



PIANO LOCALE NON AUTOSUFFICIENZA

TRIENNIO 2007-2009

APPROVATO DALLA CONFERENZA DEI SINDACI
IL 29 GIUGNO 2007

ELABORATO n.13

INDICE

INTRODUZIONE		pag.	4
A. ANALISI DEL FENOMENO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA		pag.	5
A.1 Introduzione		pag.	5
A.2 Analisi del fenomeno		pag.	5
A.3 Stima delle persone non autosufficienti residenti nel territorio dell'ULSS 16		pag.	7
A.4 Persone non autosufficienti valutate in U.V.M.D.		pag.	8
A.5 Persone non autosufficienti valutate all'interno delle residenze protette		pag.	14
B. DEFINIZIONE DEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI		pag.	18
B.1 Integrazione tra i percorsi di residenzialita' e domiciliarita'		pag.	18
B.2 Descrizione dei profili di non autosufficienza in relazione ai livelli soggettivi di bisogno assistenziale		pag.	19
B.3 Descrizione dei servizi per la non autosufficienza nella Regione del Veneto		pag.	21
> Servizi residenziali			
> Servizi diurni			
> Servizi di accoglienza temporanea			
> L'ambulatorio integrato per l'anziano fragile			
> La struttura intermedia			
> Hospice			
> Attivita' di ricovero presso i Presidi Ospedalieri			
C. DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI ACCESSO AI SERVIZI RESIDENZIALI - RUR		pag.	27
C.1 Introduzione		pag.	27
C.2. Unita' Valutativa Multi – Dimensionale		pag.	27
C.3. Registro Unico della Residenzialita'		pag.	29
C.4 Modalita' organizzative del R.U.R. presso ULSS 16 di Padova		pag.	29
C.5 Impegnative di residenzialita'		pag.	31

D.	ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA ESISTENTE DEI SERVIZI RESIDENZIALI	pag.	32
D.1	Posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio con quota di rilievo sanitario	pag.	32
D.2	Erogazione diretta da parte dell' ULSS 16 di servizi socio-sanitari	pag.	35
E.	ARTICOLAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELLA QUALIFICAZIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA	pag.	36
E.1.	Tipologia di posti letto oggi esistenti e previsione futura	pag.	36
E.2	Sviluppo attuale e previsione di nuovi centri diurni	pag.	38
E.3	Aumento quote di rilievo sanitario nel territorio della Ulss 16	pag.	38
F.	LA REALIZZAZIONE DI PROGETTUALITA' INNOVATIVE E SPERIMENTALI	pag.	42

INTRODUZIONE

Grazie al D.G.R. 464 del 28 febbraio 2006 e al D.G.R. 394 del 20 febbraio 2007, la D.G.R. 457 del 27 febbraio 2007 stabilisce che il Piano Locale della Non Autosufficienza (P.L.N.A.) venga utilizzato come strumento operativo del Piano di Zona. Esso è pertanto finalizzato all'attuazione a livello locale degli indirizzi di programmazione regionale.

Il P.L.N.A. che viene esposto di seguito, prende in esame innanzitutto la situazione attuale del fenomeno della non autosufficienza nel territorio dell'ULSS 16, prefissando specifici obiettivi da realizzarsi nel triennio 2007-2009.

In particolare, è illustrata la situazione della non autosufficienza, tenendo conto dei bisogni e delle necessità delle persone che ne sono coinvolte, prendendo in esame gli obiettivi prioritari da perseguire nella programmazione territoriale.

In secondo luogo è proposta una panoramica del sistema dei servizi socio-sanitari presenti sul territorio dell'U.L.S.S. 16, evidenziando in particolare l'integrazione tra servizi della domiciliarità e della residenzialità.

Altro punto che viene preso in considerazione è l'esposizione del sistema d'accesso ai servizi residenziali, definito sulla base del livello di intensità assistenziale appropriato ai bisogni delle persone interessate.

Nella sezione successiva è rappresentata la situazione dell'offerta residenziale esistente nella zona, evidenziando aspetti quali il numero dei posti autorizzati per non autosufficienti, esplicitando il numero di quelli dedicati all'accoglienza di 1° livello e di quelli dedicati all'accoglienza di 2° livello (oltre agli eventuali posti dedicati alle sezioni S.A.P.A. e S.V.P.).

Nella parte finale del P.L.N.A. è presa in considerazione la programmazione e la qualificazione del sistema di offerta della residenzialità e l'esposizione di progetti innovativi e sperimentali da attuarsi nel triennio 2007 - 2009.

A. ANALISI DEL FENOMENO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

A.1 INTRODUZIONE

Nonostante la perdita dell'autosufficienza sia uno dei fenomeni più importanti nelle ultime fasi della vita, non ne esiste una definizione univoca. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la disabilità come la riduzione o la mancanza di abilità nello svolgimento di un'attività considerata comune nella vita quotidiana. Tale definizione è stata adottata anche dall'ISTAT, che in base all'indagine sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", ha recentemente stimato che nelle famiglie italiane vivano 2.615.000 persone con disabilità, pari a circa il 5% circa della popolazione di età superiore o uguale ai 6 anni di età. A questi vanno aggiunte circa 170.000 persone con disabilità che vivono all'interno di Residenze Protette.

La presenza di disabilità è ovviamente legata all'età: tra le persone tra i 70 e i 74 anni la quota di popolazione con disabilità è del 9,7%, e raggiunge il 44,5% (35,8% per gli uomini e 48,9% per le donne) tra le persone di 80 anni e più.¹

Dall'analisi territoriale, è possibile descrivere un gradiente tra Nord e Sud della penisola. In particolare si osserva un tasso di disabilità del 6% nell'Italia insulare, del 5,2% in quella Meridionale, e del 4,8% nell'Italia centrale, mentre tale valore scende al 4,4% nel Nord-Est e al 4,3% nel Nord-Ovest. Tale differenza può essere in parte dovuta ad un rischio maggiore di disabilità nelle regioni del Sud. Tuttavia non va trascurato il possibile effetto combinato di due fattori, uno di natura strutturale, la carenza dell'offerta di strutture e uno di natura culturale, rappresentato dalla maggiore propensione di nuclei familiari residenti nel Meridione a tenere in famiglia le persone con disabilità.²

A.2 ANALISI DEL FENOMENO

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo aumento della popolazione anziana, in particolar modo della quota di ultrasettantacinquenni i cui livelli di disabilità richiedono la realizzazione di una rete idonea di servizi assistenziali socio-sanitari.

Questo fenomeno di costante aumento della popolazione anziana, ha come prima conseguenza quella di accrescere il numero di persone non autosufficienti, che necessitano, sia di cure sanitarie, che di assistenza per quanto riguarda le attività quotidiane. Il problema della non autosufficienza, infatti, risulta inevitabilmente legato all'allungamento della vita, essendo in molti casi la diretta conseguenza dell'avanzare dell'età.

Un altro punto fondamentale è quello dell'aumento delle patologie croniche dell'anziano, la cui prevalenza rispetto alle altre malattie ha subito un aumento addirittura del 50% negli ultimi 10 anni.

Per far fronte alle esigenze delle famiglie, che sono sempre più gravate da oneri assistenziali ed economici, il servizio socio-sanitario deve quindi assicurare un'assistenza il più possibile omogenea nelle diverse realtà regionali e locali.

Gli interventi dunque si connotano come studiati tenendo ben presenti i bisogni e le necessità specifiche dei soggetti interessati, mettendo in primo piano il ruolo centrale della

¹ ISTAT: Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari 2005 – ISTAT 2007

² ISTAT: Studio sulla tematica della "Non autosufficienza". <http://www.disabilitaincifre.it/>

persona, portatrice di diritti e di prestazioni (come sottolineato anche dall'art. 117 della nostra Costituzione).

Si deve pertanto avere chiara anche la diversità dei livelli di assistenza che corrispondono alle varie esigenze richieste dalla non autosufficienza.

Con la D.G.R. 457 del 27 febbraio 2007, viene riconosciuta al cittadino la titolarità, spostando le quote riconosciute alle strutture in impegnative a disposizione dei cittadini. In questo modo spetta ai singoli territori decidere come andranno collocate le risorse. In particolare, incrementando i posti presenti nel territorio di almeno il 10%, si offre al cittadino il beneficio di poter scegliere e valutare quale servizio risponde meglio alle specifiche esigenze tra un'ampia gamma.

Grazie al Registro Unico della Residenzialità, inoltre, si favorisce l'omogeneità di valutazione che corrisponde alla parità del punteggio e quindi permette il trasferimento e la mobilità all'interno di un'unica graduatoria. Grazie alla valutazione della persona attraverso la scheda S.V.A.M.A., viene riconosciuta l'impegnativa di residenzialità offrendo così una maggiore gamma di scelta con particolare attenzione alle esigenze dei singoli.

L'intervento, inoltre, deve necessariamente connotarsi come multidisciplinare, coinvolgendo competenze che non si limitino alla sola assistenza sanitaria, ma che integrano anche elementi più tipicamente "sociali", adottando così un approccio intersettoriale. Nel dettaglio, quindi è necessario, non solo porre la giusta attenzione per gli elementi e i fattori strettamente legati alla sanità, come gli stili di vita o la prevenzione alle malattie, ma anche considerare negli interventi tutto ciò che ha a che fare con il benessere complessivamente inteso, ad esempio con la qualità dell'ambiente di vita e delle città in particolare. Questi obiettivi devono essere necessariamente prioritari all'interno di una progettazione rivolta in modo specifico alla disabilità e che punti alla prevenzione e alla riduzione dell'incidenza delle malattie croniche nell'anziano.

Per rendere possibile tutto questo è dunque indispensabile favorire una reale integrazione tra servizi residenziali per persone non autosufficienti e servizi domiciliari, cercando di fare assistenza sul territorio, portando l'ospedale il più vicino possibile ai cittadini, favorendo la prevenzione ai diversi livelli, la presa in carico e la gestione personalizzata dei percorsi assistenziali per le malattie croniche, promuovendo anche le forme di assistenza domiciliare e di riabilitazione.

Ecco allora che l'obiettivo essenziale diventa un'integrazione socio-sanitaria che permetta di realizzare una continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio, che tenga realmente conto delle esigenze e delle richieste dei cittadini e che soprattutto veda come protagonisti attivi tutti i diversi attori che costituiscono le organizzazioni.

Concludendo, servizi residenziali e domiciliari devono procedere integrando competenze e abilità, favorendo quindi un'assistenza sociale e sanitaria che consideri il reale peso rappresentato dalla non autosufficienza. In particolare promuovendo una programmazione che contribuisca alla realizzazione di risposte adeguate dai bisogni della popolazione.

L'assistenza domiciliare, quindi, risulta essere senz'altro un'asse strategica su cui puntare, ma sempre tenendo presente l'importanza rappresentata dai servizi residenziali e dalla potenzialità di una reciproca collaborazione e integrazione di entrambi i servizi.

La tendenza generale dei paesi dell'Unione Europea, e in particolare dell'Italia e delle singole regioni tra cui anche il Veneto, è quella di una continua crescita nell'impegno per l'assistenza sociale e sanitaria delle persone non autosufficienti, sia a livello domiciliare che residenziale. L'impegno, nello specifico, è quello di erogare servizi di assistenza atti a fornire prestazioni sempre più personalizzate e di conseguenza adeguate ai bisogni delle persone non autosufficienti. Si tratta di nuovi bisogni che fondamentalmente derivano dalla necessità dell'anziano non autosufficiente di non allontanarsi da casa, pur avendo bisogno di servizi, quali ad esempio il trasporto, i pasti a domicilio, i centri diurni, i ricoveri di sollievo, ecc...

Ecco ancora una volta ritornare in primo piano l'importanza di prestazioni integrate sociali e sanitarie che aumentano l'efficacia degli interventi.

Pur tenendo conto delle differenze tra servizi domiciliari e residenziali, quindi, si deve procedere ad una loro integrazione e coordinamento, promosso e attuato nello specifico dai Comuni e dai vari Enti coinvolti nell'assistenza degli anziani.

