

**LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELLE
DIMISSIONI OSPEDALIERE "DIFFICILI"
PROGETTO SPERIMENTALE**

A cura di:

Comune di Bologna
Azienda USL di Bologna - Distretto Città di Bologna
ASP Giovanni XXIII
CUP 2000 SpA

Finanziamento:

- Fondazione Del Monte di Bologna e Ravenna
- Regione Emilia Romagna (DGR. N° 2314 del 29/12/05)

1. Premessa

Il Piano Sociale di Zona del Comune di Bologna per il triennio 2005–2007 individua, nell'ambito delle politiche a favore degli anziani, alcuni “nuovi bisogni in via di emersione” ai quali dovrebbero essere fornite adeguate risposte dal sistema di pianificazione locale.

Alcuni di questi sono individuati come “bisogni emergenti” tra i quali, in specifica relazione al presente progetto, sono da sottolineare:

- aumento del numero degli anziani non autosufficienti con problemi sanitari importanti;
- aumento degli anziani con problematiche di demenza senile;
- aumento del bisogno di sostegno delle famiglie per l'assistenza dell'anziano non autosufficiente presso il proprio domicilio.

Alcuni dei bisogni rappresentati si trasformano in problemi che richiedono una attenzione ed una immediata “presa in carico” da parte degli attori istituzionali, per evitare che il sistema nel medio periodo non sia più in grado di reggere.

Più in particolare si evidenziano:

- difficoltà dei servizi sociali a garantire in tempi brevi una presa in carico, che rappresenti una reale alternativa all'istituzionalizzazione;
- problemi nella gestione della ‘dimissione protetta dell'anziano dall'ospedale, con particolare riferimento alle difficoltà della famiglia nella gestione delle situazioni di emergenza/urgenza connesse a tale dimissioni.

L'Atto Aziendale ed il Regolamento Organizzativo Aziendale assegnano al Distretto dell'Azienda USL di Bologna la funzione di committenza per i bisogni sociosanitari della popolazione residente, quale momento centrale della programmazione che correla l'analisi dei bisogni con la rimodulazione dell'offerta.

In relazione a questi bisogni/obiettivi, nel corso del 2006, il Distretto di Bologna ha attivato un punto unico, il “**Centro Continuità assistenziale, Accesso, Verifica, Controllo e Qualità delle Cure Intermedie**” (di seguito denominato Centro), attualmente gestito da tre Infermieri e un Assistente Sociale, che riceve le segnalazioni di dimissione protetta dagli Ospedali dell'AUSL, dall'Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi, dagli IRCCS Rizzoli e dalle Case di Cura accreditate.

La prima fase di sperimentazione di questo Centro (inoltre della segnalazione al Servizio infermieristico territoriale e al Medico di medicina generale) ha messo ulteriormente in evidenza lo scarto temporale intercorrente fra dimissione e “presa in carico” del paziente da parte del SAA territorialmente competente.

Fra le principali caratteristiche che il Centro dovrà assumere, si sottolineano la definizione del **Piano Assistenziale Individualizzato prima della dimissione ospedaliera**, in stretta collaborazione con il Reparto di degenza, il Servizio Sociale Ospedaliero, il SAA, l'UVG, e l'attivazione della presa in carico dell'anziano il giorno stesso in cui arriva al proprio domicilio dopo la dimissione.

Al fine di fornire indicazioni più precise della tipologia dei servizi, offerti in relazione alle caratteristiche della popolazione Target, si potrebbero individuare servizi/prestazioni da proporre all'utente e/o alla sua famiglia al momento delle dimissioni dall'ospedale.

L'attivazione di un "Servizio domiciliare socio-assistenziale temporaneo" si inserisce nella prospettiva di assicurare una efficace ed efficiente continuità assistenziale fra la dimissione ospedaliera ed una adeguata "presa in carico" dell'anziano non autosufficiente da parte del SAA di quartiere.

Si tratta quindi di un obiettivo fortemente innovativo, la cui realizzazione richiede una attenta ridefinizione dell'attuale assetto organizzativo e delle modalità operative proprie dei diversi attori coinvolti, con particolare riferimento:

- al Centro, che dovrà essere deputato a ricevere le segnalazioni e garantire un adeguato collegamento fra Ospedale e servizi socio-sanitari territoriali
- ai Servizi Sociali Comunali, ai quali spetta il compito di concorrere all'attivazione degli interventi finalizzati alla tempestiva dimissione protetta e garantire la successiva presa in carico socio-sanitaria, secondo le attuali modalità di funzionamento dei SAA di quartiere.

Per rafforzare e consolidare il sistema delle dimissioni protette saranno disponibili complessivamente € 351.808,00 (di cui € 101.808, stanziati dalla Regione Emilia Romagna per il progetto **"Dall'ospedale al domicilio con sostegno socio-assistenziale"** e € 250.000, stanziati dalla Fondazione del Monte per il progetto **"Una rete di cura per l'anziano in famiglia"**, che verranno illustrati dettagliatamente in seguito.

Il finanziamento disponibile potrà essere significativamente incrementato, qualora si decidesse di investire in questo progetto una parte del FRNA 2007.

Il target è costituito dalla popolazione anziana non autosufficiente, con particolare attenzione agli ultrasessantenni.

La selezione avverrà secondo i seguenti criteri di eleggibilità:

- 1) bisogno socio assistenziale, che può essere correlato a bisogni sanitari di qualunque entità o non correlato;
- 2) contesto familiare assente o presente ma non in grado di farsi carico del bisogno o di parte di esso;
- 3) residenza nel comune di Bologna.

Non si prevede di attivare questi interventi a favore di persone già seguite dai Servizi Assistenza Anziani (SAA) cittadini, salvo richieste specifiche dei SAA, legate a contingenti difficoltà nella presa in carico dell'anziano.

Il servizio socio-assistenziale temporaneo al domicilio dell'anziano in dimissione, **che si rivolge allo stesso target e con le medesime finalità**, sarà prestato in base all'effettiva necessità del cittadino secondo i due progetti/percorsi alternativi.

PERCORSO A: "Dall'ospedale al domicilio con sostegno socio-assistenziale"

Il Progetto si inserisce nella programmazione zonale assumendo come obiettivo principale quello di garantire una rete socio-assistenziale tesa a favorire il rientro a domicilio degli anziani dimessi

dall'ospedale "proteggendone" le dimissioni nella prospettiva della continuità assistenziale e della prevenzione di una successiva ospedalizzazione.

