

## **Premessa ,       Linee guida piani di zona**

Il cambiamento del concetto di salute ha spostato l'attenzione di chi si occupa di sanità pubblica dai "determinanti di malattia" a tutti i fattori pro attivanti lo "stare bene" (istruzione, reddito, tempo libero, stile di vita, abitare, ambiente, ecc...). la salute rappresenta quindi, secondo i principi fatti propri da OCSE, OMS, UE, il risultato di tutte le politiche e gli interventi che hanno a che fare con lo sviluppo economico e sociale. Uno dei fenomeni più gravi che caratterizzerà il nostro secolo è quello delle malattie non trasmissibili in rapida crescita e che l'OMS denuncia come una vera e propria epidemia la cui caratteristica principale risiede negli stili di vita e l'unica vera cura possibile e compatibile con le poche risorse economiche prevede interventi di tipo programmatico e politico .

Il concetto di salute risulta quindi strettamente associato a quello di welfare e questo a sua volta è connesso al modello ed al grado di sviluppo socio economico della realtà territoriale caratterizzata da specifici fattori di integrazione e coesione.

I Piani di Zona si configurano come un processo programmatico di sviluppo complessivo della comunità della quale gli stessi devono saper cogliere le dinamiche e le evoluzioni.

Il documento di programmazione delle Attività Territoriali (PAT) è lo strumento che declina le politiche sanitarie e socio sanitarie di distretto e più in generale del territorio e rappresenta il terreno privilegiato di confronto tra ASL ed Enti locali nonché lo strumento per assicurare azioni congiunte nelle aree di integrazione.

E' auspicabile che PAT e PDZ che i due documenti trovino concorrenza di obiettivi e correlazione.

Alla luce di questa premessa è fondamentale che ai tavoli di concertazione i soggetti titolati prevedano modelli di intervento a tutela della collettività secondo azioni integrate di carattere sociale, sanitario, ambientale, economico e culturale.

### **Area Anziani**

Una particolare attenzione dovrà essere riservata alla categoria delle persone anziane che, per svariate ragioni, possono trovarsi in un preciso momento della propria vita in condizioni di fragilità a qualunque titolo espressa: sociale, economica, funzionale e/o fisica.

Nello specifico, la persona anziana attraversa, durante il processo di invecchiamento, diverse fasi che possano portarla ad affrontare ed a scontrarsi con problematiche di carattere sociale (perdita di ruolo, isolamento ed il venir meno della rete parentale) di carattere economico (diminuzione del reddito), di carattere abitativo ed ambientale (barriere architettoniche, mancanza di adeguati spazi di aggregazione, trasporti sul territorio inadeguati, abitazioni non consone o troppo onerose) di carattere funzionale (perdita progressiva dell'autonomia, non autosufficienza funzionale) di carattere cognitivo (perdita della memoria, patologie invalidanti dal punto di vista cognitivo). Queste ultime problematiche, in particolare, conducono l'anziano alla perdita dell'autosufficienza, specie quando la presenza di pluri patologie diventa importante e la cronicità patologica assume carattere altamente invalidante.

Un intervento integrato nell'area della popolazione anziana deve trarre necessariamente origine dai dati rilevati da un'attenta fotografia del territorio per poi porsi obiettivi di risultato che andranno a determinare l'azione progettuale territoriale.

Ecco i principali elementi da tenere in considerazione:

Fotografia del territorio:

1. Il target per età, sesso e livello di autosufficienza
2. Le condizioni abitative ed ambientali
3. Le condizioni socio economiche e l'impoverimento cui sono sottoposte le persone anziane
4. Lo stato della rete socio-assistenziale territoriale

Obiettivi:

1. Il mantenimento il più a lungo possibile di una vita attiva e di una buona qualità della stessa
2. Il soggiornare il più a lungo possibile nella propria dimora e tra i propri affetti

3. Un buon inserimento nel tessuto sociale
4. Garanzie di continuità della cura
5. La sfida della cronicità di alcune patologie in progressiva crescita e la scelta delle politiche conseguenti
6. La creazione delle connessioni necessarie per completare la rete dei servizi

E' utile quindi costruire una tabella con i dati della popolazione anziana del territorio divisa in classi: 65/75 ; 75/80;80/95 oltre i 96 , la bnca dati dello SPi fornisce un utile strumento di analisi demografica.