Riassumendo, l'analisi del fenomeno della non autosufficienza, rende necessaria sia l'attivazione, che il potenziamento dei servizi a carattere socio-assistenziale, oltre che la realizzazione di interventi a carattere ricreativo e culturale, finalizzati in particolare a:

- sostenere il soggetto anziano;
- valorizzarne la figura allo scopo di evitare il suo allontanamento dalla comunità di cui fa parte;
- consentirne la permanenza presso il proprio domicilio;
- incrementarne le opportunità di integrazione e socializzazione.

In particolare gli obiettivi sono:

- permettere al soggetto di conservare la propria autonomia di vita nella propria abitazione e nel proprio ambiente socio-familiare il più a lungo possibile;
- ridurre, per quanto possibile, il numero dei ricoveri e dell'istituzionalizzazione impropria;
- prevenire i ricoveri, salvo laddove strettamente indispensabile, in strutture sanitarie e socio-assistenziali;
- promuovere l'autonomia dei soggetti a rischio di emarginazione;
- implementare le attività educativo-socializzanti e di occupazione del tempo libero;
- contrastare, nei limiti del possibile, il decadimento cognitivo e motorio dell'anziano attraverso interventi mirati, con lo scopo di stimolare le capacità residue psico-motorie e fisico-sensoriali;
- uniformare gli standard qualitativi degli interventi a favore di persone anziane autosufficienti e non, a livello distrettuale;
- prestare aiuti per favorire e/o mantenere l'autonomia nelle attività giornaliere.

Alla luce di quanto esposto finora a proposito del fenomeno della non autosufficienza nel territorio dell'U.L.S.S. 16, quindi, servizi quali i Centri Diurni per anziani, l'ospitalità in strutture residenziali idonee (quali Case Soggiorno per anziani non autosufficienti, Case-Famiglia, Comunità Alloggio, Case-Albergo) e infine l'assistenza domiciliare socio-sanitaria-assistenziale, si rivelano essere assolutamente essenziali.

A.3 STIMA DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NEL TERRITORIO DELL'ULSS 16

Sulla base degli ultimi dati ISTAT disponibili per quanto riguarda la prevalenza di disabilità, è possibile stimare che nel territorio dell'U.L.S.S. 16 siano presenti circa 20.000 persone non autosufficienti, tre quarti dei quali anziani (figura 1). Tra i soggetti anziani non autosufficienti la maggior parte è di sesso femminile, con un rapporto maschi/femmine pari a 0,4.

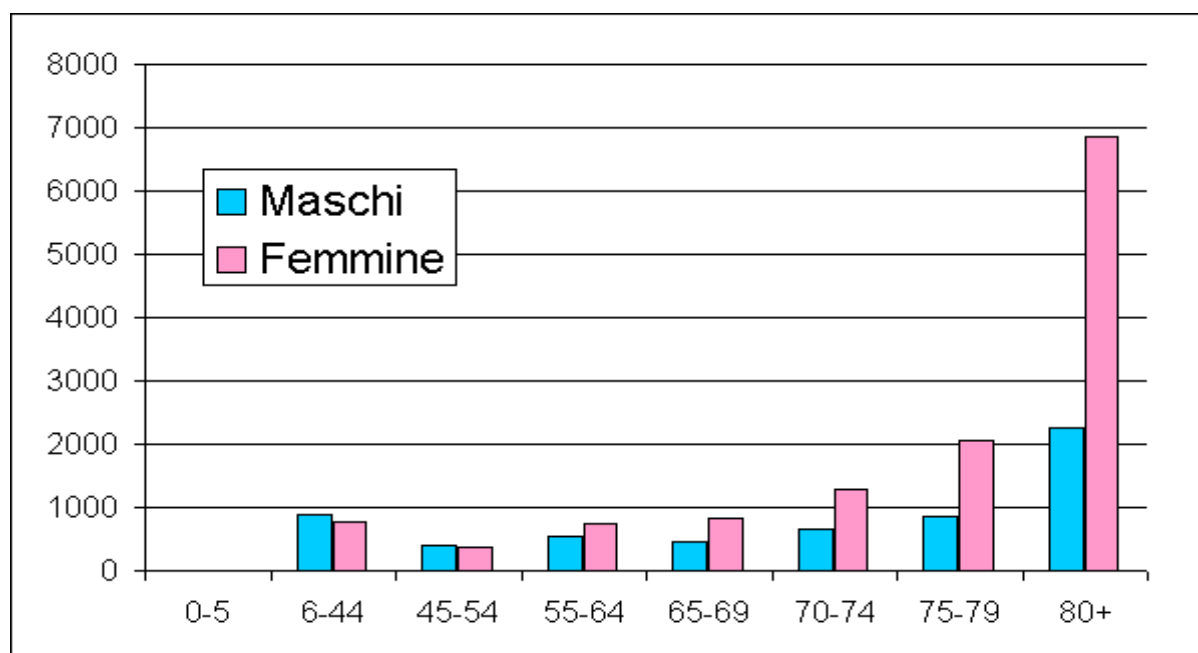


Figura 1: Stima del numero di persone di sei anni e più disabili per classi di età e sesso, residenti nel territorio dell'ULSS 16 di Padova, nel 2005. La proiezione si basa su dati ISTAT ("Demografia in cifre" - Flusso POSAS Anno 2004 / Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari 2005 – ISTAT 2007).

A.4 PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI VALUTATE IN U.V.M.D.

Per quanto riguarda la residenzialità, nel corso del 2006, 835 U.V.M.D. hanno formulato un progetto di accoglimento definitivo in residenza (633 U.V.M.D di attivazione e 202 U.V.M.D di verifica), e 23 U.V.M.D hanno proposto un accoglimento in alloggio protetto (18 U.V.M.D di attivazione e 5 U.V.M.D di verifica). A queste vanno aggiunte 287 U.V.M.D che hanno formulato un progetto di ospitalità temporanea in appoggio alla domiciliarità (193 U.V.M.D di attivazione e 94 U.V.M.D di verifica).

Il numero di U.V.M.D che propongono un progetto di accoglimento in residenza negli ultimi anni è sempre pressochè costante (figura 2). Nello stesso tempo, l'offerta di servizi domiciliari e di supporto alla domiciliarità tende a diversificarsi e ad ampliarsi, anche grazie all'aumento dei ricoveri temporanei o di sollievo nelle Residenze Protette e degli inserimenti nei Centri Diurni.

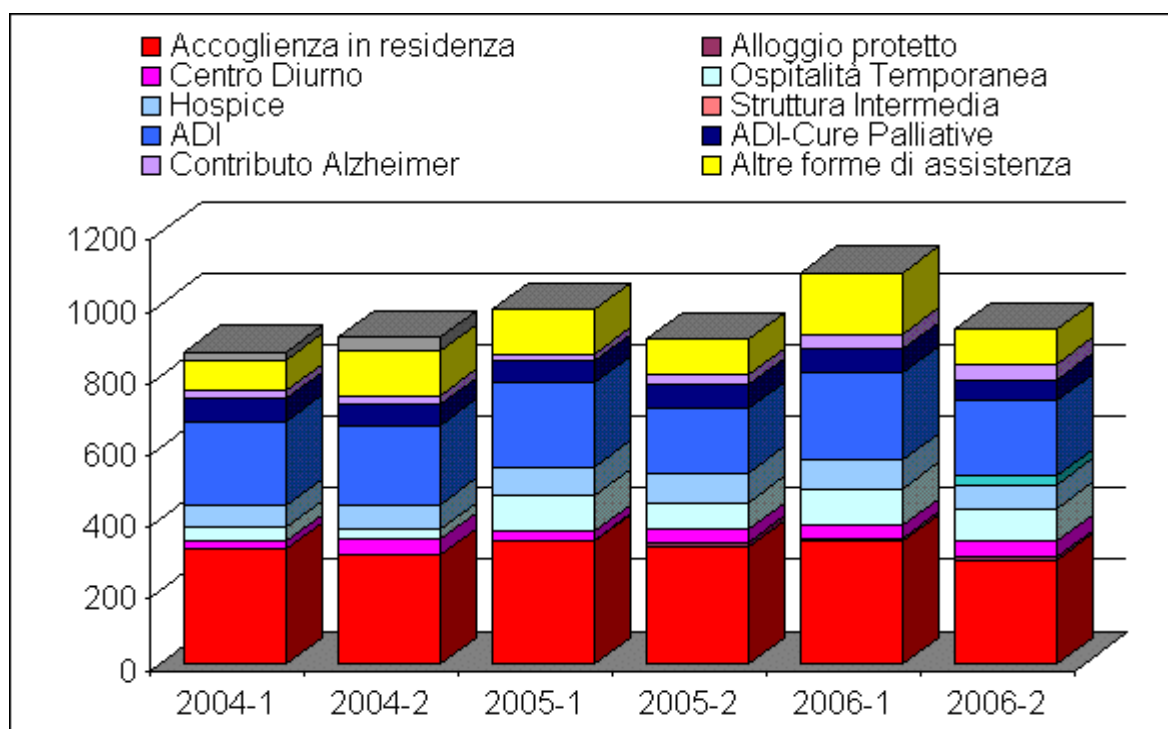


Figura 2: Progetto principale proposto dalle U.V.M.D. di attivazione per semestre: confronto 2004-2005-2006

Per ogni persona valutata in U.V.M.D, viene compilata la scheda S.V.A.M.A., uno strumento di valutazione multidimensionale validato, adottato in tutta la Regione Veneto.

All'interno della scheda vengono raccolti i dati di valutazione dello stato cognitivo, della capacità di movimento, della necessità di aiuto nelle attività quotidiane (ADL), della necessità di assistenza infermieristica e viene inquadrata la situazione sociale.

Sulla base delle valutazioni eseguite nel 2006, è possibile stimare che oltre il 75% delle persone valutate, per cui è stato formulato un progetto di tipo residenziale, presenta deterioramento dello stato cognitivo e/o disturbi del comportamento prevalenti (Figura 3), oltre il 60% non è in grado di spostarsi autonomamente ed oltre l'80% non è in grado di deambulare (figura 4) e oltre l' 85% presenta necessità di assistenza nelle comuni attività quotidiane (ADL) (figura 5).

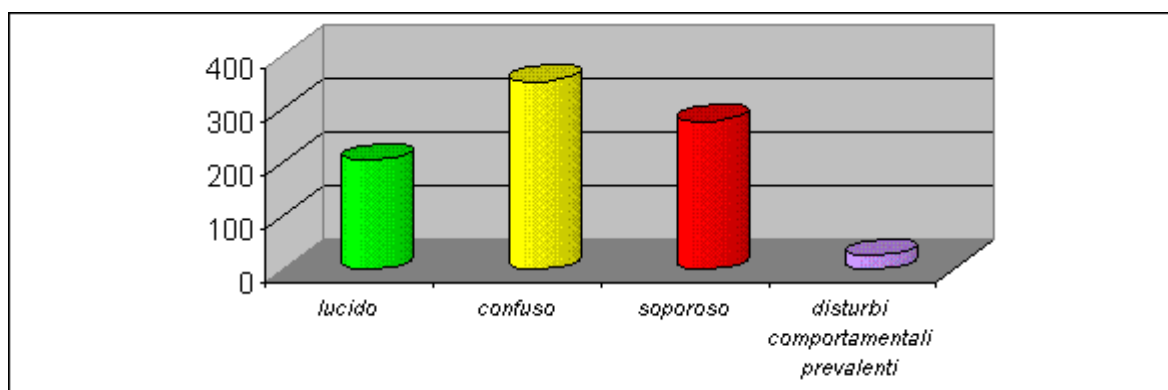


Figura 3: Stato cognitivo delle persone valutate in U.V.M.D nel 2006 con progetto residenziale.