Al fine di garantire interventi flessibili e personalizzati che rispondano in modo efficace ed efficiente ai bisogni degli interessati, appare opportuno inserire in tale progetto tutti gli anziani dimessi dall'Ospedale, con un contesto familiare sufficientemente presente, che necessiti di supporto, ma in grado di collaborare.

Il paziente può essere definito come una persona con limitata autonomia funzionale, al quale garantire un **intervento professionale, altamente specializzato, che non potrebbe essere gestito da un'assistente familiare**, per la complessità delle prestazioni da erogare, legate ad una scarsa autonomia funzionale (anche di carattere temporaneo, per frattura arti ad esempio) o ad un quadro clinico fortemente compromesso (sindrome da allettamento, lesioni da pressione, terapie infusionali quotidiane, nutrizione con PEG).

Le prestazioni da erogare (Interventi alla Persona), potrebbero essere così riassunte:

- Alzata/messa a letto, igiene personale, vestizione/svestizione, riordino della stanza
- Alzata/messa a letto, aiuto nell'igiene personale e riordino bagno
- Bagno e riordino bagno
- Mobilizzazione, uso ausili e protesi
- Cambio postura, prevenzione e controllo piaghe da decubito
- Monitoraggio utente

Progettazione della sperimentazione

Al fine di definire le modalità di avvio della sperimentazione è stato costituito un Gruppo di Coordinamento del progetto composto da rappresentanti di:

- Azienda USL di Bologna – Distretto Città di Bologna – Ospedale,
- Comune di Bologna,

Il Gruppo di Coordinamento ha definito:

1. il percorso e le procedure di accesso degli utenti;
2. i criteri di ammissibilità al Servizio;
3. le modalità di reclutamento, selezione, formazione e gestione del personale impegnato nell'erogazione del servizio;
4. le modalità di informazione/coinvolgimento degli operatori del Presidio ospedaliero (Bellaria-Maggiore) e di comunicazione con gli altri attori coinvolti nel servizio, unitamente alle modalità e agli strumenti di informazione dei potenziali utenti.

Il servizio domiciliare socio assistenziale temporaneo

Consiste in prestazioni domiciliari effettuate da personale qualificato AdB/OSS con l'obiettivo di tutelare le autonomie residue ed il parziale recupero delle capacità, dove possibile.

Il servizio reso sarà completamente gratuito per tutti gli anziani rispondenti ai criteri di eleggibilità, con durata media di trenta giorni e massima di quaranta.

Il servizio potrà essere erogato da uno o due operatori, con numero di accessi variabile in base alle necessità specifiche, da uno a tre al giorno, con durata da 30 a 90 minuti.

Gli interventi, rispondenti alle reali necessità del nucleo familiare e concordati con lo stesso, avranno flessibilità e variabilità, determinate dall'evoluzione del bisogno.

La gestione del servizio sarà condotta dal Distretto Città di Bologna, in stretta collaborazione con l'Ospedale Maggiore Bellaria, tutti gli Ospedali cittadini, pubblici e privati convenzionati, il SAA Comunale.

Tipologie d'intervento

In base ai due parametri principali:

- ***Livello di non autosufficienza***

- ***Capacità del nucleo familiare di farsi carico dell'assistenza all'anziano***

valutati in modo integrato da professionisti aziendali, si possono ipotizzare alcuni interventi a scopo esemplificativo:

- 1) persona con livello di autosufficienza parziale e rete familiare presente e collaborante nella gestione del carico assistenziale (es. coniuge autosufficiente e figli lavoratori conviventi): 1 solo intervento al giorno con un operatore, di un'ora il mattino per igiene personale.
- 2) persona con livello di autosufficienza parziale e famiglia con limitata capacità nella gestione del carico assistenziale (ad es. coniuge anziano convivente e figli lavoratori non conviventi): 2 interventi al giorno con un operatore, uno di un'ora e uno di 30 minuti.
- 3) Persona non autosufficiente con rete familiare presente e collaborante: due interventi al giorno, uno di un'ora con due operatori e uno di 30 minuti con un operatore.
- 4) Persona non autosufficiente con carente rete familiare: due interventi al giorno, uno di un'ora con due operatori e uno di 30 minuti con due operatori.

Percorso d'accesso

Al fine di permettere una gestione del percorso di accesso al Servizio domiciliare socio-assistenziale temporaneo più integrata possibile con l'attuale configurazione organizzativa, si è ritenuto di fondamentale importanza strutturare un percorso che non comportasse modifiche dell'attuale percorso di dimissione protetta, gestita attraverso il "Centro Continuità Assistenziale, Accesso, Verifica, Controllo e Qualità delle Cure Intermedie".

Si è pertanto ritenuto opportuno strutturare l'accesso al Servizio domiciliare socio-assistenziale temporaneo come possibilità ulteriore da affiancare alle possibilità già previste (ADI, ADP; SID) (Vedi Grafico seguente).

In dettaglio, l'attivazione del Servizio domiciliare socio-assistenziale temporaneo prevede i seguenti passaggi:

Problema sociale evidenziato precocemente (prime fasi del ricovero) in Ospedale pubblico dove è presente il Servizio Sociale

1. I professionisti ospedalieri segnalano al Centro l'utente, dopo averne ottenuto il consenso, la tipologia di bisogno evidenziato e la prima ipotesi di Piano assistenziale individualizzato (è

necessario comunicare un numero telefonico della famiglia che consenta agli operatori di mettersi rapidamente in contatto con essa).

2. l'Assistente Sociale del Centro contatta la famiglia per perfezionare il piano assistenziale individualizzato e concordare l'intervento.
3. l'A.S. del Centro attiva l'intervento presso il domicilio dell'anziano.
4. l'A.S. del Centro comunica con il SAA di quartiere in merito ai servizi attivati per garantire l'integrazione.

