la valutazione del paziente anziano e del percorso di presa in carico* in press.



stato attuale delle reti assistenziali in riferimento ai modelli di chronic care. Il precedente progetto si proponeva infatti di contribuire alla realizzazione di un modello prototipico per l'analisi della continuità assistenziale a partire dai flussi regionali: in questa sede la raccolta dati sarà orientata ad ampliare i risultati finora ottenuti, verificando l'integrazione tra organizzazioni sanitarie e risorse della comunità, i percorsi di autocura e sostegno alle decisioni per i pazienti, e più in generale testando l'utilizzo di sistemi informativi per valutare la fattibilità del modello nei diversi contesti assistenziali.

In secondo luogo si prevede una ricostruzione delle reti di assistenza a partire dall'esperienza di utenti che condividono la medesima patologia cronica. In quest'ultimo caso le reti individuate saranno sicuramente più ridotte rispetto a quanto individuato mediante i flussi informativi regionali, ma anche caratterizzate da una maggiore validità ecologica. Il contatto diretto con gli utenti sarà utilizzato inoltre per indagare una serie di correlati psicosociali della territorializzazione dell'assistenza che appaiono centrali per valutare l'impatto delle scelte di territorializzazione e predisporre soluzioni sostenibili. Ci si riferisce in particolare al senso di autoefficacia e all'empowerment del paziente e del caregiver, e al senso di appartenenza a una comunità in grado di rispondere ai bisogni dei suoi membri. Il monitoraggio di tali correlati appare necessario nell'indagine su un modello che presuppone l'attivazione e la responsabilizzazione del paziente rispetto alla gestione del proprio percorso assistenziale e in funzione delle risorse presenti sia a livello delle organizzazioni sanitarie sia all'interno della propria comunità di riferimento.

I risultati ottenuti verranno utilizzati per l'istituzione di un panel di discussione per operatori sanitari incentrato sulla funzionalità delle reti esistenti e l'integrazione delle stesse con la comunità, seguito da un laboratorio misto che comprenda operatori sanitari, utenti e operatori socio-sanitari afferenti alle strutture presenti sul territorio. I due strumenti saranno orientati a individuare una serie di linee guida sul lavoro di rete, la territorializzazione della cura e l'individuazione delle risorse della comunità; successivamente, i risultati ottenuti saranno concretizzati in un percorso di formazione rivolto agli operatori della struttura in cui si introdurrà il modello sperimentale al fine di introdurre un orientamento organizzativo improntato al lavoro di rete per meglio gestire la presa in carico e accompagnare il paziente nella traiettoria dell'assistenza e cura.

METODOLOGIA

1. La dimensione dello studio

Lo studio riguarda un campione rappresentativo di pazienti in ingresso nei percorsi assistenziali sperimentali e in quelli di controllo. La dimensione campionaria sarà calcolata proporzionalmente sulla base numero di accessi nell'anno precedente per le patologie sopraindicate e sulla durata prevista della rilevazione. Dal

momento che il periodo di reclutamento e prima rilevazione si estenderà per 12 mesi, è prevedibile il coinvolgimento di almeno 300 partecipanti.

Il reclutamento avverrà sistematicamente su tutti i pazienti in ingresso nei percorsi assistenziali per tutto il periodo della prima rilevazione. La scelta di una strategia di reclutamento opportunistica risponde alla necessità di evitare la dilatazione dei tempi di rilevazione che richiederebbe un campionamento probabilistico quando il criterio di selezione dei partecipanti è il verificarsi di un evento acuto.

2. Organizzazione della ricerca

Si costituisce un'equipe multi-professionale per la presa in carico di pazienti cronici e anziani, riconvertendo strutture preesistenti. La prima fase consiste in un'azione di formazione del team per acquisire le competenze necessarie alla costituzione dell'equipe; la seconda fase consiste nella selezione dei pazienti su cui sperimentare la presa in carico territoriale e i piani di intervento assistenziali; la terza fase è data dalla progettazione dei piani di intervento e loro realizzazione, reclutando di volta in volta le risorse più idonee al particolare momento del percorso assistenziale. L'intervento sarà principalmente orientato a favorire l'integrazione fra i professionisti, nonché la diffusione e la condivisione delle conoscenze al fine di creare una "comunità" professionale.