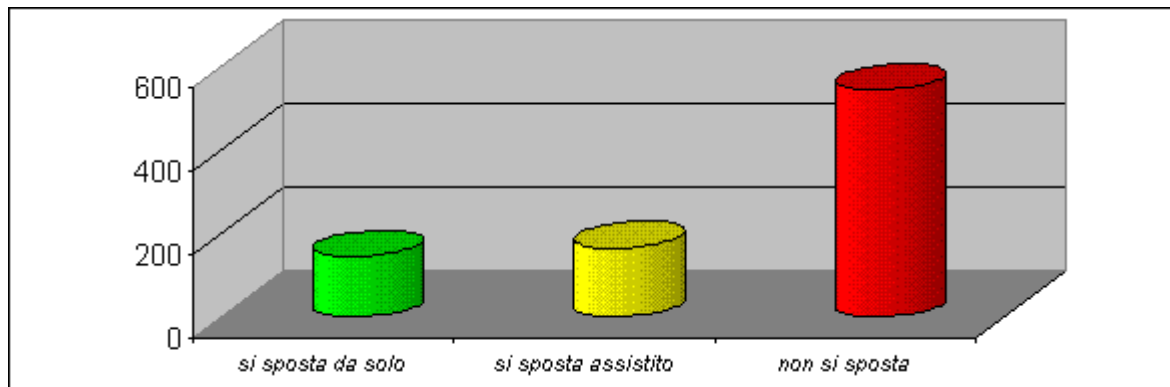


Figura 4: Capacità di movimento delle persone valutate in U.V.M.D. nel 2006 con progetto residenziale.

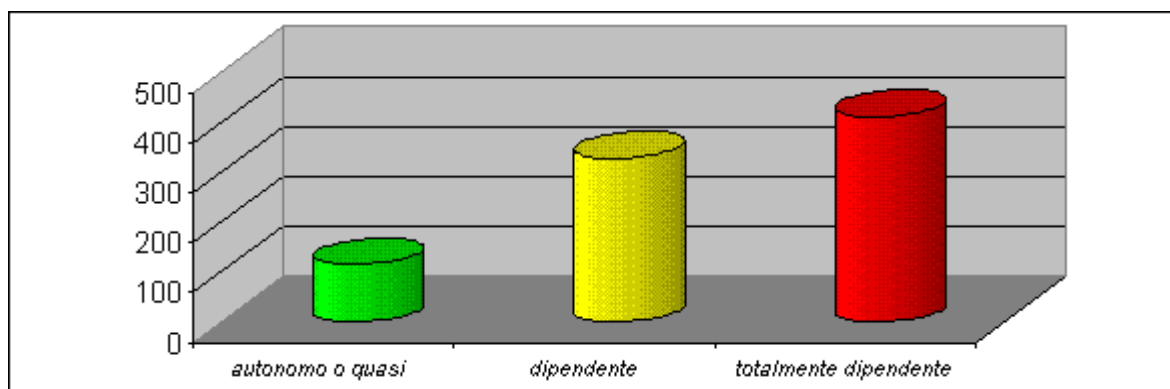


Figura 5: Autonomia nelle attività quotidiane di base (ADL) delle persone valutate in U.V.M.D nel 2006 con progetto residenziale

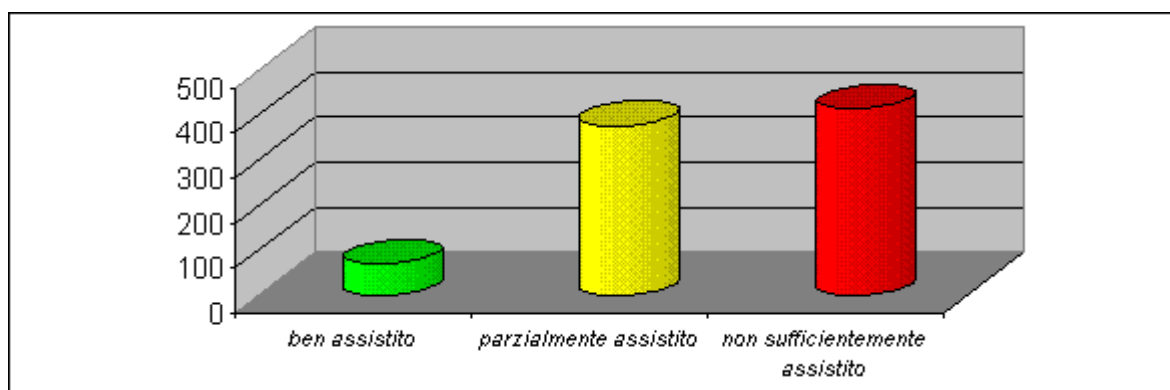


Figura 6: Stato sociale delle persone valutate in U.V.M.D nel 2006 con progetto residenziale.

Uno degli aspetti particolarmente rilevanti tra le persone valutate, per cui si propone l'ingresso in una struttura, è lo stato sociale. Tale asse infatti influenza notevolmente il progetto che la U.V.M.D decide di costruire per la persona. È estremamente significativo che solamente l'8% delle persone proposte per l'accesso in struttura residenziale nel 2006 presentasse una rete familiare in grado di garantire una buona assistenza, mentre il rimanente 92% presentava una rete parentale in difficoltà o addirittura assente. (Figura 6).

Dal punto di vista della necessità di assistenza infermieristica, nella S.V.A.M.A. è presente un punteggio sanitario che tiene conto della presenza di patologie croniche o di situazioni cliniche che necessitano di un'alta intensità assistenziale da parte del personale infermieristico (diabete in trattamento con insulina, scompenso cardiaco grave, ossigenoterapia continuativa, sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG), stomie, ulcere distrofiche, piaghe da decubito, ecc...). Circa il 10 % delle persone valutate, per cui è stato formulato un progetto di tipo residenziale, presenta un'elevata necessità di assistenza sanitaria, e il 35% una necessità intermedia (figura 7).

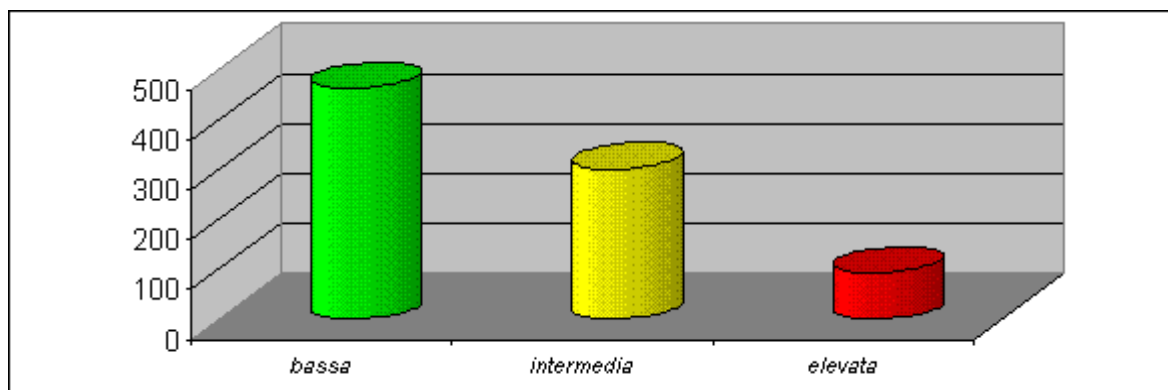


Figura 7: Necessità di assistenza infermieristica delle persone valutate in U.V.M.D nel 2006 con progetto residenziale.

La combinazione dei diversi punteggi permette di definire un profilo.

È interessante considerare che, se tra le persone proposte per l'assistenza domiciliare è maggiore il numero di persone che presentano gravi necessità di assistenza sanitaria, tra le persone proposte per l'accoglimento permanente in Residenza Protetta è maggiore il numero di soggetti con grave dipendenza, e confusi deambulanti, che presentano importante carico di tipo assistenziale (figura 8).

Considerando la sola popolazione proposta per l'ingresso in residenza, è possibile anche evidenziare un trend di aumento di soggetti con gravi problemi di tipo sanitario che se nel 2002 erano il 6,5% del totale, nel 2004 l'8,8%, nel 2006 sono risultati il 12% (Figura 9).

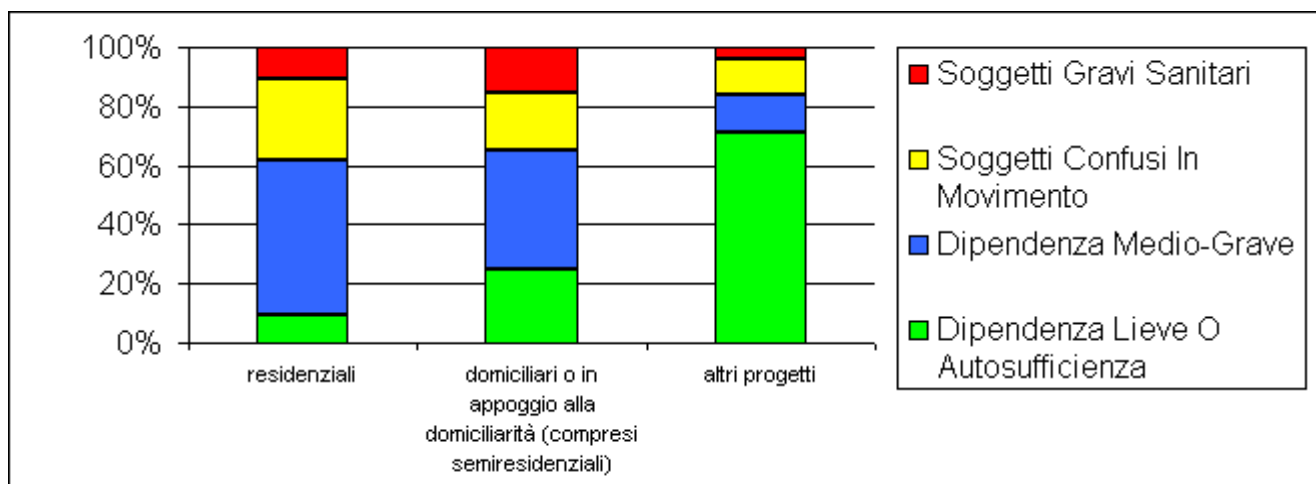


Figura 8: Suddivisione delle U.V.M.D per Tipologia di progetto principale proposto in corso di U.V.M.D e per Profilo Assistenziale

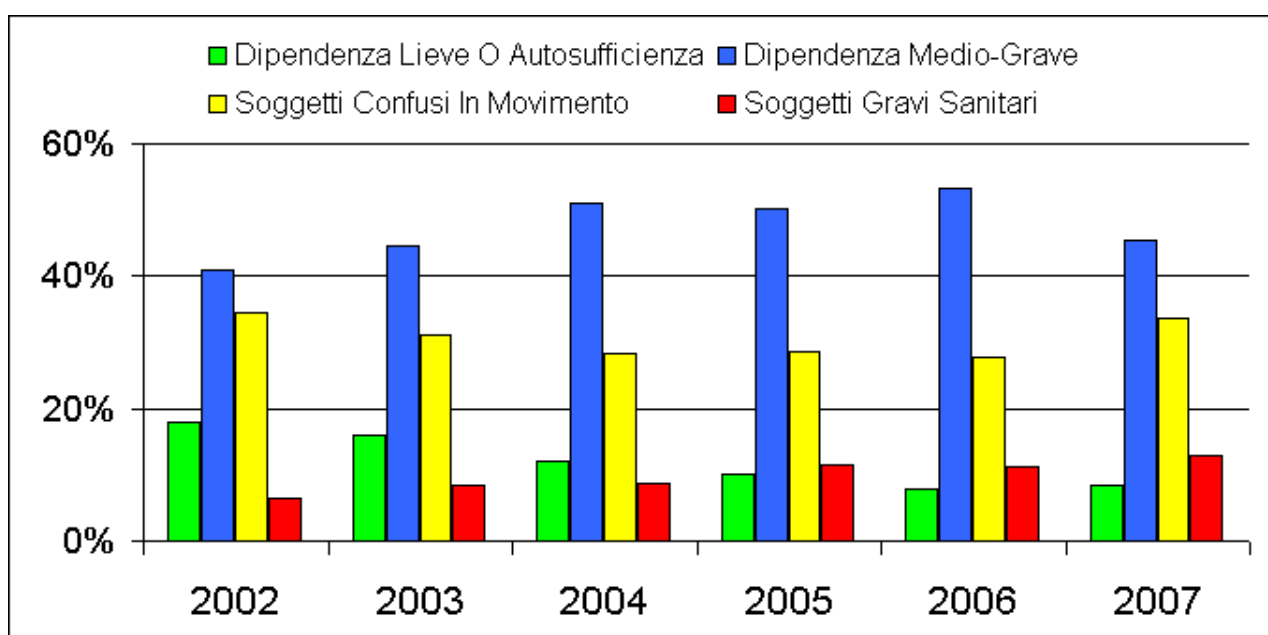


Figura 9: Suddivisione per Profilo Assistenziale delle U.V.M.D con progetto principale di ingresso in struttura residenziale

Nella figura 10 vengono presi in considerazione profili con maggior carico sanitario analizzati in tre diversi periodi compresi tra il 2000- 2005.