Problema sociale evidenziato tardivamente (in prossimità della dimissione) in Ospedale pubblico dove è presente il Servizio Sociale

- 1 I professionisti ospedalieri segnalano al Centro l'utente, dopo averne ottenuto il consenso, la tipologia di bisogno evidenziato e, qualora vi sia il tempo, la prima ipotesi di Piano assistenziale individualizzato (è necessario comunicare un numero telefonico della famiglia che consenta agli operatori di mettersi rapidamente in contatto con essa).
- 2 L'anziano viene trasferito per un periodo massimo di una settimana in reparto di Post acuzie o in Lungodegenza privata convenzionata, per consentire il perfezionamento del percorso di continuità assistenziale.
- 3 l'Assistente Sociale del Centro contatta la famiglia per perfezionare il piano assistenziale individualizzato e concordare l'intervento.
- 4 l'A.S. del Centro attiva l'intervento presso il domicilio dell'anziano.
- 5 l'A.S. del Centro comunica con il SAA di quartiere in merito ai servizi attivati per garantire l'integrazione.

Problema sociale evidenziato in Ospedale dove non c'è il Servizio Sociale

- 1 I professionisti sanitari ospedalieri segnalano al Centro l'utente, dopo averne ottenuto il consenso, e la tipologia di bisogno evidenziato (è necessario comunicare un numero telefonico della famiglia che consenta agli operatori di mettersi rapidamente in contatto con essa).
- 2 l'Assistente Sociale del Centro contatta la famiglia per definire il piano assistenziale individualizzato e concordare l'intervento.
- 3 l'A.S. del Centro attiva l'intervento presso il domicilio dell'anziano.
- 4 l'A.S. del Centro comunica con il SAA di quartiere in merito ai servizi attivati per garantire l'integrazione.

PERCORSO B: “Una rete di cura per l'anziano in famiglia”

Come anticipato, nell'ambito delle dimissioni protette si sviluppa il progetto “Una rete di cura per l'anziano in famiglia”, presentato dall'Azienda USL di Bologna, dal Comune di Bologna, dall'ASP Giovanni XXIII e da CUP 2000 SpA. Il progetto, che è stato finanziato dalla Fondazione del Monte e che sarà coordinato dall'ASP Giovanni XXIII, si pone in un'ottica sperimentale per consentire di mettere a punto i meccanismi e le procedure tecnico-organizzative del Servizio e testarne la fattibilità. Il Servizio sarà dunque materialmente erogato ad un numero limitato di soggetti, lasciando ad un momento successivo, qualora se ne verifichi l'efficacia e l'efficienza, la valutazione sull'opportunità di estenderlo a tutti gli anziani potenzialmente assistibili.

Il Progetto sopraindicato si inserisce a pieno titolo nella programmazione zonale assumendo come obiettivo principale quello di garantire una rete socio-assistenziale e comunicativa tesa a favorire il rientro a domicilio degli anziani dimessi dall'ospedale "proteggendone" le dimissioni nella prospettiva della continuità assistenziale e della prevenzione di una successiva ospedalizzazione.

Il Progetto prevede l'attivazione di un Servizio domiciliare socio-assistenziale temporaneo, orientato a facilitare le dimissioni protette dall'ospedale, sostenendo la famiglia nella gestione del reinserimento a domicilio degli anziani non autosufficienti. Tale Servizio consisterà in un "pacchetto" di prestazioni ed interventi di diversa natura, composti diversamente in base ai bisogni ed al contesto dell'anziano (in particolare: livello di non autosufficienza e "consistenza" della rete familiare e di vicinato). Il Servizio progettato, peraltro, non si limiterà a "prendere in carico" gli utenti che, nei limiti delle risorse disponibili, rientreranno nei criteri previsti dalla sperimentazione, ma offrirà anche un orientamento nella Rete dei Servizi cittadina ed un sostegno organizzativo a tutti gli utenti che, dopo un ricovero ospedaliero indipendentemente dal loro reddito e dai criteri di accesso previsti, lo richiederanno.

2. Progettazione della sperimentazione

Al fine di definire le modalità di avvio della sperimentazione è stato costituito un Gruppo di Coordinamento del progetto composto da rappresentanti di:

- Azienda USL di Bologna – Distretto Città di Bologna,
- Comune di Bologna,
- ASP Giovanni XXIII,
- CUP 2000 SpA.

Il Gruppo di Coordinamento ha successivamente avviato quattro sottogruppi tecnici di lavoro finalizzati a definire:

1. il percorso e le procedure di accesso degli utenti;
2. i criteri di ammissibilità al Servizio;
3. le modalità di reclutamento, selezione, formazione e gestione del personale impegnato nell'erogazione del servizio;
4. le modalità di informazione/coinvolgimento degli operatori del Presidio ospedaliero (Bellaria-Maggiore) e di comunicazione con gli altri attori coinvolti nel servizio, unitamente alle modalità e agli strumenti di informazione dei potenziali utenti.

3. Il servizio domiciliare socio-assistenziale temporaneo

Il Servizio domiciliare socio-assistenziale temporaneo consisterà in "pacchetti" di prestazioni ed interventi di diversa natura, composti diversamente in funzione del livello di non autosufficienza dell'anziano e della "consistenza" della sua rete familiare e di vicinato.

In particolare si prevede di erogare un servizio domiciliare che abbia le caratteristiche della temporaneità e della tempestività, che sia integrato ed orientato a facilitare le dimissioni protette dall'ospedale, sostenendo la famiglia nella gestione e nel reinserimento a domicilio degli anziani non autosufficienti. **Le prestazioni previste sono essenzialmente prestazioni di assistenza sociale e tutelare erogate dall'Assistente Familiare (AF) con il tutoraggio dell'Assistente di Base (AdB).**

A queste prestazioni si prevede di affiancare il servizio e-Care, un supporto comunicativo per la famiglia e l'anziano, erogato da CUP 2000, in collaborazione con ASP Giovanni XXIII, A.USL e Comune di Bologna.

Di seguito il Servizio viene descritto dettagliatamente, sia per quanto riguarda le prestazioni e gli interventi previsti, sia relativamente ai criteri e percorsi di accesso ed ai costi.