Ricordiamo a grandi linee le :

<b>CARATTERISTICHE POPOLAZIONE</b>	
65/75 ANNI	anziani con buon grado di autonomia, automuniti, solitamente accoppiati, nella maggior parte dei casi impegnati nell'accudimento dei nipoti e/o del genitore anziano; presentano a volte patologie in fase di cronicizzazione legate al sistema circolatorio e muscolo scheletrico (ipertensione, osteoporosi, dolori articolari, ecc..)
	anziani soli (soprattutto di sesso femminile) impegnati nell'accudimento dei nipoti con difficoltà a muoversi sul territorio
	in misura minore anziani che a seguito di evento acuto traumatico hanno capacità motorie e/o cognitive ridotte
75/80 ANNI	anziani che in buona parte hanno perso l'autonomia alla mobilità sul territorio, non più accoppiati (soprattutto femmine) in buona percentuale con abilità nelle attività della vita quotidiana ridotte che presentano dal punto di vista sanitario patologie ormai cronicizzate con episodi acuti di malattia. Insorgenza in molti casi di demenza con ricadute sulla rete parentale
	in misura minore anziani ancora completamente o parzialmente autosufficienti
80/95 ANNI	anziani per lo più soli, a volte inseriti nel contesto della rete parentale, con marcata diminuzione delle capacità di assolvere alle attività della vita quotidiana. Aumenta il numero dei soggetti dementi così come il numero dei soggetti inabili a seguito di eventi acuti e traumatici (ischemie, ictus)
	anziani parzialmente autosufficienti che necessitano di un supporto familiare per le attività della vita quotidiana
	anziani che hanno perso completamente l'autonomia funzionale e/o cognitiva
oltre 96 ANNI	in maggior misura anziani affetti da pluripatologie, con ridotte o mancanza completa dell'autonomia, capacità cognitive ridotte se non completamente perse
	in misura minore anziani con ridotte capacità motorie e cognitive che necessitano del supporto della rete parentale

I dati demografici andrebbero completati con un'indagine epidemiologica che permetta di rilevare l'incidenza delle patologie croniche e/o invalidanti nonché conoscere rete parentale e condizioni abitative ed economiche al fine di meglio individuare gli ambiti che necessitano di maggiore intervento.

Gli indicatori raccolti permetterebbero di effettuare corrette valutazioni secondo almeno 5 ambiti di intervento

- a) sociale
- b) sanitario
- c) ambientale, abitazioni (inteso come vivibilità del territorio ed investimenti in edilizia per anziani)
- d) economico (sostegno del reddito, buoni, affitto, voucher, ecc....)
- e) culturale

E' possibile comunque identificare alcuni bisogni trasversali alle varie fasce d'età da quanto ad oggi consolidato come in elenco

1. Socializzazione ed aggregazione
2. informazione
3. formazione
4. compagnia
5. sostegno nel trasporto
6. sostegno nelle attività della vita quotidiana
7. disbrigo di pratiche burocratiche
8. attività propedeutiche al mantenimento di una vita attiva
9. intervento sanitario
10. intervento sociale ad alta complessità
11. intervento a sostegno del care giver familiare

### Possibili aree di intervento

AREA	CRITICITA'	POSSIBILI INTERVENTI
CASA	abitazione non adeguata rispetto alle dimensioni del nucleo	messa a disposizione di alloggi specifici per la popolazione anziana correlati alla dimensione del nucleo impovertosi di componenti sostegno alla fase di trasloco azioni di inserimento nel nuovo territorio ricostruzione della rete di relazioni nel nuovo contesto
	abitazione non adeguata rispetto alle autonomie funzionali	messa a disposizione di alloggi in rete in assenza di barriere architettoniche dotati di domotica
		messa a disposizione di un servizio di consulenza e progettazione per l'abbattimento delle barriere architettoniche e per la realizzazione dell'intervento di adeguamento a costi contenuti, assistenza per il recupero fiscale dei costi sostenuti per l'adeguamento dell'abitazione (barriere verso l'esterno: scale, ecc.) attivazione di reti di volontariato per sopperire al disbrigo di piccole commissioni e/o per l'aiuto nel uscire di case e superare i principali ostacoli esterni
	abitazione onerosa	sostegno all'affitto
		convenzioni con ditte specializzate per la realizzazione di interventi di manutenzione a costi contenuti; sottoscrizione di accordi con istituti di credito per l'erogazione di prestiti a tassi agevolati per la realizzazione di manutenzioni delle proprie abitazioni

		messa a disposizione di alloggi in edilizia convenzionata per anziani, potenziamento alloggi ALER, coinvolgimento dell'imprenditoria locale per la realizzazione di alloggi per famiglie mononucleari anziane da locare ad affitti contenuti
--	--	--