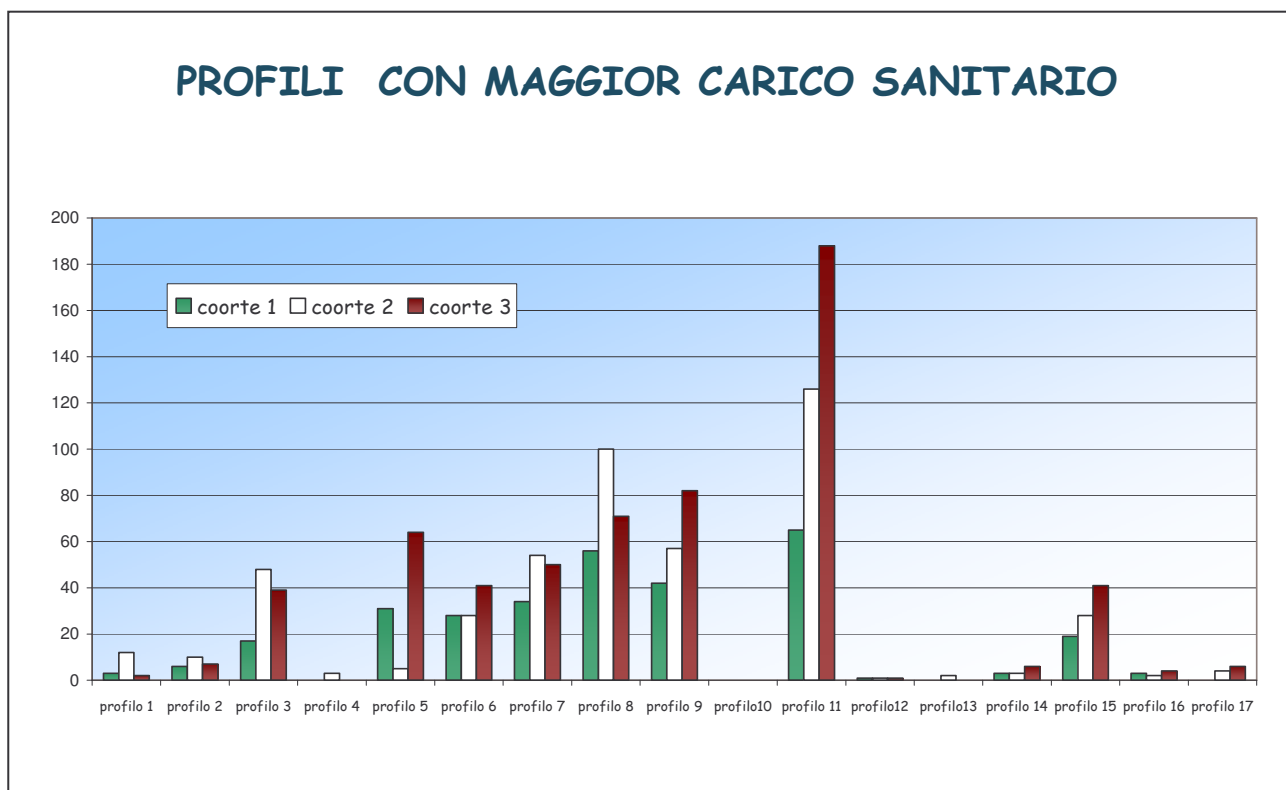
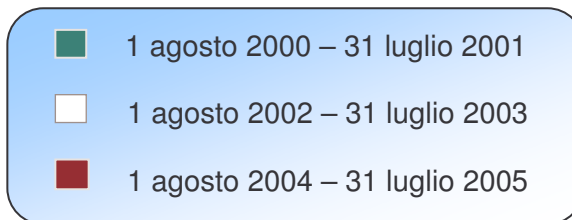


Figura 10

Dal grafico si può notare come il profilo 11 (Confuso o stuporoso, totalmente dipendente) nel corso del triennio esaminato, tenda ad aumentare notevolmente.

A.5 PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI VALUTATE ALL'INTERNO DELLE RESIDENZE PROTETTE

Dall'istogramma che segue si può notare come la richiesta di residenzialità si concentri nelle fasce di età più alte, che vanno dai 75 anni, con un picco dopo gli 85 anni.

Ne consegue perciò che tale popolazione anziana considerata l'età avanzata, risulta essere sempre più colpita da demenza e da pluripatologie, con esiti di tracheotomia, BPCO, ulcere, portatori di sondino nasogastrico, PEG, catetere a permanenza. La gestione di tali soggetti risulta pertanto molto impegnativa e a volte difficile, sia a domicilio, che in servizi diurni. Inoltre si stima che presbiacusia e deficit uditivi colpiscano circa il 40% della popolazione, mentre la presbiopia e i deficit visivi il 30% degli ospiti.

Di seguito viene presentata un'analisi prospettica su un campione residente in alcuni dei Centri Servizi presenti sul territorio dell'ULSS 16, svolta nel periodo compreso tra il 2000 e il 2005.

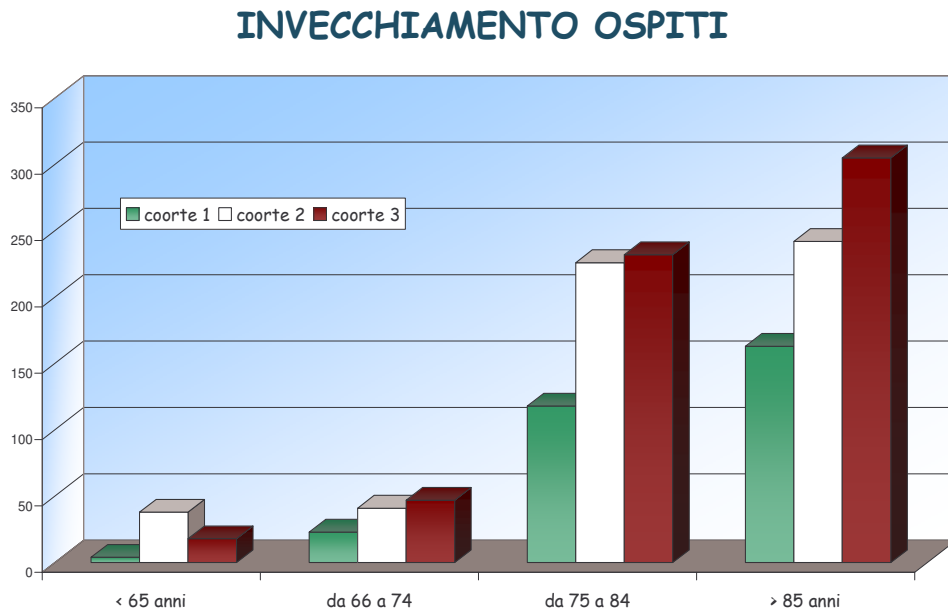


Figura 11

QUESTIONARIO SULLE DEMENZE OSPITI IN RESIDENZE PROTETTE (SU CAMPIONE ANNO 2003)

RESIDENZA PROTETTA	TOT. ASSISTITI	OSPITI AFFETTI DA DEMENZA	%
VILLA ALTICHIERO	80	44	55,00
I.R.A.	446	289	64,80
O.I.C.	569	360	63,27
CONFIGLIACHI	122	89	72,95

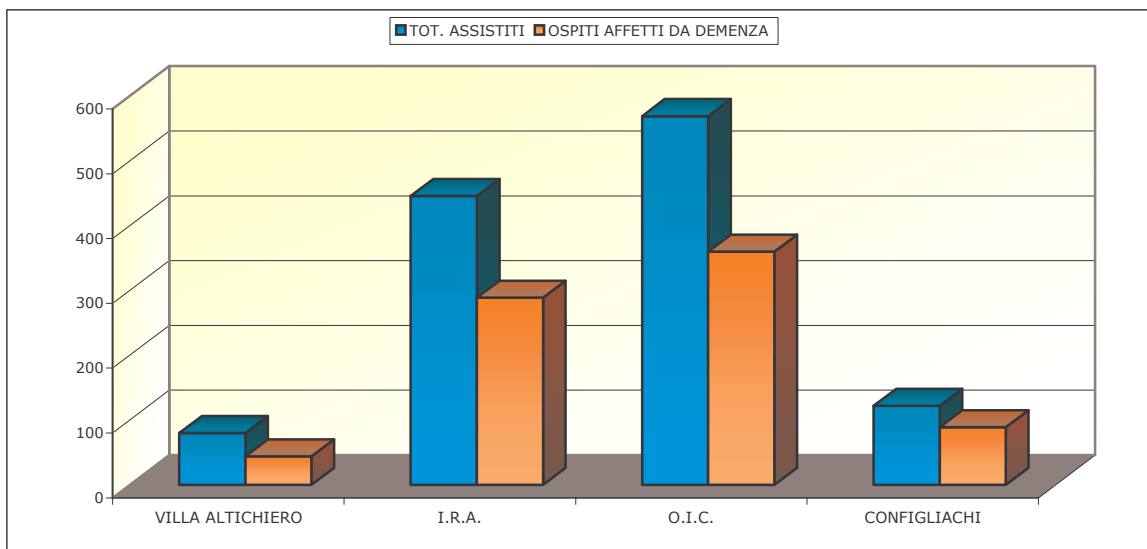


figura 12

Dalla figura 12 si evince come in tutte le Residenze prese in considerazione, la percentuale di soggetti dementi superi il 55% della popolazione residente e in alcuni casi raggiunga percentuali molto alte (72,95%). Ne consegue pertanto un notevole carico assistenziale per le Residenze stesse.

Nella tabella 1 si può notare la percentuale di lesioni da decubito e lesioni del piede diabetico riscontrate in soggetti ospiti nelle Residenze Protette dell'ULSS 16

I dati sono stati estrapolati dallo studio Pilota della Regione Veneto – Area Vasta – denominato “SOS Ulcere” effettuato nell’anno 2006 presso Centri Servizio e Assistenza Domiciliare della Ulss 15, 16 e 17. Da tale studio emerge che tra i soggetti esaminati il 9,7% risulta essere affetto da lesioni da decubito. Oltre il 60% di tali lesioni si collocano nei primi 2 stadi mentre il 30% nel terzo stadio.

Le lesioni del piede diabetico, invece, nelle Residenze Protette risultano essere intorno allo 0,3%.

Le persone che sono state oggetto di indagine sono prevalentemente molto anziane, infatti l'88% della popolazione ha più di 70 anni.

Tabella 1

LESIONI NELLE R.P. DELLA ULSS 16	
DA DECUBITO	9,7%
PIEDE DIABETICO	0,3%

Dallo stesso studio si evidenzia che per quanto riguarda le lesioni vascolari esse non superano l'1,7% nell'intero territorio regionale. Dei casi osservati l'80% si collocano tra il secondo e terzo stadio.

La tabella 2 prende in considerazione 276 schede valutate dall'Unità Operativa Interna (U.O.I.) compilate negli Istituti I.R.A. e O.I.C., relativamente agli aspetti motori degli anziani ospiti residenti. Nella tabella viene esposta la situazione relativa al peso del problema riscontrato e dell'intervento da effettuare, tenendo conto dei gradi di gravità crescente (1, 2, 3, 4).