3.1. I "pacchetti" di servizi e prestazioni

Si è detto in precedenza che il Servizio che si intende attivare consiste nell'offerta di "pacchetti" di prestazioni ed interventi. Alcune possibili componenti di tali pacchetti potrebbero essere le seguenti:

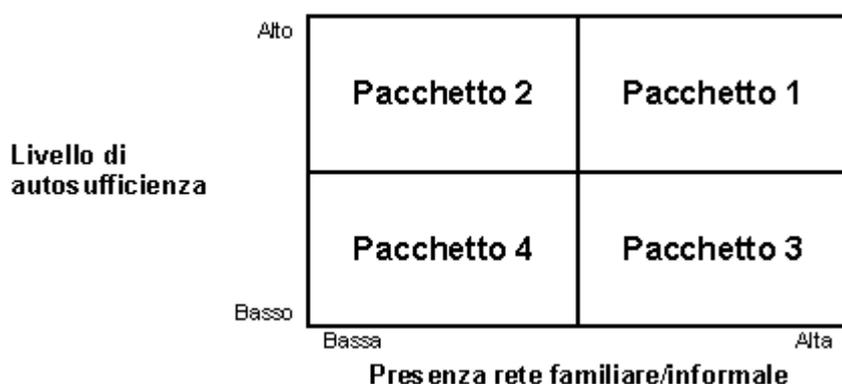
Prestazioni socio-assistenziali (AdB/OSS) prevalentemente con funzioni di primo supporto e "formazione" alla famiglia e/o alla Assistente Familiare, di tutoraggio di quest'ultima e di punto di riferimento nei momenti di criticità. Si ipotizza per l'AdB/OSS un ruolo di accompagnatore della famiglia, di "supervisore" per l'Assistente Familiare e di responsabile della realizzazione degli interventi previsti dal PAI, piuttosto che di operatore che eroga direttamente le prestazioni.

Prestazioni di "assistenza familiare". Si tratta di quegli interventi forniti dalle cosiddette "badanti" che si traducono in sorveglianza, tutela, compagnia, governo della casa e cura della persona.

Telecompagnia-teleassistenza-telecontrollo.

Disponibilità di accoglienza in struttura residenziale (CP e/o RSA) per un periodo massimo di un mese per l'eventuale necessità di "sollevio" dei caregiver e per meglio programmare il reinserimento in famiglia dell'anziano dopo la dimissione ospedaliera.

Servizi "di prossimità". Si intendono tutti gli interventi non professionali forniti dalla rete di vicinato e da soggetti appartenenti al variegato mondo del volontariato (singoli o associati). In particolare, solo per citarne alcuni, grande supporto potrebbe essere fornito per l'attività di controllo/vigilanza, compagnia, ma anche per i trasporti e per il disbrigo di piccole commissioni, etc. Sulla base delle 2 variabili individuate si possono costruire alcune ipotesi di "pacchetti" da proporre all'utente e/o alla sua famiglia al momento delle dimissioni dall'ospedale precisando che si tratta appunto di ipotesi che hanno il solo scopo di tentare di quantificare il costo del Servizio senza alcuna intenzione di predefinire un'offerta rigida:



PACCHETTO 1

Caratteristiche utente:

- livello di non autosufficienza moderato/severo
- presenza di rete familiare

Durata: 1 mese

Assistente Familiare	3 h./giorno (esclusa domenica)
AdB/OSS	9 h./mese: 6 h. 1 ^a settimana 1 h. 2 ^a settimana 1 h. 3 ^a settimana 1 h. 4 ^a settimana
Telecompagnia Teleassistenza/ Telecontrollo	8-20 dal lunedì al venerdì 8-18 il sabato
Servizi di prossimità	Vigilanza/compagnia

PACCHETTO 2

Caratteristiche utente:

- livello di non autosufficienza moderato/severo
- limitata rete familiare o con scarsa disponibilità della stessa a farsi carico dell'assistenza a domicilio

Durata: 2 mesi

<i>1° mese</i>	
Assistente Familiare	8 h./giorno (esclusa domenica)
AdB/OSS	18 h./mese: 6 h. 1 ^a settimana 6 h. 2 ^a settimana 3 h. 3 ^a settimana 3 h. 4 ^a settimana
Telecompagnia Teleassistenza/ Telecontrollo	8-20 dal lunedì al venerdì 8-18 il sabato
Servizi di prossimità	Vigilanza/Compagnia
<i>2° mese</i>	
Assistente Familiare	8 h./giorno (esclusa domenica)
AdB/OSS	8 h./mese
Telecompagnia Teleassistenza/ Telecontrollo	8-20 dal lunedì al venerdì 8-18 il sabato
Servizi di prossimità	Vigilanza/Compagnia

PACCHETTO 3

Caratteristiche utente:

- livello di non autosufficienza grave
- presenza di rete familiare

Durata: 2 mesi

<i>1° mese</i>	
Assistente Familiare	6 h./giorno (esclusa domenica)
AdB/OSS	18 h./mese: 6 h. 1 ^a settimana 6 h. 2 ^a settimana 3 h. 3 ^a settimana 3 h. 4 ^a settimana
Telecompagnia Teleassistenza/ Telecontrollo	8-20 dal lunedì al venerdì 8-18 il sabato
Servizi di prossimità	Vigilanza/compagnia
<i>2° mese</i>	
Assistente Familiare	6 h./giorno (esclusa domenica)
AdB/OSS	8 h./mese
Telecompagnia Teleassistenza/ Telecontrollo	8-20 dal lunedì al venerdì 8-18 il sabato
Servizi di prossimità	Vigilanza/compagnia

PACCHETTO 4

Caratteristiche utente:

- livello di non autosufficienza grave
- limitata rete familiare o con scarsa disponibilità della stessa a farsi carico dell'assistenza a domicilio

Durata: 3 mesi

<i>1° mese</i>	
Ricovero Temporaneo RSA	Fino a 30/31 giorni
<i>2° mese</i>	
Assistente Familiare	Convivente
AdB/OSS	8 h./mese
Telecompagnia Teleassistenza/ Telecontrollo	8-20 dal lunedì al venerdì 8-18 il sabato
Servizi di prossimità	Vigilanza/compagnia
<i>3° mese</i>	
Assistente Familiare	Convivente
AdB/OSS	8 h./mese
Telecompagnia Teleassistenza/ Telecontrollo	8-20 dal lunedì al venerdì 8-18 il sabato
Servizi di prossimità	Vigilanza/compagnia

3.2 Attività erogate da Cup2000

CUP 2000 tramite il Call Center e-Care fornirà una “rete” assistenziale, di sostegno e di supporto agli anziani non autosufficienti dimessi dall’ospedale, aumentando le connessioni e la fruibilità delle informazioni nella rete socio-assistenziale esistente. Compito principale del servizio sarà quello di favorire la domiciliarietà della persona dimessa dall’ospedale e di fornire un supporto alla famiglia nel percorso “dimissioni protette”. L’obiettivo è anche quello di moltiplicare le occasioni di sostegno per le famiglie creando situazioni Home Care di sicurezza, con la “presa in carico” dell’anziano e la pianificazione di percorsi assistenziali personalizzati.