AREA	CRITICITA'	POSSIBILI INTERVENTI
<b>SOCIALE</b>	Isolamento	realizzazione di centri di aggregazione per anziani o di iniziative volte a stimolare la partecipazione alla vita attiva anche attraverso forme di coinvolgimento a livello culturale e/o ludico
	occupazione/hobbistica	messa a disposizione di aree verdi attrezzate, di proprietà pubblica, da adibire ad orti e/o giardini assegnati in comodato alla popolazione
	anziano attivo	coinvolgimento in attività di volontariato promuovendo a livello territoriale la conoscenza delle associazioni e l'avvicinamento alle stesse
	ludico/ricreativo	promozione di periodi di soggiorno o vacanza a costi contenuti in collaborazione con le agenzie turistiche territoriali e provinciali; uscite fuori porta
	Culturale	promozione di attività culturali specifiche; promozione di interventi di prevenzione del benessere e della salute
	benessere fisico	promozione di interventi di mantenimento fisico e mentale (corso sul mantenimento della memoria, ginnastica dolce, ginnastica in acqua; corsi con personale riabilitativo per il mantenimento delle autonomie funzionali
	mobilità	realizzazione di interventi volti a garantire trasporti agevoli sul territorio anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni di volontariato presenti sul territorio (percorsi andata/ritorno verso centri commerciali; trasporto ed accompagnamento per visite specialistiche; ecc..) messa in rete delle associazioni che già garantiscono tale servizio

AREA	CRITICITA'	POSSIBILI INTERVENTI
------	------------	----------------------

<b>ECONOMICO</b>	reddito inadeguato	sostegno nelle spese di primaria necessità attraverso la collaborazione con le associazioni che storicamente si occupano di tale problematica (caritas); promozione di raccolta di viveri ed alimenti attraverso il coinvolgimento di associazioni quali alpini scout eccetera finalizzati alla creazione di un "banco alimentare" valtrumplino; distribuzione controllata e regolamentata di viveri ed indumenti
		sostegno al pagamento delle utenze
		consulenza e facilitazione nell'accesso a contributi regionali e provinciali con conseguente disbrigo delle pratiche burocratiche, esenzioni ticket
		sostegno all'affitto
	necessità di assistenza diretta	facilitazione nel disbrigo delle pratiche per riconoscimento di invalidità ed assegno di accompagnamento

A fianco dei possibili interventi sopradescritti si sviluppano i servizi istituzionali tipici quali

1. Servizio di assistenza domiciliare e servizi integrativi
2. Rete di servizi a sostegno alla domiciliarità: oltre a quelli già presenti, riprendere il progetto di sostegno ai care giver, ecc. (per evitare che il carico di cura esaurisca le motivazioni del care giver e conduca ad un prematuro accesso a servizi diversi – più onerosi – fallendo almeno due obiettivi: la congruità della cura e la risposta corretta alla domanda)
3. Servizio di assistenza domiciliare integrata
4. Assistenza domiciliare programmata
5. Centro diurno integrato
6. Alloggi protetti
7. Comunità alloggio / Casa famiglia (già realizzati o in fase di realizzazione)
8. Posti letto di sollievo
9. Residenza sanitario assistenziale

### **Servizi residenziali**

Rispetto ai servizi residenziali la programmazione zonale dovrebbe interrogarsi, congiuntamente agli enti erogatori, sulla necessità di dare completamento alla filiera degli stessi al fine di evitare un uso improprio dei posti letto di RSA ipotizzando la realizzazione di unità d'offerta residenziali a bassa protezione sanitaria e potenziando la rete della domiciliarità'.

Trattasi di valutazioni complesse che debbono tenere conto non solo dei dati demografici attuali ma della proiezione degli stessi nell'arco di un ventennio tenuto conto dell'incremento di popolazione prevista dai singoli piani di governo del territorio e dei fenomeni di migrazione interna ed esterna.

Tale valutazione è d'obbligo in considerazione degli ingenti investimenti eventualmente richiesti per interventi di tipo residenziale strutturale.

Le nuove regole che liberalizzano gli accreditamenti e definiscono quale nuovo strumento di remunerazione il voucher assegnato al beneficiario della prestazione in assenza di una rete consolidata di servizi intermedi necessiterebbe di una ulteriore e maggiore analisi.