Tabella 2

**VALUTAZIONI CORRELATE ASPETTI MOTORI
(276 schede UOI) - Istituti I.R.A. e O.I.C.**

peso del problema	I semestre			
rilevato dai fisioterapisti	2000	2003	2005	Tot. compl.
1	2,0%	5,6%	1,2%	3,6%
2	42,0%	19,0%	9,5%	20,3%
3	32,0%	43,0%	45,2%	41,7%
4	24,0%	32,4%	44,0%	34,4%
Totale complessivo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

peso dell'intervento	I semestre			
rilevato dai fisioterapisti	2000	2003	2005	Tot. compl.
1	2,0%	6,3%	0,0%	3,6%
2	46,0%	51,4%	40,5%	47,1%
3	40,0%	28,2%	47,6%	36,2%
4	12,0%	14,1%	11,9%	13,0%
Totale complessivo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Come si può notare, per quanto riguarda il peso del problema la percentuale cresce nella fascia 3 e 4, ovvero quella riguardante la gravità maggiore. Per quanto riguarda invece il peso dell'intervento, l'attività viene maggiormente indirizzata verso gli ospiti classificati nella fascia 2, ossia tra coloro che presentano uno stadio di gravità medio- basso. Nella fascia 4 le possibilità di intervento sono inferiori a causa della gravità della condizione con impossibilità di recupero.

La delibera D.G. n. 157 del 6.3.2006 prevede l'attivazione e la regolamentazione di percorsi preferenziali nuovi per l'attività specialistica a beneficio di ospiti presso le Residenze Protette. Le finalità di tale delibera sono:

- l'incremento dell'efficienza produttiva,
- favorire il percorso d'accesso alle visite specialistiche per soggetti non autosufficienti istituzionalizzati presso un unico centro allocato presso il Complesso Socio Sanitario dei Colli
- conseguente diminuzione dei tempi di attesa per la procedura semplificata.

Di seguito in tabella 3 e figura 13 si indicano le stime delle prestazioni 2006 e 2007. A consuntivo di quanto effettuato si stima una previsione in aumento del 20%.

Tabella 3

VISITE SPECIALISTICHE IN RESIDENZE PROTETTE

SEDE	STIMA PRESTAZIONI ANNO 2006	STIMA PRESTAZIONI 2007
distretto 1	709	
distretto 2	89	
C.S.S. COLLI		958
TOTALE	798	958

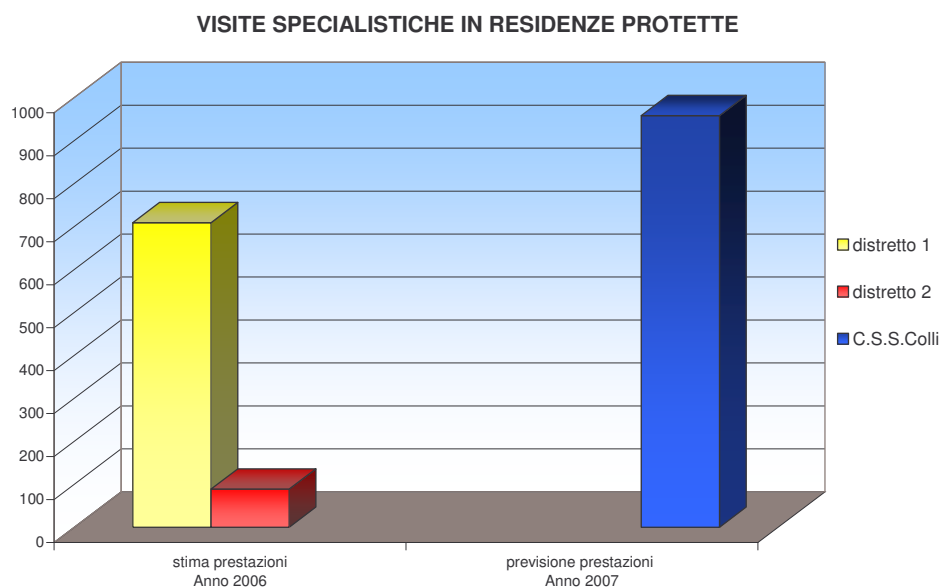


Figura 13

L'attività di riabilitazione per ospiti di Residenze Protette è garantita dalla ULSS, in attuazione di programmi terapeutico riabilitativi individuali elaborati dalla Unità Operativa Interna (UOI), provvedendo anche alla fornitura di protesi ed ausili personalizzati come disposto dalla delibera del Direttore Generale n. 1067 del 17.12.2003.

B. DEFINIZIONE DEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

B.1 INTEGRAZIONE TRA I PERCORSI DI RESIDENZIALITA' E DOMICILIARITA'

Promuovere e tutelare la qualità della vita dei cittadini in condizioni di non autosufficienza significa promuovere gli interventi atti a sviluppare una rete di servizi tali da soddisfare i bisogni primari sociali e relazionali delle persone in difficoltà.

I soggetti non autosufficienti necessitano di assistenza nella gestione della vita quotidiana e di cure sanitarie, per cui i servizi sociali e quelli sanitari devono necessariamente collaborare, integrando le proprie risorse e delineando le rispettive competenze, anche se talvolta risulta difficile definirne i confini.

Prendendo in esame la programmazione locale, la Regione Veneto ha predisposto ed autorizzato servizi inerenti la residenzialità, i servizi diurni e la domiciliarità, rivolti ad individui non autosufficienti.

Domiciliarità e residenzialità costituiscono il sistema assistenziale integrato, il quale fa in modo di garantire condizioni di salute e cura per l'individuo inserito nella rete delle relazioni affettive e sociali, al fine di garantire un miglioramento dell'offerta per la popolazione.

Per integrazione si intende la modalità con cui i soggetti istituzionali e non, in tutti gli ambiti territoriali, partecipano ai livelli di programmazione e contribuiscono con le proprie risorse alla costituzione di risposte adatte ai bisogni della popolazione, rispettando le esigenze e le specificità territoriali, in un'ottica di razionalizzazione, ottimizzazione e di miglioramento generale dell'offerta.

Tutte le risorse disponibili sul territorio devono necessariamente venire integrate dal Piano Locale per la Non Autosufficienza, al fine di favorire lo sviluppo e l'organizzazione di multiformi azioni assistenziali. Offrire un servizio unitario dotato di tutti gli strumenti per fornire le più articolate risposte, comprendenti tutti i bisogni del vivere biologico e sociale, atte a favorire ed incentivare la permanenza a domicilio anche in età avanzate. È necessario integrare e mettere in rete tutte le risorse per offrire risposte sempre più adeguate, complete, unitarie, risolutive dei problemi che le persone anziane incontrano nel loro vivere quotidiano al loro domicilio.

La domiciliarità si basa sul presupposto della permanenza dell'individuo nel proprio ambito domiciliare e nella rete delle relazioni affettive e sociali garantita dalla presenza di servizi territoriali di assistenza domiciliare integrati dall'apporto di familiari, di assistenti familiari e di volontari.

Il modello di intervento della domiciliarità si articola in tre ambiti:

- sostegno ai servizi di Assistenza Domiciliare e Assistenza Domiciliare Integrata;
- sostegno alla famiglia;
- sollievo alla famiglia.

I servizi domiciliari garantiscono agli utenti una migliore qualità della vita e risultano essere un valido mezzo per contrastare il rischio di istituzionalizzazione.

Nell'integrazione tra i servizi residenziali e la domiciliarità, i Centri Diurni Socio-Sanitari assumono un'importanza rilevante.

La formula dei servizi diurni assume sempre più rilievo in quanto permette all'utenza di ottenere un'adeguata risposta ai propri bisogni di cura, rimanendo nel proprio ambiente familiare e sociale.

Negli ultimi anni è emersa infatti sempre di più da parte delle famiglie, l'esigenza e la richiesta di servizi alla persona improntati alla domiciliarità intesa, non solo come prestazione assistenziale e/o sanitaria unicamente a domicilio, ma come presa in carico dell'anziano non autosufficiente, nell'arco della giornata, in strutture adeguatamente attrezzate, atte a garantire prestazioni socio-sanitarie il più possibile rispondenti alle esigenze psico-fisiche dell'anziano in difficoltà.

Il nuovo piano di zona deve pertanto prevedere l'implementazione di tali strutture semiresidenziali, differenziandole per tipologia di offerta, che potrà essere di tipo sanitario-riabilitativo e/o psico-sociale assistenziale.

Tali strutture hanno lo scopo di:

- garantire il più a lungo possibile il mantenimento a domicilio della persona non autosufficiente;
- garantire prestazioni sanitarie;
- garantire prestazioni assistenziali;
- garantire attività ludico ricreative;
- garantire prestazioni psicologiche;
- favorire la socializzazione;
- evitare l'isolamento e l'emarginazione;
- mantenere il più a lungo possibile le capacità residue.

E' cura delle Aziende ULSS, degli Enti Locali e del Privato Sociale:

- promuovere una cultura di solidarietà tra le generazioni;
- promuovere percorsi di formazione e/o aggiornamento del personale socio-sanitario ivi operante;
- promuovere degli interventi di sensibilizzazione alla terza età tra i giovani attraverso la scuola;
- promuovere interventi infermieristici a domicilio in ordine e per conto del distretto, sia per utenti già inseriti nei centri servizio, che per soggetti esterni;
- potenziare uno sportello informativo che offra al cittadino la possibilità di ricevere informazioni circa i servizi per la non autosufficienza esistenti sul territorio;

B.2 DESCRIZIONE DEI PROFILI DI NON AUTOSUFFICIENZA IN RELAZIONE AI LIVELLI SOGGETTIVI DI BISOGNO ASSISTENZIALE

L'attivazione delle strutture che offrono assistenza sanitaria accompagnata da un alto livello di assistenza tutelare e alberghiera, adibite quindi all'assistenza residenziale extra ospedaliera, rappresenta una risposta essenziale ai diversi bisogni presentati dalle persone anziane e disabili non autosufficienti, non assistibili a domicilio, le cui esigenze e necessità vengono valutate in termini di bisogno assistenziale socio-sanitario.

La suddivisione in livelli, tarati sulla polipatologia e gravità sanitaria assistenziale degli ospiti, viene adesa in modo più specifico nel rispetto dell'appropriatezza, richiamata dalla D.G.R.

456/07 art. 3. L'appropriatezza di tale suddivisione viene valutata da parte della U.V.D.M. per la verifica della corrispondenza tra i bisogni assistenziali della persona richiedente e l'offerta del servizio residenziale.

In base a questa valutazione, verrà successivamente scelta la risposta residenziale più idonea alle esigenze socio-assistenziali del soggetto valutato.

Le strutture residenziali, infatti, vengono differenziate in livelli, sulla base della diversa gravità della non autosufficienza.

Il **livello 1** comprende quelle strutture residenziali che forniscono un livello minimo di assistenza sanitaria, comprensiva delle componenti mediche, infermieristiche e socio-assistenziali, e un alto livello tutelare e alberghiero per soggetti non autosufficienti che necessitano di una sorveglianza sanitaria costante che garantisca il mantenimento delle funzioni psicofisiche residue oltre che la prevenzione di una loro compromissione.

Si tratta di strutture quali case per anziani (ad esempio case soggiorno per non autosufficienti), Residenze Protette, Residenze Assistite, che si occupano di soggetti che per il loro grado di dipendenza richiedono un aiuto pluri-quotidiano che si concretizza nella vigilanza, nel supporto ambientale e in interventi individuali e/o di gruppi, volti a salvaguardare l'autonomia residua.