Il Call Center e-Care fornirà un aiuto quotidiano ed un sostegno psicologico che si attua mediante telefonate mirate periodiche (giornaliere o settimanali), con cadenza definita a seconda della situazione dell’anziano dimesso e di protocolli specifici. Telefonate che forniscono sostanzialmente compagnia, assistenza e controllo perché rilevano eventuali situazioni di “criticità” altrimenti non avvertibili.

I principali servizi erogati saranno: *telecompagnia, teleassistenza e telecontrollo*.

La *Telecompagnia* è un supporto telefonico con chiamata diretta all’utente per la gestione programmata degli interventi, e per sostenere la vita autonoma e la permanenza a domicilio degli anziani in dimissione “protetta”. L’operatore del Call Center telefona a casa dell’anziano, secondo un programma periodico concordato, fornendo un supporto psicologico e un aiuto quotidiano; ne verifica lo stato di salute e ne rileva necessità particolari che, nel caso, risolve coordinando la rete dei servizi sul territorio così da fornire risposte sempre più personalizzate ai bisogni espressi.

La *Teleassistenza* ed il *Telecontrollo* sono attività volte all’individuazione delle condizioni di fragilità dell’anziano in dimissione “protetta” e alla costruzione di una relazione efficace anche con i familiari di riferimento, utilizzando la comunicazione telefonica, e una forma ridotta del Dossier socio assistenziale (scheda light), somministrabile anche telefonicamente. La scheda light include le reperibilità dei familiari e tutte le informazioni, sia sociali che sanitarie e personali dell’anziano da assistere (informazioni utili a fornire qualsiasi tipo di assistenza), e guida l’operatore nella ricerca di informazioni relative all’assistito e al percorso per giungere all’offerta di servizi. Il servizio assicura un contatto continuo con l’utente e può offrire un supporto per l’attivazione della rete personale e sociale di riferimento (parenti, vicinato, servizi sociali, volontariato, associazionismo, medico di famiglia, ecc...), prevedendo in alcuni casi anche il coinvolgimento dei servizi di emergenza/urgenza e di pubblica sicurezza. La “rete” di aiuto integra l’attività dei servizi domiciliari sanitari e sociali e valorizza gli interventi domiciliari affinché possano dare maggiore sicurezza alla famiglia.

Segreteria intelligente per il monitoraggio dell’andamento del servizio

Pur restando compito dell’AdB Tutor quello di verificare, attraverso gli accessi al domicilio, l’andamento positivo/negativo del servizio erogato in generale, ma soprattutto relativamente al gradimento della Assistente Familiare (per quanto riguarda gli aspetti di collaborazione reciproca con l’utente e con la sua famiglia), l’attività del Call Center e-Care, nel corso delle telefonate di telecompagnia, potrà acquisire elementi ulteriori di verifica.

Una volta consolidata la “Rete degli Sportelli” per il reclutamento delle AF si potrà valutare la possibilità di gestire il rapporto fra il Servizio erogato dall’ASP e tale Rete attraverso il supporto comunicativo fornito dal Call Center.

3.3 Ipotesi di costo del Servizio

È importante ribadire che la definizione di alcuni “pacchetti-tipo” ha il solo scopo di tentare di ipotizzare il costo degli stessi e, quindi, del Servizio nel suo complesso. Il numero e la composizione dei pacchetti potranno infatti variare anche considerevolmente a seconda delle caratteristiche degli utenti e del loro contesto familiare/di vicinato e che, peraltro, proprio la flessibilità e la personalizzazione devono rappresentare i punti forti del Servizio. Il costo complessivo di ogni pacchetto di prestazioni assistenziali rappresenta pertanto un valore soltanto indicativo che potrà essere determinato solo passando dalla fase progettuale alla sperimentazione e alla attivazione vera e propria del servizio.

Si sottolinea inoltre che i dati a disposizione consentono soltanto di definire il costo dei possibili e “teorici” pacchetti e che è possibile solo stimare il numero degli utenti che potranno essere presi in carico con l’ammontare di risorse finanziarie disponibili¹. Peraltro, poiché si è ipotizzata una contribuzione economica da parte dell’utenza, come verrà meglio precisato nel successivo paragrafo 5, il numero degli anziani che potrà essere preso in carico dipenderà anche dall’ISEE (relativo al nucleo estratto) di coloro che si rivolgeranno al Servizio. Ovviamente il numero degli anziani presi in carico con le risorse a disposizione sarà direttamente proporzionale al reddito ISEE degli stessi ed inversamente proporzionale alla consistenza/complessità dei pacchetti proposti. Con le precisazioni premesse è possibile innanzitutto “valorizzare” il costo dei pacchetti di servizi e prestazioni come in precedenza descritti:

Tipologia servizio offerto	Durata	Costo ipotetico
Pacchetto 1	1 mese	1.127,00
Pacchetto 2	2 mesi	4.612,00
Pacchetto 3	2 mesi	3.780,00
Pacchetto 4	3 mesi	6.570,00

Di seguito si possono ipotizzare i costi per l’avvio del Servizio e quelli per il suo funzionamento/gestione per un anno precisando che è stata prevista una dotazione di risorse umane in grado non soltanto di gestire la “presa in carico” degli utenti nella fase sperimentale (comprendendo anche tutte le azioni ed attività descritte nel successivo paragrafo 6) ma anche di garantire il servizio di orientamento e/o consulenza a quegli utenti e alle loro famiglie a cui non è possibile, con le risorse oggi disponibili, offrire concretamente il Servizio.