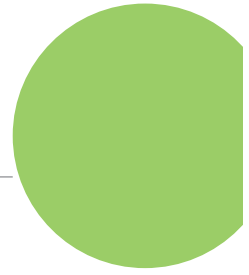
Preliminarmente verrà svolta un'analisi delle reti assistenziali esistenti per la patologia cronica in una serie di contesti assistenziali della Regione Emilia-Romagna al fine di individuare i punti di forza e le vulnerabilità del sistema, nonché il livello di implementazione delle risorse presenti sul territorio. La raccolta delle informazioni avverrà a partire dai flussi informativi esistenti e dalla ricostruzione delle reti di assistenza da parte di utenti che condividono la medesima patologia cronica, integrata con un'indagine dei correlati psicosociali della territorializzazione dell'assistenza. I risultati ottenuti verranno utilizzati per l'istituzione di un panel per operatori sanitari incentrato sulla funzionalità delle reti esistenti e l'integrazione delle stesse con la comunità, seguito da un laboratorio misto che comprenda operatori sanitari, utenti e operatori socio-sanitari afferenti alle strutture presenti sul territorio.

3. Setting

In questa sperimentazione i setting assistenziali non sono legati al luogo della cura ma si definiscono strutturandosi nei percorsi di presa in carico del paziente dall'ospedale al territorio e successivamente nei servizi domiciliari, relativamente ai contesti assistenziali precedentemente individuati (frattura di femore e stroke)

4. Esiti/outcome

Gli esiti sono valutati attraverso gli indici di mortalità e di istituzionalizzazione dei pazienti cronici in RER; indici di stato cognitivo e funzionale, tono dell'umore, comorbilità, dimissione a rischio, qualità della vita, vulnerabilità psicosociale



5. Disegno di studio

Sarà utilizzato un disegno di tipo quasi-sperimentale a misure ripetute di tipo pre-vs. post-trattamento. In questo caso il "trattamento" è da intendersi come l'introduzione del modello sperimentale in due aziende della Regione, mentre l'assenza dello stesso coincide con il mantenimento degli attuali percorsi assistenziali e sarà monitorata attraverso gruppi di controllo collocati in altre aziende della Regione.

In una prima fase sarà effettuata una rilevazione *cross-sectional* mediante la somministrazione di uno strumento di valutazione multidimensionale ai pazienti in ingresso nei percorsi assistenziali precedentemente individuati (reparti di geriatria, ortogeriatrics, ortopedia, lungodegenze per il percorso frattura femore; reparti di neurologia, medicina interna, riabilitazione per il percorso stroke), allo scopo di individuare una baseline dello stato clinico-funzionale e della qualità della vita dei pazienti. La seconda fase corrisponde all'introduzione del modello di chronic care: in questa fase il gruppo di pazienti appartenenti alle aziende in cui avviene la sperimentazione entrerà in un percorso assistenziale modificato rispetto all'assetto attuale, che verrà invece mantenuto nelle aziende che forniranno il gruppo di pazienti di controllo. La seconda fase si concluderà con una rilevazione di follow-up a 6 mesi dall'ingresso dei due gruppi di pazienti nei differenti percorsi assistenziali: questo consentirà di individuare le eventuali modificazioni longitudinali dello stato clinico-funzionale e della qualità della vita dei pazienti all'interno dei singoli gruppi, nonché di confrontare tali modificazioni attraverso i due gruppi.

Come precedentemente accennato, si tratta di un disegno quasi-sperimentale in cui non è possibile effettuare una vera e propria manipolazione delle condizioni né una randomizzazione dei partecipanti. La scelta di utilizzare gruppi di controllo esterni al contesto assistenziale in cui avverrà la sperimentazione da un lato riduce sicuramente la validità ecologica dei risultati ottenuti, ma contemporaneamente permette di gettare una luce sulla variabilità nell'efficacia delle reti assistenziali in punti diversi del territorio regionale.

Tra le altre caratteristiche dell'implementazione del modello si evidenzia la necessità di utilizzare flussi informativi in grado di monitorare i percorsi e le eventuali disfunzioni. In questa prospettiva appare necessario dotare il sistema di tecniche di social network analysis delle reti di assistenza alle patologie croniche. La ricostruzione sarà incentrata sui dati provenienti dai flussi informativi regionali e dall'esperienza di un campione rappresentativo di fruitori delle opportunità offerte dalle reti sociali, in modo da rinforzarne la validità ecologica. Sarà pertanto possibile monitorare la struttura dei percorsi assistenziali esistenti in termini di punti di forza, lacune e ridondanze, oltre a raccogliere sul campo una serie di dati relativi ad alcuni correlati psicosociali della territorializzazione dell'assistenza.