Il **livello 2** comprende un livello medio di maggiore assistenza sanitaria ed alto livello tutelare e alberghiero. Ne fanno parte le R.S.A. di base e i Nuclei a Maggior Assistenza di Rilievo Sanitario delle case soggiorno per anziani non autosufficienti. Queste strutture si occupano di soggetti con patologie croniche a decorso ingravescente o con episodi acuti ricorrenti e di soggetti che richiedono sorveglianza medica costante e frequenti interventi sanitari a causa di patologie invalidanti e degenerative. Si tratta quindi di soggetti che richiedono un elevato grado di protezione assistenziale conseguente all'alto livello di dipendenza psicofisica che richiedono. Si rende perciò necessaria una supervisione continua di questi ospiti non autosufficienti, oltre ad un supporto ambientale e ad interventi individuali che richiedono un impegno rilevante, fermo restando il tentativo di autonomizzare, fin dove possibile, le capacità residue e le abilità motorie.

Il **livello 3** definisce infine un profilo medio-alto di assistenza riabilitativa e sanitaria, con alto livello tutelare e alberghiero. Rientrano in questa sfera innanzitutto le R.S.A. di Cura e Recupero Riabilitativo Funzionale per soggetti con grave disabilità fisica e recupero molto lento, che di fatto necessitano di prestazioni riabilitative e sanitarie continuative e prolungate nel tempo, sempre e comunque volte al recupero e al potenziamento delle capacità residue, per quanto risulti possibile.

La differenziazione in tre profili, prevista già dall'ex D.G.R. 2034/94, ma mai realmente attuata, si rende oggi assolutamente necessaria e indispensabile a causa dell'allungamento della vita media ed il conseguente incremento di patologie sempre più invalidanti, che richiedono prestazioni sanitarie specialistiche sempre più mirate. A tal punto risulta indispensabile il relativo adeguamento dello standard di personale che, per il futuro, dovrebbe prevedere il potenziamento del personale infermieristico e medico con conseguente relativa diminuzione del personale sociale, che non troverebbe un adeguato utilizzo.

Ai soggetti con problemi psico-geriatrici e/o comportamentali gravi con importanti deficit delle capacità intellettive e cognitive sono destinate invece le R.S.A. di Cura e Recupero Riabilitativo Mentale. Per questi casi si rendono necessarie prestazioni riabilitative e sanitarie continuative, finalizzate al riequilibrio delle condizioni deteriorate e al mantenimento del potenziale residuo, per quanto possibile.

Rientrano infine in questo terzo profilo, e quindi nel livello medio-alto di assistenza, i Nuclei di R.S.A., rivolti a soggetti che necessitano di un elevato grado di protezione assistenziale, che richiedono un aiuto completo o quasi per quanto riguarda le capacità residue e la mobilità attraverso una supervisione continua, supporto ambientale e interventi finalizzati anche al recupero delle potenzialità fisiche, cognitive, affettive e relazionali.

B.3 DESCRIZIONE DEI SERVIZI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA NELLA REGIONE DEL VENETO

I servizi per la non autosufficienza promossi e proposti dalla Regione Veneto si differenziano in:

SERVIZI RESIDENZIALI

Per quanto concerne i servizi residenziali, attualmente si distinguono impegnative con livello di intensità media ed impegnative con livello di intensità ridotta/minima, Servizi Alta Protezione Alzheimer (S.A.P.A.), Stati Vegetativi Permanenti (S.V.P.).

Mentre le impegnative con livello di intensità media comportano l'accoglienza in Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) o in Nuclei di R.S.A., le impegnative con livello di intensità ridotta/minima comportano l'accoglienza in Case Soggiorno esplicitamente autorizzate ad ospitare persone in condizioni di non autosufficienza. L'ammissione ai trattamenti di residenzialità è disposta dal Distretto Socio Sanitario di residenza a seguito della valutazione effettuata dalla Unità Valutativa Distrettuale Multidimensionale (U.V.D.M.) in applicazione della scheda S.V.A.M.A..

- Case Soggiorno per Anziani non Autosufficienti: queste case accolgono soggetti che richiedono una costante sorveglianza sanitaria ed un moderato impegno, in modo da garantire il mantenimento delle capacità residue dell'ospite. Tali soggetti richiedono una vigilanza ed un supporto ambientale nelle attività della vita quotidiana.
- Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.): le R.S.A. sono delle residenze che accolgono soggetti con patologie croniche a decorso inaggravante e/o con esiti di patologie invalidanti e degenerative che richiedono assistenza continua, interventi sanitari frequenti ed una costante sorveglianza da parte di figure sanitarie.
- Nuclei di maggior assistenza di rilievo sanitario: sono Nuclei di maggiore assistenza nelle Case di Soggiorno per anziani non autosufficienti e negli Istituti residenziali per persone disabili (ad intensità media).
- Sezioni ad Alta Protezione per Alzheimer e Demenza (S.A.P.A.): queste strutture sono destinate ad accogliere soggetti affetti da demenza di grado moderato-severo che, a causa delle significative alterazioni comportamentali, non riescono a percepire un'adeguata risposta con l'assistenza domiciliare, la quale risulta essere inadeguata alle necessità del malato di Alzheimer o affetto da grave demenza.

Le S.A.P.A. risultano essere una risposta limitata nel tempo per quei soggetti che necessitano di un particolare approccio clinico-assistenziale durante una o più fasi della loro malattia.

- Posti letto per pazienti in Stato Vegetativo Permanente (S.V.P.): questo tipo di servizio è rivolto a quei soggetti che versano in condizioni di stato vegetativo conseguente a gravi lesioni cerebrali.

Le specifiche strutture assistenziali e di ricovero realizzate per tale tipo di pazienti garantiscono un elevato livello di assistenza sanitaria ed infermieristica, alleviando la responsabilità gestionale dei familiari e non gravando sulle altre maglie della rete assistenziale. Il medico dimettente ospedaliero ed il medico di medicina generale, d'accordo con il responsabile della struttura accogliente, propongono all'U.V.D.M. la valutazione per l'ammissione alle sezioni per i pazienti in stato vegetativo.

SERVIZI DIURNI

- **Centro Diurno Socio-Sanitario:** Il Centro Diurno Socio-Sanitario è una struttura flessibile che svolge funzioni di carattere socio-assistenziale e/o riabilitativo, di mantenimento delle potenzialità e dell'autonomia socio-relazionale della persona. Esso concorre a mantenere la persona anziana, anche in condizioni di rilevante gravità soggettiva, nel proprio ambiente familiare e sociale, e, nello stesso tempo, consente di dare conveniente risposta ai bisogni di cura delle persone anziane, alleviando l'incombenza assistenziale delle famiglie. Prestando specifica attenzione tanto agli aspetti comportamentali quanto alla sfera dell'umore, il Centro Diurno ha l'obiettivo di mantenere le capacità residue della persona sofferente migliorandone, nei limiti del possibile, la qualità della vita e diminuendo lo sgravio gestionale della famiglia di appartenenza. Il Centro Diurno ha una doppia valenza, sia riabilitativa che sociale, quest'ultima destinata ai casi meno gravi in cui si predilige la socializzazione alla riabilitazione psicofisica.

Si rende pertanto necessario l'adattamento dello standard di personale alla tipologia di utenza, inserendo oltre all'OSS e all'Infermiere Professionale, così come previsto dal D.G.R. 2208/2001, altre figure professionali specifiche.

L'infermiere del Centro Diurno potrà fornire prestazioni territoriali per ordine e conto del distretto sia a soggetti ospiti del Centro, che ad anziani esterni. In questo modo viene promossa e realizzata una concreta integrazione tra Centro Diurni e assistenza domiciliare integrata.

SERVIZI DI ACCOGLIENZA TEMPORANEA

La Regione Veneto ha attivato la possibilità di accoglienza presso le Strutture Residenziali per periodi limitati nel tempo (Brevi Soggiorni) per persone non autosufficienti che, per motivi sociali e/o sanitari, non sono gestibili al proprio domicilio.

I Brevi Soggiorni si articolano in inserimenti di sollievo, ideati a scopo sociale e destinati all'aiuto delle famiglie nel carico gestionale dell'assistito, ed inserimenti temporanei, destinati specificatamente all'utenza e alla propria patologia. L'accesso in Struttura avviene mediante valutazione da parte dell'U.V.M.D. e dopo l'inserimento nel R.U.R..

La domanda per l'accoglienza temporanea, può essere presentata dalla persona in stato di bisogno socio-sanitario, da un membro della famiglia o dal medico curante, al Distretto Socio Sanitario di competenza per residenza.

Successivamente interviene il Distretto attivando la U.V.M.D. che valuta la domanda, raccoglie i dati necessari alla valutazione multidimensionale utilizzando lo strumento adottato dalla Regione, e dopo aver individuato il progetto assistenziale idoneo "accoglienza in residenza" o "accoglienza temporanea", attiva il servizio socio-sanitario adeguato, comunicando l'esito della valutazione multidimensionale all'ufficio Registro Unico della residenzialità dell'Area Tutela Anziani, attraverso la procedura informatica on-line del R.U.R.

L'accoglienza temporanea presso le Residenze Protette del territorio dell'ULSS 16, è prevista per una durata massima di 30 giorni, eventualmente prorogabili fino a due volte per un massimo di 30 giorni cadauna.

Tale eventualità viene stabilita a priori dall'Assistente Sociale del Comune in sede di Valutazione U.V.M.D.

L'Assistente Sociale del Comune inoltre, è tenuto ad indicare nel verbale stesso, quale potrà essere la compartecipazione dell'utente sulla base dei criteri di compartecipazione in uso presso il proprio ente di appartenenza.

Nell'ULSS 16, tutti i posti di accoglienza temporanea sono attivabili con precedenza assoluta rispetto la residenzialità.

Tanto per l'inserimento di sollievo, quanto per l'inserimento temporaneo, sono previsti dei contributi e dei bonus dalla Regione. L'erogazione viene stabilita dal funzionario incaricato dal comune, in seguito a verifica ISEE (vedi delibera del Direttore Generale dell'ULSS 16 di Padova n° 941 del 24-11-2005 e relativo regolamento per accesso a Brevi Soggiorni. Allegato A).

L'AMBULATORIO INTEGRATO PER L'ANZIANO FRAGILE

Dal 2005, in particolare, è operativo, presso il Complesso Socio Sanitario ai Colli, l'Ambulatorio Integrato per l'anziano fragile che consente a pazienti anziani, disabili e multiproblematici, che necessitano di iter diagnostico-terapeutici complessi, di svolgere il percorso in ambiente protetto. Il paziente, cui il Medico di famiglia ha programmato l'accesso, è in grado di accedere a prestazioni multiple (laboratorio, radiologia e specialistica) in un'unica giornata, all'interno della quale vengono strutturati tutti gli appuntamenti.

Nello svolgimento della giornata vengono inoltre cadenzate tutte le attività assistenziali per il paziente non-autosufficiente, quali l'assunzione della terapia, la somministrazione di un pasto, l'igiene personale e l'accompagnamento lungo l'intero percorso.

I pazienti che finora hanno usufruito di questo Ambulatorio sono affetti prevalentemente da demenze, patologie neoplastiche e patologie neurologiche gravi, i cui familiari, oltre ai pazienti stessi, hanno espresso elevato gradimento del servizio ricevuto.

LA STRUTTURA INTERMEDIA

La Struttura Intermedia (S.I.), attivata dall'U.L.S.S. 16 di Padova con la delibera n. 808 nel 18 Luglio 2002, è una struttura di ricovero e di assistenza del Distretto Socio-Sanitario n. 1 dell'ULSS 16, idonea ad ospitare sia pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali sia necessario consolidare le condizioni fisiche o continuare il processo di recupero funzionale, sia pazienti per i quali il medico di medicina generale richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie.

Tale struttura dotata di 60 posti letto è situata a Padova, in via Gemona n. 8 (zona Mandria) all'interno di locali messi a disposizione dall'O.I.C. (Fondazione Opera Immacolata Concezione), ed è stata attivata il 6 Dicembre 2002, parallelamente alla fase di superamento dell'Ospedale Geriatrico, allo scopo di far fronte ai bisogni socio-sanitari di una popolazione anziana sempre più numerosa e per lo più affetta da patologie cronicodegenerative.