Costi di avvio del Servizio	
Progettazione del servizio e monitoraggio	10.000,00
Promozione servizio (locandine, manifesti, incontri)	500,00

¹ Non è infatti possibile prevedere con una certa precisione tale numero, né tantomeno quali saranno i pacchetti più rispondenti al bisogno. A tal proposito, colloqui e rilevazioni effettuate con alcuni testimoni significativi, in particolare geriatri di divisioni ospedaliere, suggeriscono di suddividere, rispetto alle necessità assistenziali, i possibili utenti nei seguenti termini:

30% utenti: pacchetto 1

50% utenti: pacchetti 2 e 3

20% utenti: pacchetto 4

Totale costi di avvio	10.500,00
Costi generali di gestione del Servizio	
Risorse Umane (A.S., pers. Amministrativo)	48.486,04
Utilizzo locali	904,80
Pulizia locali	253,44
Telefono	6.480,00
Altre utenze, pulizia spazi comuni e manutenzioni	300,00
Ammortamento arredi e attrezzature	750,00
Spese generali (portineria, assicurazioni, fotocopie, cancelleria, materiale di consumo, etc.)	180,00
Totale costi generali	57.354,28

Per quanto riguarda, infine, il numero degli utenti che potranno essere presi in carico con la somma destinata dalla Fondazione Del Monte a sostegno della sperimentazione del Progetto (€ 250.000), al netto dei costi di avvio e di funzionamento del Servizio per un anno, e sulla base delle due variabili in precedenza evidenziate (reddito, situazione familiare e gravità delle condizioni di non autosufficienza e, quindi, tipologia di pacchetto proposto), si ipotizza di poterlo quantificare indicativamente in 50-70 utenti.

4. Percorso di accesso

Al fine di permettere una gestione del percorso di accesso al Servizio domiciliare socio-assistenziale temporaneo più integrata possibile con l'attuale configurazione organizzativa si è ritenuto di fondamentale importanza strutturare un percorso che non comportasse modifiche dell'attuale percorso di dimissione protetta gestita attraverso il "Centro Continuità Assistenziale, Accesso, Verifica, Controllo e Qualità delle Cure Intermedie".

Si è pertanto ritenuto opportuno strutturare l'accesso al Servizio domiciliare socio-assistenziale temporaneo come possibilità ulteriore da affiancare alle possibilità già previste (ADI, ADP; SID) (Vedi Grafico seguente).

In dettaglio, l'attivazione del Servizio domiciliare socio-assistenziale temporaneo prevede i seguenti passaggi:

- 5 L'ospedale segnala l'utente che evidenzia un bisogno di dimissione protetta al Centro (è necessario comunicare un numero telefonico della famiglia che consenta agli operatori di mettersi rapidamente in contatto con essa).
- 6 Nel caso si individui una situazione di bisogno sociale o di assistenza di base l'Assistente Sociale del Centro, a seguito di contatto con l'utente/famiglia, attiva la comunicazione con l'ASP Giovanni XXIII.
- 7 L'ASP Giovanni XXIII, in accordo con il Centro, si mette in contatto con la famiglia (prima ancora della dimissione dell'utente), per:
 - approfondire la conoscenza dei bisogni dell'anziano e della famiglia;
 - comunicare che esiste un Servizio sperimentale, finanziato dalla Fondazione Del Monte, che può essere erogato alle famiglie qualora il loro reddito rientri nell'ambito di specifici criteri economici. Tale Servizio (articolato in diversi pacchetti assistenziali in relazione ai bisogni degli utenti e delle loro famiglie) è gratuito per il primo mese e con il contributo

economico della famiglia nel mese o nei due mesi successivi (anche tale contributo viene definito in relazione a specifici criteri economici).

- comunicare la disponibilità immediata ad effettuare la valutazione economica al fine di verificare se ha diritto al servizio finanziato dalla Fondazione Del Monte.
 - comunicare indirizzi di associazioni, aziende e organizzazioni che forniscono a pagamento i servizi necessari più adeguati.
- 8 Qualora la famiglia rientri nei criteri economici previsti per l'accesso al Servizio finanziato dalla Fondazione Del Monte, l'ASP Giovanni XXIII in collaborazione con il Centro e in accordo con la famiglia stessa:
- definisce il pacchetto assistenziale più idoneo e lo attiva;
 - attiva, attraverso CUP 2000, il Servizio e-care,
 - attiva, attraverso CUP 2000, il Piano di monitoraggio degli interventi erogati e di comunicazione con l'utente, la famiglia, gli operatori coinvolti;
 - comunica con il SAA di quartiere in merito ai servizi attivati per garantire l'integrazione.

4.1 La comunicazione e la "promozione" del Servizio

Come accennato in precedenza, con le risorse economiche a disposizione sarà possibile "prendere in carico" e quindi erogare materialmente il servizio ad un numero piuttosto limitato di utenti.

Si è ritenuto pertanto necessario, in una prima fase, circoscrivere il Piano di comunicazione/promozione del Servizio al Presidio ospedaliero Bellaria-Maggiore (ci si riferisce in particolare al Dipartimento Medico, al Cruscotto delle Cure intermedie e al Servizio Sociale ospedaliero). In una seconda fase, qualora l'accesso al Servizio sia compatibile con le risorse a disposizione, si procederà ad un'attività di comunicazione/promozione più ampia, rivolta progressivamente ad altri attori, coinvolti nel seguente ordine: Dipartimento Chirurgico, altri Dipartimenti ospedalieri potenzialmente interessati, Case di Cura convenzionate.

Tale attività di comunicazione/promozione del Servizio sarà finalizzata a coinvolgere gli operatori ospedalieri affinché possano sia informare adeguatamente gli utenti potenziali, sia segnalare tali utenti al "Centro Continuità assistenziale, accesso, verifica, controllo e qualità delle cure intermedie".

A tale proposito, oltre ad effettuare uno o più incontri con i professionisti dei servizi sopra-individuati del Presidio ospedaliero (prima dell'attivazione della sperimentazione), per far conoscere e condividere il progetto (ed in particolare i percorsi di accesso dell'utenza), si provvederà, anche con il loro contributo, ad elaborare un depliant informativo che, ad esclusivo uso degli operatori, possa rappresentare un utile supporto nelle comunicazioni con gli utenti e facilitare le segnalazioni al Centro.

Sempre in ragione della esiguità delle risorse si è ipotizzato di non effettuare un piano di comunicazione/promozione del Servizio rivolto direttamente agli utenti, ma di considerare gli operatori dell'Ospedale come gli unici "detentori" delle informazioni sul Servizio in grado di consentire loro una segnalazione "consapevole" al Centro.