6. Raccolta dati e valutazione

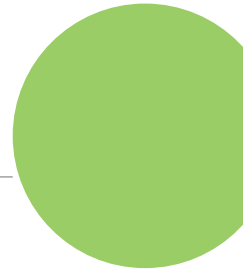
Gli effetti della sperimentazione saranno misurati mediante uno strumento di valutazione multidimensionale dei pazienti e contemporaneamente confrontati con i dati raccolti in altre realtà della regione che fungeranno da gruppo di controllo. A tal fine i pazienti sono stati selezionati in base a condizioni di patologia omologa afferenti a servizi gestiti mediante un modello "a domanda": per il percorso frattura del femore saranno coinvolte la AUSL di Forlì e le AOSP di Bologna (S. Orsola-Malpighi), Aosp di Ferrara e Aosp di Reggio Emilia; per il percorso ictus cerebri/stroke la rilevazione avverrà nelle AUSL di Piacenza e Imola.

I risultati consentiranno di mettere a confronto due differenti approcci assistenziali non solo a livello di efficienza clinica, ma anche di qualità della vita percepita dagli assistiti. La valutazione sarà corredata da un'analisi del contesto territoriale. Il CCM si basa infatti sulla complementarietà delle risorse comunitarie e sulla integrazione tra il sistema informale di cure e quello formale. A questo scopo sono utilizzati strumenti validati per valutare anche l'impatto e quindi la sostenibilità dell'intervento secondo l'approccio del CCM.

Lo strumento di valutazione multidimensionale comprende una misura dello stato clinico funzionale, della qualità della vita percepita e del livello di vulnerabilità psicosociale dei pazienti. Lo strumento è stato individuato nel set minimo di scale per la valutazione della continuità assistenziale, da utilizzarsi in una versione revisionata grazie al precedente lavoro di sperimentazione e validazione: questo consentirà non solo di avere un quadro completo dell'impatto sul paziente del proprio percorso assistenziale, ma anche di sperimentare ulteriormente la validità predittiva del set minimo rispetto alla progettazione del percorso stesso.

L'attività di monitoraggio della qualità della vita e delle variabili psicosociali ricollegabili ai modelli di chronic care sarà svolta mediante una serie di strumenti validati: è prevista la costruzione di uno strumento che includa la scala analogico-visiva sulla qualità della vita percepita oltre che una serie di indici sull'empowerment e sul senso di autoefficacia del paziente e del caregiver, oltre al senso di appartenenza a una comunità percepita come in grado di rispondere ai bisogni dei suoi membri. La struttura e la composizione dello strumento non è precisamente definibile al momento attuale, in quanto andrà discussa e condivisa con il gruppo di lavoro tenendo conto di eventuali esperienze e rilevazioni precedenti.

I dati relativi all'analisi organizzativa delle reti assistenziali saranno raccolti mediante i flussi informativi regionali sull'accesso ai servizi territoriali e arricchiti mediante uno strumento creato ad hoc in cui il campione rappresentativo dell'utenza può ricostruire individualmente ed effettivamente la propria rete di supporto, indicandone i nodi e la frequenza di accesso. I dati saranno successivamente trattati con metodologie riconducibili alla social network analysis e saranno utilizzati per verificare l'integrazione tra organizzazioni sanitarie e risorse della comunità, i percorsi di autocura e sostegno alle decisioni per i pazienti, l'utilizzo di sistemi informativi per valutare la fattibilità del modello.



Trasferibilità dei risultati al contesto sanitario regionale

I risultati della sperimentazione possono trovare applicazione nel contesto regionale nei termini di seguito indicati:

- introduzione di un nuovo modello organizzativo più fruibile da parte dei cittadini in condizioni di patologia cronica e più adattabile alle esigenze di questi;
- creazione di una comunità professionale che corrisponda alla rete assistenziale per un determinato bisogno sanitario e non più a una serie di nodi disgiunti collocati in diversi percorsi assistenziali paralleli; "hub" della rete identificato nella "Casa della salute" come punto di governo del modello;
- responsabilizzazione del paziente e dei caregiver come self-manager e maggiore integrazione con le risorse offerte dalla comunità per il supporto alla patologia cronica;
- miglioramento per pazienti e caregiver del senso di efficacia, di empowerment e di legame psicosociale con la propria comunità di riferimento;
- utilizzo del set minimo di scale per la valutazione della continuità assistenziale come strumento di valutazione multidimensionale del paziente cronico.

Progetto grafico e impaginazione
Umberto Gardenghi
TLA Editrice s.r.l. - Ferrara
info@tlaeditrice.com

Stampa
Tipolitografia S.T.C.
Santa Sofia di Romagna - Forlì-Cesena

Chiuso per la tipografia nel mese di febbraio 2011

È consentita la riproduzione totale o parziale di questa pubblicazione,
per fini non commerciali, citando la fonte.