La struttura si pone a metà strada tra i reparti per acuti ed i servizi territoriali, proponendosi di accogliere persone dimesse dall'ospedale in condizioni cliniche stabilizzate, in attesa di un rientro nella rete dei servizi extraospedalieri o persone per le quali il medico di medicina generale richieda un ricovero temporaneo in ambiente protetto.

L'ammissione può avere luogo o dal reparto ospedaliero (in questo caso il medico del reparto ospedaliero invia la richiesta di inserimento all'ufficio di accettazione della S.I. che, valutata l'eleggibilità clinica del paziente per l'accoglimento, inserisce la persona secondo una griglia di criteri di priorità, nella lista d'attesa) o dal domicilio, per i pazienti seguiti in A.D.I. o comunque in carico al medico di medicina generale (in questo caso l'ammissione alla struttura avviene su richiesta del medico ed è subordinata alla valutazione effettuata dalla UVMD; in situazione di urgenza è possibile l'ammissione nella S.I., purché l'U.V.M.D. confermi tale decisione entro una settimana)

Le finalità della S.I. rendono necessario che la permanenza sia orientata al consolidamento dei risultati terapeutici ottenuti in ospedale, oppure alla verifica di ulteriori necessità assistenziali in altre forme di assistenza territoriale.

Per queste ragioni la durata dell'inserimento non deve, per disposizione regionale, superare i 60 giorni e, tendenzialmente, dovrebbe durare 20 giorni. L'accoglienza è gratuita (come previsto dalla D.G.R.V. 521 del 28.02.2006) essendo l'inserimento equiparato all'assistenza ospedaliera.

HOSPICE

➤ Hospice presso Fondazione Opera Immacolata Concezione

Presso l'edificio "Residenza Giubileo" della Fondazione Opera Immacolata Concezione (OIC) in località Mandria, è ubicato un Hospice extra ospedaliero con 12 posti letto, che ospita malati neoplastici terminali, non più suscettibili di guaribilità per la malattia principale, ma con necessità di trattamenti antalgici e di cure palliative e non gestibili a domicilio. La struttura afferisce al Distretto Socio Sanitario n. 1.

La terapia antidolorifica e di supporto viene effettuata in una struttura accogliente e dignitosa, col supporto di specialisti, dove l'accesso ai familiari è completamente libero, svincolato da orari.

L'attività viene svolta con tre obiettivi principali:

- dare sollievo alle famiglie impegnate nell'assistenza di malati molto impegnativi;
- controllare i sintomi, in particolare il dolore;
- assistere i pazienti nella fasi terminali di malattia.

I pazienti oncologici, ricoverati presso i Presidi Ospedalieri di Padova, possono accedere all'Hospice gratuitamente, previa una adeguata informazione e un loro preventivo consenso.

Le modalità di ingresso sono le seguenti:

- per il paziente residente presso l'ULSS 16 la richiesta dell'Unità Operativa Ospedaliera viene inviata al Medico di Medicina Generale che ha in cura il paziente, il quale attiva una UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale) nel distretto di appartenenza;
- per il paziente residente fuori ULSS la richiesta dell'Unità Operativa Ospedaliera viene inviata direttamente al Dirigente medico responsabile dell'Hospice.

➤ Hospice presso Casa Alloggio "Santa Chiara"

Presso la Casa Alloggio "Santa Chiara" gestita dall'Istituto Suore Terziarie Elisabettine di Padova (da anni impegnate nell'assistenza ai malati di AIDS in fase terminale, sia nella forma residenziale, sia attraverso un servizio di assistenza domiciliare) è stato da poco attivato un Hospice extraospedaliero con 7 posti letto per l'accoglienza e l'assistenza di persone con patologie neoplastiche o da AIDS in stato terminale, senza alcuna rete o con rete familiare non sufficiente all'accompagnamento.

Nel territorio dell'ULSS 16, infatti, sono presenti persone affette da patologie terminali, in condizioni di abbandono, di indigenza o stranieri in condizioni di irregolarità.

L'Istituto Suore Terziarie Elisabettine, allo scopo di assistere nella malattia ed accompagnare alla morte quelle persone che vivono in situazione di grave solitudine ed emarginazione, ha pertanto ritenuto di estendere la possibilità di accoglienza presso la Casa Alloggio "Santa Chiara" anche a quei soggetti che presentano condizioni cliniche per le quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non sia possibile o appropriata e che, al contempo, non possono essere ricoverate presso le altre strutture residenziali per malati terminali presenti nel territorio.

Presso l'Hospice lavorano sia operatori dipendenti dall'ente pubblico (in particolare medico di medicina generale e medici specialisti), sia operatori sanitari e socio-sanitari messi a disposizione dall'Istituto; sono inoltre presenti volontari che offrono supporto alle diverse attività.

Gli inserimenti sono attivati su proposta dell'UVMD del Distretto di appartenenza del paziente oppure, nel caso di soggetti ricoverati in ospedale, è utilizzata la procedura di dimissione tramite Servizio per la Continuità delle Cure (SeCC).

ATTIVITA' DI RICOVERO PRESSO I PRESIDIO OSPEDALIERI

Per meglio esplicitare quelli che sono i servizi erogati dall'ULSS 16, è doveroso fare un breve cenno all'attività ospedaliera e al relativo raccordo con il territorio.

L'attività di ricovero dell'azienda ULSS 16 si svolge all'interno di un unico presidio ospedaliero pubblico: l'Ospedale Sant'Antonio. La dotazione di posti letto per l'Ospedale Sant'Antonio all'1.3.2006 era di 409 posti, suddivisi: come indicato in tabella 4:

Tabella n. 4

Area	Specialita'	Posti letto (ordinari e Day Hospital)
Medica	Medicina	33
	Geriatria e Clinica Geriatria	31 + 24* = 55
	Osservazione breve	30
	Neurologia	28
	Psichiatria	30
Riabilitativa	Medicina Fisica e Riabilitazione	22
	Lungodegenza I e II Lungodegenza Medicina	64+6=70*
Altre aree	Chirurgie, Terapia Intensiva	141
TOTALE		409

* posti letto dislocati presso gli stabili dell'Azienda Ospedaliera

Relativamente invece all'attività di ricovero dell'Azienda Ospedaliera, dotata di 1.550 posti letto, la medesima è rivolta per circa il 55% a residenti ULSS 16, per i quali l'Azienda ULSS 16 corrisponde alla suddetta Azienda Ospedaliera i relativi oneri sanitari (pari, per il 2005, a circa 113 milioni di euro). Dall'Azienda Ospedaliera, l'ULSS 16 riceve circa il 60% delle prestazioni di ricovero per i propri residenti ed è quindi questa la fonte più importante di assistenza sanitaria di tipo ospedaliero.

L'offerta dell'Azienda Ospedaliera in ambito riabilitativo si svolge in due strutture di ricovero, una all'interno dell'Azienda (9 posti letto) dedicata prevalentemente all'attività di riabilitazione motoria per patologie ortopediche ed una, distaccata a Conselve, con 42 posti letto, dedicata a pazienti con gravi patologie neurologiche prevalentemente post-traumatiche.

Oltre al presidio ospedaliero dell'ULSS 16 e al presidio ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera, nel nostro territorio operano quattro strutture private pre-accreditate (Case di Cura) la cui dotazione è complessivamente di 445 posti, suddivisi come indicato in tabella 5.

Tabella n. 5

Case di Cura	Altre aree	Posti Letto Accreditati		Totale
		Medicina Fisica e Riabilitazione	Lungo-degenza	
C.C. Abano Terme	140	20	10	170
C.C. Villa Maria	20	46	24	90
C.C. Trieste	20	20	--	40
C.C. Parco dei Tigli	145	--	--	145
TOTALE	325	86	34	445

Rispetto all'**integrazione ospedale-territorio** si segnala in particolare:

- a) l'attivazione presso l'Ospedale S. Antonio di un progetto per la gestione dell'emergenza-urgenza di soggetti anziani potenzialmente dimissibili dal pronto soccorso, tramite la sperimentazione di un percorso di "triage socio-sanitario", che consente, per i pazienti anziani "potenzialmente dimissibili":
- b)
 - l'accesso ad un "ricovero breve" in alcuni letti dedicati di Degenza Breve Assistenziale della geriatria e della medicina d'urgenza ;
 - il rientro a domicilio con accesso differito e programmato all'Ambulatorio Integrato o al Day Hospital,
 - l'accesso ad un ricovero breve presso la Struttura Intermedia;
 - se già in regime di ADI, il rientro a domicilio, solo dopo diretto contatto con il punto unico del distretto di competenza;
 - l'attivazione dell'Equipe di Cure Palliative Domiciliari;
 - l'accesso alla rete dei servizi Residenziali extraospedalieri; previa valutazione U.V.M.D., con l'inserimento nel nucleo di R.S.A. del Complesso Socio Sanitario dei Colli, denominato N.A.I.S. (Nucleo di Alta Intensità Sanitaria) con automatico successivo trasferimento in strutture eroganti servizi adeguati alla variazione del bisogno sanitario assistenziale.
- c) l'attivazione, a partire dal mese di novembre 2003, presso l'Ospedale di Padova e a seguito di un accordo tra l'Azienda ULSS 16 e l'Azienda Ospedaliera di Padova, del Servizio per la Continuità delle Cure (Se.C.C.) che vede la collaborazione, e dunque l'integrazione, del personale sanitario operante presso l'ospedale e di quello afferente ai Distretti Socio-sanitari dell'ULSS 16. La finalità principale di questo servizio, rivolto principalmente alla popolazione anziana (ma non solamente ad essa), è quella di attivare tutte le risorse presenti sia all'interno dell'ospedale e sia sul territorio, quando la fase acuta di una patologia si sia conclusa. Il Se.C.C. svolge la la funzione di strumento di comunicazione e d'integrazione tra le diverse istituzioni e organizzazioni (ospedale, distretti, servizi sociali comunali) che garantiscono la continuità assistenziale del paziente.
- d) Residenzialità extraospedaliera.

C. DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI ACCESSO AI SERVIZI RESIDENZIALI – RUR

C.1 INTRODUZIONE

Per individuare il progetto più adatto per una determinata persona, è ormai accertato che il metodo migliore è quello di raccogliere, attorno allo stesso tavolo, tutti gli operatori che conoscono la situazione e/o che potranno dare il loro contributo per risolverla. Questa “riunione” di equipe che vede partecipare Medico, Infermieri, Assistente Sociale, e tutti gli altri operatori utili a definire la situazione, si chiama Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD). È definita “multidimensionale” perché vengono prese in considerazione tutte le “dimensioni” della persona, e non solo gli aspetti puramente sanitari.

L'accoglienza nelle strutture residenziali avviene a seguito di valutazione multidimensionale da parte dell'U.V.D.M. del Distretto di residenza del soggetto da accogliere nella struttura residenziale.

Le varie fasi di accesso riguardano:

- intercettazione;
- analisi del bisogno;
- elaborazione del progetto di assistenza.

In base alle suddette valutazioni, è individuata la tipologia di servizio più consona alla persona, ovvero meglio rispondente ai bisogni primari della stessa.

Vengono in seguito verificate, nel tempo, attraverso la figura del medico coordinatore, come e se sono attuati i programmi terapeutici e i relativi risultati prestabiliti.

Una volta redatto il progetto assistenziale, il nominativo dell'anziano verrà inserito in una “graduatoria unica e virtuale”, il R.U.R. (Registro Unico della Residenzialità), per l'accesso alla rete dei servizi per non autosufficienti.

C.2. UNITA' VALUTATIVA MULTI - DIMENSIONALE

Nella Regione Veneto la valutazione dei bisogni assistenziali per gli anziani non autosufficienti avviene in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.), utilizzando il sistema di valutazione indicato dalla Regione Veneto con D.G.R.V. 3979/1999, la Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano, S.V.A.M.A.