Qualora, già nelle prime settimane dall'avvio del Servizio, il numero degli anziani presi in carico fosse molto limitato, il Gruppo di Coordinamento del progetto si riserva di sviluppare ulteriormente ed eventualmente di ridefinire la strategia di comunicazione/promozione.

5. Criteri di selezione

Come già si è detto il Servizio domiciliare socio-assistenziale temporaneo è rivolto all'anziano non autosufficiente, in dimissione protetta dall'ospedale ed è finalizzato a sostenere la famiglia nella gestione e nel reinserimento a domicilio dello stesso.

Al fine di garantire la praticabilità della sperimentazione del Progetto con un numero adeguato di utenti in rapporto ad un finanziamento limitato rispetto a quanto preventivato è necessario definire dei criteri di selezione degli utenti.

Il criterio giudicato più adeguato è relativo ad una valutazione del reddito dell'anziano.

In particolare si ritiene utile utilizzare lo strumento dell'ISEE, già utilizzato nell'ambito della valutazione per assegnare l'assegno di cura.

5.1. Ipotesi di contribuzione

L'ipotesi di contribuzione in base al reddito prende in esame il reddito ISEE dell'anziano al fine di definire la contribuzione per quanto riguarda il costo del pacchetto. L'ISEE che è stato ipotizzato è quello relativo al nucleo estratto rispetto al nucleo anagrafico dell'anziano.

La presente tabella di definizione di contribuzione prende in esame i costi diretti dei singoli pacchetti; i costi relativi all'avvio e al funzionamento del Servizio sono da intendersi gratuiti per l'utenza.

Limite di reddito	Costo per il nucleo 1° mese	Costo per il nucleo mesi successivi al 1°	Contributo della Fondazione mesi successivi al primo
Fino a € 3.000,00	Gratuito	10%	90%
Fino a € 5.000,00	Gratuito	50%	50%
Da € 5.000,00 in poi	Gratuito il servizio di orientamento/consulenza Costo intero dell'eventuale pacchetto richiesto		Nessun contributo da parte della Fondazione

Per gli anziani con un ISEE nucleo estratto fino a Euro 3.000 è possibile prevedere, alla dimissione ospedaliera, un pacchetto assistenziale a domicilio per il 1° mese gratuito e per i mesi successivi con una percentuale di contribuzione da parte dell'utente pari al 10%.

Agli anziani con un ISEE nucleo estratto da Euro 3.000 a Euro 5.000 è possibile offrire un pacchetto assistenziale a domicilio gratuito per il primo mese e per i mesi successivi con una percentuale di contribuzione pari al 50%.

Agli anziani con un ISEE nucleo estratto superiore a Euro 5.000 è possibile esclusivamente offrire un servizio di orientamento ed un sostegno organizzativo con il costo dell'eventuale pacchetto assistenziale a carico dell'interessato.

L'innovatività del progetto sta nell'offrire "dimissioni protette" con un servizio orientativo ed un supporto organizzativo che predispone, a fronte di "un evento spiazzante" come la perdita improvvisa di autosufficienza, un pacchetto assistenziale a domicilio; per gli anziani con basso reddito (fino a € 5.000) viene offerta la gratuità del Servizio per il primo mese ed un contributo per i mesi successivi che varia al variare del reddito.

6. Reclutamento, formazione e gestione del personale

La componente più rilevante del Servizio è rappresentata dalla prestazione delle Assistenti Familiari (le cosiddette “badanti”), che può consentire di mantenere al domicilio un anziano non autosufficiente nella fase critica di post-ospedalizzazione fornendo alla famiglia un supporto importante in termini “quantitativi” a costi sostenibili.

L'organizzazione di prestazioni erogate dalle AF necessita di numerose attività finalizzate allo sviluppo delle competenze delle AF nonché di una loro integrazione nel sistema dei servizi socio-assistenziali.

6.1. Attività di supporto e orientamento alle famiglie nell'individuazione e gestione dell'AF

Il reclutamento delle AF verrà gestito principalmente attraverso un Protocollo di Intesa tra l'ASP e le Agenzie/Associazioni che lavorano al collocamento delle AF per costruire una “Rete di Sportelli”². Come anticipato in precedenza, gli operatori del Servizio domiciliare Socio-assistenziale temporaneo potranno limitarsi a fornire orientamenti e informazioni alla famiglia sulle opportunità disponibili, mettendola semplicemente in contatto con la “Rete di Sportelli” per il reclutamento di una AF con le caratteristiche richieste; oppure, nel caso di anziani dimessi dall'ospedale e “presi in carico” dal Servizio, si attiveranno direttamente selezionando, con il supporto degli operatori della “Rete di Sportelli”, una AF con le caratteristiche richieste (eventualmente richiedendo alla Rete una “rosa” di persone da selezionare insieme alla famiglia). L'ASP sarà un punto di riferimento a supporto delle famiglie e degli AF in merito alla gestione del loro rapporto sia assistenziale che lavorativo. In particolare, attraverso le agenzie della Rete di Sportelli o attraverso i patronati, offrirà supporto nella fase amministrativa inerente la definizione del contratto di lavoro.

6.2. Attività di formazione e aggiornamento dell'AF

L'ASP organizzerà corsi e momenti seminariali di aggiornamento, anche in collaborazione con il Comune e la Provincia di Bologna.

I percorsi formativi:

- potranno seguire i criteri e le modalità previste dal profilo regionale (deliberazione di Giunta Regionale n. 2003/924 del 26 maggio 2003)
- o, in alternativa, potranno seguire l'articolazione in unità formative prevista nella deliberazione Regionale citata con una riduzione oraria rispetto alla stessa (ipotesi di 40 ore) che consentirà, in momenti e periodi successivi, un proseguimento fino ad arrivare al completamento del percorso formativo indicato in 120 ore. L'articolazione del percorso in questi termini prevederà l'organizzazione di specifici momenti di stage/project work che potranno essere gestiti al domicilio dell'anziano o, meglio, nelle unità operative di CP/RSA dell'ASP Giovanni XXIII dall'AdB Tutor e dall'equipe multi-professionale.