Quindi, pur se in Lombardia siamo da tempo in regime di libero mercato e di libera concorrenza, si ritiene quanto mai opportuno rivedere le modalità dialogo e di confronto tra i vari attori dell'offerta dei servizi e della governance della rete le associazioni di volontariato e le OO.SS per favorire una programmazione capace di rispondere concretamente ai nuovi criteri di erogazione dei servizi basati sulla domanda, e la centralità della persona, così come indicato dalla Regione Lombardia. Una strategia concertata, basata sulla lettura corretta dei bisogni, permetterebbe infatti di mettere a disposizione dei cittadini un ventaglio di proposte di servizi in grado non solo di accogliere la

diversificazione della conseguente domanda di prestazioni, ma di permetterne l'ottimizzazione delle risorse nonché la corretta distribuzione geografica sul territorio.

Rispetto ai servizi residenziali sui quali si potrebbero ipotizzare analisi e eventuali soluzioni congiunte si propongono:

- Residenzialità a bassa protezione sanitaria
- Alloggi in rete
- Posti letto per sub acuti o destinatari di dimissioni ospedaliere in ambito protetto
- Posti letto per pazienti anziani in condizioni oncologiche terminali e assistibili con terapia del dolore (postì di hospice come previsto nel documento delle regole di sistema della Regione Lombardia)

## **Analisi degli obiettivi del triennio 2009/2011 e delle azioni da concludere**

### Governo del sistema di accesso alle unità d'offerta della rete

- 1) Definizione di regolamenti e protocolli a valenza zonale anche attraverso un modello di tipo incrementale
- 2) Definizione dello strumento della "carta d'ambito"

*Gli argomenti si prestano ad essere riproposti in quanto ritenuti utili alla omogenizzazione dei servizi nonché ad una corretta informativa all'utenza nell'ottica di una completa trasparenza*

### Organizzazione delle funzioni di segretariato sociale

- 1) Facilitare l'accesso alla rete
- 2) Orientare il cittadino all'interno della rete
- 3) Ascolto, valutazione e presa in carico del bisogno
- 4) Piena attivazione dei CeAD quale organi di governo della risposta alla domanda di bisogni complessi che veda insieme politiche di tipo sanitarie e sociale
- 5) Raccordo con ASL attraverso anche supporti informatici (piattaforma condivisa)
- 6) Apertura di sportelli d'informazione in collaborazione con le associazioni di volontariato

### Integrazione sociale e socio sanitaria

- 1) Gestione lista d'attesa con nuove funzioni attribuite ad Ospedali ed RSA, possibilità di creare un osservatorio a cui partecipino anche le oss.
- 2) Predisposizione di un data base informatizzato condiviso per altro già previsto

*Se entro fine anno si provvederà alla riformulazione degli strumenti di valutazione del bisogno passaggio da SOSIA a FIM e se tale conseguirà la remunerazione e l'assegnazione del voucher sarà indispensabile una rivisitazione del Piano al fine di garantire un buon governo della spesa.*

*Lavorare ora su una revisione della modalità di costituzione della lista di attesa attuale potrebbe risultare al momento inutile.*

*Necessita invece una riflessione particolare la messa in rete dei posti letto di sollievo, dei posti solventi e degli alloggi protetti.*

*Rispetto ai posti solventi potrebbe essere effettuata una valutazione su una eventuale "destinazione d'uso" dedicata o preferenziale (rete delle dimissioni protette).*

### Residenzialità

- 1) Approfondire il bisogno di residenzialità leggera, alloggi in rete, post acuti, lungodegenze, hospice.

*L'argomento si presta ad essere rivalutato alla luce della lettura del bisogno in considerazione di quanto previsto dalle regole di sistema ed in funzione del finanziamento di nuove sperimentazioni previste per il 2012.*

### Domiciliarità

1. Vale quanto detto sopra

2. Prevedere lo sviluppo di una rete di sostegno alla domiciliarità, anche attraverso forme innovative e sperimentali
3. Case della salute o similari,Integrazione tra medicina di base continuità assistenziale e ospedale.
4. Medicina d'iniziativa
5. Politiche per la vita attiva

### **Progettualità condivisa**

In una fase di scarsità di risorse e sotto la spinta che indirizza alla privatizzazione dei servizi ed alla competizione tra gli enti erogatori viene da chiedere se a livello territoriale possono essere trovati strumenti di vera co progettazione che non si limiti ad una elargizione di risorse sarà utile monitorare i progetti previsti verificarne gli indicatori e i risultati raggiunti.

E' chiaro pertanto che parlare di co progettazione, condivisione e coinvolgimento deve assumere un significato altamente dignitoso e tutelante degli interessi della comunità.

Ricordiamo infine che le Organizzazioni sindacali sono chiamate alla programmazione zonale da protagonisti e come tali deve essere coinvolte in tutte le fasi di costruzione del Piano e di confronto .