Agire con flessibilità anche nell'ambito della programmazione dell'azione formativa prevedendo percorsi alternativi viene dalla necessità di evitare il rischio di una eccessiva formalizzazione di tale ruolo. Puntare tutto sulla formazione con il numero di ore previsto dalla Delibera Regionale rischia di far fallire l'obiettivo a causa della scarsa disponibilità dei datori di lavoro e delle stesse

² Per la concreta attuazione del Servizio sarà necessario dar vita ad una “Rete di Sportelli”, stabilendo determinati requisiti e garanzie di affidabilità delle Agenzie/Associazioni di incontro domanda-offerta.

AF a frequentare un corso che viene considerato impegnativo ed oneroso. Inoltre, non si può non tener conto delle storie personali e dei progetti di vita delle persone.

Proprio in tale logica potrebbe essere importante anche:

- prevedere la realizzazione di specifiche procedure di accertamento delle competenze, soprattutto in quei casi in cui l'esperienza e/o la qualificazione già acquisita per profili in qualche modo assimilabili sono elementi di garanzia circa le competenze possedute;
- riflettere sulla possibilità di sperimentare modalità formative innovative che utilizzino i supporti e gli strumenti che le tecnologie mettono a disposizione.

Sia nel percorso formativo previsto dalla deliberazione regionale (120 ore) che nel percorso "ridotto", acquisirà particolare rilevanza l'istituzione della figura del Tutor che dovrà rappresentare il punto di riferimento sia durante il periodo di stage (al domicilio dell'anziano o in un'unità operativa di CP o RSA) che durante l'attività lavorativa vera e propria dell'AF.

6.3. Attività di gestione amministrativa e contabile

L'ASP gestirà i finanziamenti erogati dalla Fondazione del Monte per il Progetto. Trattandosi di un Servizio il cui costo è in gran parte costituito dalle prestazioni dell'AF e tali costi sono sostenuti direttamente dalla famiglia, in quanto titolare del contratto di lavoro, l'ASP effettuerà, possibilmente con cadenza mensile, sulla base del calcolo ISEE, il rimborso dei costi sostenuti secondo i criteri di contribuzione previsti nella tabella del paragrafo 5.1.

6.4. Attività di controllo tecnico e amministrativo

L'ASP effettuerà i rimborsi subordinandoli alla verifica dell'esistenza di un regolare contratto di lavoro subordinato tra la famiglia (o l'utente) e l'AF ma, relativamente alla questione della regolarità contrattuale, anche controlli in itinere attraverso gli accessi dell'AdB tutor, in particolare se il Servizio si protrae fino a 3 mesi.

7. Valutazione della Sperimentazione

Il Progetto di tipo sperimentale richiede di attivare una sistematica attività di valutazione. Si predisporranno quindi appositi questionari per valutare:

- la qualità della vita degli utenti;
- lo stress dei caregivers;
- la soddisfazione di utenti e caregivers.

Altri indicatori saranno predisposti al fine di valutare il Servizio; si tratta di indicatori mirati a verificare attività, qualità, efficacia efficienza degli interventi attivati.

Indicatori di attività. Si tratta degli indicatori di più facile raccolta e possono essere relativi a tutta la tipologia degli interventi svolti. Tale valore può poi essere standardizzato in relazione al numero delle giornate annue. A titolo esemplificativo si riportano alcuni indicatori:

- n. interventi attivati di consulenza, orientamento, ascolto, supporto alle famiglie / 365 gg.;
- n. interventi attivati di consulenza, orientamento, ascolto, supporto alle Assistenti Familiari / 365 gg.;
- n. interventi attivati di Teleassistenza-Telecontrollo / 365 gg.;
- n. interventi non professionali attivati dal volontariato / 365 gg.

Indicatori di qualità dell'intervento. Si tratta di indicatori mirati a valutare la qualità degli interventi specifici (ad esempio, n. interventi attivati con durata < di 3 mesi/ n. totale interventi attivati; n. PAI redatti / n. totale utenti presi in carico).

Indicatori di efficacia. Si tratta di valutare se gli interventi attivati favoriscano il rientro a domicilio degli anziani dimessi dall'ospedale. Ad esempio: n. richieste interventi di utenti dimessi da ospedale/n. totale interventi attivati; n. interventi attivati il giorno della dimissione ospedaliera / n. totale interventi attivati.

Indicatori di efficienza. Si tratta di valutare se gli interventi attivati contribuiscano ad evitare l'ospedalizzazione impropria e l'istituzionalizzazione degli anziani. Misurare la diminuzione dell'ospedalizzazione impropria è una valutazione molto complessa, rispetto alla quale si può momentaneamente formulare solo l'ipotesi relativa alla misura di situazioni di ricovero generalmente evitabili con un'adeguata assistenza a domicilio (ad esempio ricovero di 1 o 2 giorni, ricovero per complicanze a breve e a lungo termine del diabete, ricovero per infezioni delle vie urinarie, ricovero per scompenso cardiaco, ricovero per asma bronchiale, ricovero per immediato decesso, ecc.). In relazione all'istituzionalizzazione degli anziani si può ad esempio misurare: n. utenti in carico che hanno richiesto inserimento in graduatoria CP-RSA / n. totale utenti in carico non ancora iscritti in graduatoria CP-RSA; n. utenti in carico che hanno rinunciato a inserimento in CP-RSA/ n. totale utenti presi in carico iscritti in graduatoria CP/RSA.

Inoltre una ricerca più approfondita sulle caratteristiche degli utenti seguiti da e-Care potrebbe consentire una valutazione dell'efficacia del progetto in relazione alle diverse categorie di utenti (attraverso l'analisi del comportamento di sub-campioni; ad esempio considerando chi vive da solo e chi no, fasce di età, ecc...).

Le molteplici attività di valutazione previste sono diversamente finalizzate e fanno riferimento a molteplici attori.

Il Gruppo di coordinamento del Progetto provvederà sia ad un sistematico monitoraggio della sperimentazione, anche per sviluppare eventuali aggiustamenti del Piano attuativo, sia ad una valutazione finale delle attività svolte e dei risultati conseguiti.

Il Distretto della Città ed i Quartieri (SAA) coinvolti effettueranno una valutazione mirata agli outcomes e alla continuità assistenziale relativa ai singoli utenti.

L'ASP Giovanni XXIII provvederà ad elaborare e ad analizzare sistematicamente una Reportistica mensile/trimestrale (sulla base di indicatori di output/attività, qualità degli interventi, etc.) finalizzata a valutare l'efficacia e la qualità del servizio.

FLOW CHART