Si tratta di uno strumento per analizzare vari aspetti della vita della persona anziana (salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica,...) e che delinea 17 specifici profili, come esplicitato dalla tabella che segue:

Tabella 6: individuazione del profilo di autonomia

1	Lucido, autonomo
2	Lucido, in parte dipendente
3	Lucido, deambula assistito
4	Lucido, non deambulante ma autonomo
5	Lucido, gravemente dipendente
6	Confuso, deambulante, autonomo
7	Confuso, deambulante
8	Confuso, deambula assistito
9	Confuso, allettato
10	Combinazione puramente casuale
11	Confuso, stuporoso, totalmente dipendente
12	Lucido, con elevata necessità di cure sanitarie
13	Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie
14	Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie
15	Confuso o stuporoso, dipendente, con elevata necessità di cure sanitarie
16	Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia
17	Problemi comportamentali, dipendente

La valutazione dei bisogni è la premessa per la definizione e l'attuazione di interventi mirati ed efficaci e la multidimensionalità costituisce il requisito fondamentale per garantire, al momento dell'accesso dell'utente dalla rete di servizi, il rispetto del principio di equità nelle possibilità di accesso e una risposta appropriata, che utilizza al meglio i servizi e le risorse presenti nel concreto contesto di vita della persona.

La valutazione multidimensionale viene effettuata in maniera multidisciplinare, coinvolgendo direttamente i professionisti che possono essere direttamente chiamati a prestare la loro opera nel processo di presa in carico.

La composizione dell'U.V.M.D. è varia: Responsabile U.V.M.D., Medico di Medicina Generale della persona, Assistente Sociale competente per il territorio, in rappresentanza dell'Ente Locale, Infermiere ecc. a seconda della complessità del caso.

Il compito è quello di analizzare **congiuntamente**, con lo strumento S.V.A.M.A., i problemi da affrontare e le priorità, e definire un progetto assistenziale condiviso.

Nel caso di richiesta di Brevi Soggiorni e qualora non fosse possibile il rispetto dei tempi di attivazione della U.V.M.D., entro 3 giorni lavorativi, così come previsto dal *comma a punto 5 delibera n. 659 del 9 luglio 2004 "Presa d'atto del protocollo d'intesa tra Azienda Ulss 16 ed i Comuni del territorio per l'adozione delle linee guida: buone prassi per la valutazione multidimensionale e la definizione di progetti assistenziali integrati"*, la stessa quando è messa in pericolo la salute fisica, psichica o sociale dell'utente, cura comunque l'avvio del progetto nella rete dei servizi della propria U.L.S.S.. Entro i 15 giorni successivi viene regolarizzata la posizione economico-finanziaria, che prevede in caso di morosità per i propri residenti, la copertura da parte dell'U.L.S.S. da apposito capitolo di bilancio per analogia a quanto previsto dalla delibera 589/2004. La U.V.M.D., valutate le condizioni dell'anziano, può prevedere, a priori, un'eventuale proroga del progetto assistenziale, che verrà valutata in sede U.O.I. e successivamente comunicata al Distretto per la ratifica del progetto assistenziale e al R.U.R., con relativa documentazione su scheda S.V.A.M.A., per l'inserimento di competenza.

Anche i passaggi dal I al II livello e viceversa, nella stessa Residenza Protetta e i trasferimenti in altra Residenza, vengono gestiti sempre in sede U.O.I.; seguendo lo stesso iter

dei Brevi Soggiorni, per quanto riguarda la comunicazione al Distretto e al R.U.R.. Qualora l'assistito fosse a carico del Comune, per quanto riguarda la quota alberghiera, la Residenza ospitante provvede ad informare direttamente l'ufficio competente, per il rinnovo dell'impegno di spesa.

Nel caso in cui il soggetto non autosufficiente, inserito in Residenza Protetta, abbia un miglioramento delle proprie condizioni psicofisiche la U.O.I. propone alla U.V.D.M., trasmettendo la relativa documentazione su scheda S.V.A.M.A., una nuova valutazione per un eventuale progetto assistenziale domiciliare.

Qualora l'U.V.D.M. valuti il progetto residenziale come migliore soluzione per la persona, la medesima, in base ad un punteggio di gravità costruito sulla valutazione multidimensionale, viene inserita in una "graduatoria unica e virtuale", il R.U.R. (Registro Unico della Residenzialità).

Il R.U.R. si propone, quindi, la gestione integrata e condivisa della lista di attesa per l'ingresso nelle strutture residenziali per non autosufficienti. Gestione intesa non come semplice "tenuta" di un registro, ma come strumento di governo clinico delle problematiche della persona e di governo del sistema di offerta.

C.3. REGISTRO UNICO DELLA RESIDENZIALITA'

La Regione Veneto per assicurare il rispetto delle priorità d'ingresso in strutture residenziali extraospedaliere secondo i criteri di equità e di efficienza, con la D.G.R.V. n. 751/2000 e n. 312/2001 ha previsto il Registro Unico della Residenzialità (R.U.R.) è reso obbligatorio con la DGRV 2210/2001 in ogni Azienda ULSS come strumento di gestione e regolazione delle impegnative di residenzialità.

Successivamente con la D.G.R.V. n. 3632/2002, la Regione Veneto definisce l'assetto organizzativo del sistema della residenzialità extraospedaliera istituendo il RUR (registro Unico della Residenzialità), come delineato dalla D.G.R. 751/2000 e che definisce il modello di assistenza alle persone, con condizione di non autosufficienza e non assistibili a domicilio, con facoltà di ogni cittadino di scegliere la struttura residenziale che meglio risponde alle proprie esigenze assistenziali ad alle proprie aspettative di vita.

C.4 MODALITA' ORGANIZZATIVE DEL R.U.R. PRESSO ULSS 16 DI PADOVA

L'Azienda ULSS 16 già dal 1 aprile 2004 ha attivato un Registro Unico della Residenzialità ed informatizzato, cioè una graduatoria unica, condivisa, visibile in modalità on-line e in tempo reale per tutti i soggetti coinvolti nel percorso:

- Distretti
- Area Tutela Salute Anziani
- Strutture Residenziali
- Servizi Sociali Comunali

Gli obiettivi raggiunti dall'Azienda U.L.S.S. 16 con l'istituzione del R.U.R., sono:

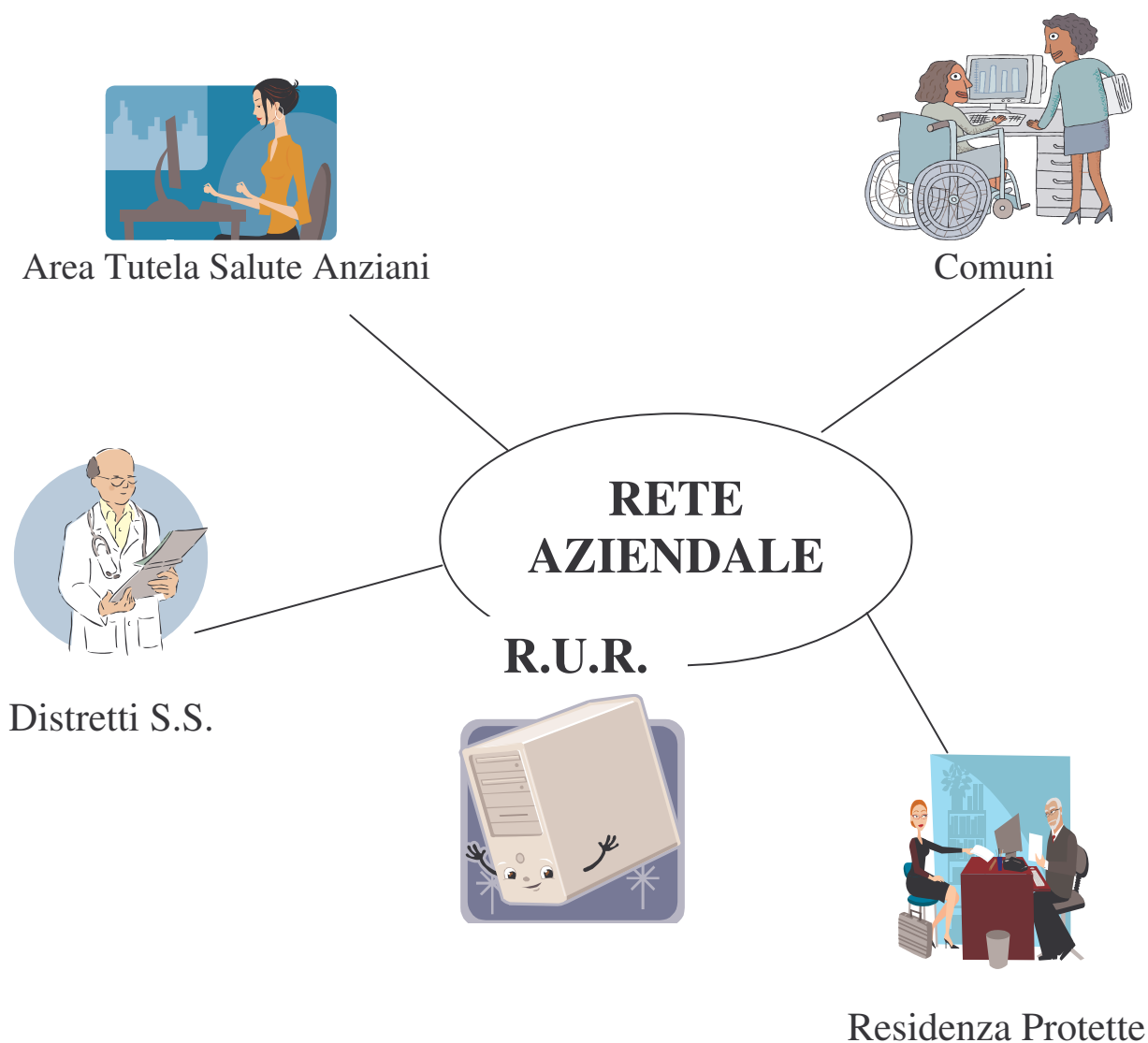
- l'aggiornamento tempestivo dello stesso con le schede U.V.M.D. da parte di tutte le unità distrettuali;
- l'aggiornamento in tempo reale del R.U.R. per gli ingressi da parte di tutte le strutture residenziali;
- la trasparenza negli atti della Pubblica Amministrazione garantendo trattamenti uniformi, visibili e verificabili nel percorso di valutazione, decisione e accesso alla residenza protetta.

I dati disponibili nel Registro Unico della Residenza sono:

- tipologia assistenziale
- profili assistenziale/clinico
- patologia di ingresso
- struttura di accoglienza
- tempi medi di attesa
- modalità di uscita dal R.U.R. (decesso, rinuncia,...)

I risultati ottenuti fino ad oggi, sono la maggiore efficienza dei processi amministrativi, il miglioramento della qualità dell'assistenza, l'ottimizzazione delle risorse umane, la riduzione dei tempi di attesa, la facilitazione del processo di continuità delle cure, il miglioramento della qualità del servizio offerto ai cittadini e del rapporto con le case soggiorno.

Infatti, per l'utilizzo e l'impiego del nuovo registro "on-line" dei pazienti, sono stati predisposti accordi e convenzioni tra l'U.L.S.S. e le residenze protette con esplicito impegno di quest'ultime all'utilizzo del R.U.R..



Nell'U.L.S.S. 16 di Padova, per meglio fornire al cittadino adeguate, aggiornate e corrette informazioni circa le modalità organizzative e le prestazioni offerte dai vari Centri Servizio per N.A., si è convenuto di lasciare gestire il front-office alle residenze stesse.

Tale organizzazione consente di fornire al cittadino una risposta più precisa circa i servizi offerti da ogni Residenza, in modo da consentire all'utente una scelta più adeguata alle proprie esigenze.

L'ULSS 16, tuttavia assicura il rispetto della normativa, controllando le priorità d'ingresso e rilasciando le impegnative di residenzialità solo se la graduatoria è rispettata.

C.5 IMPEGNATIVE DI RESIDENZIALITA'

Il sistema della residenzialità territoriale definito dalla D.G.R.V. 394/07 prevede per ogni Azienda ULSS una dotazione di impegnative il cui valore è distinto in base alla intensità assistenziale necessaria.

L'impegnativa di residenzialità è un titolo rilasciato dall'U.L.S.S. di appartenenza del cittadino, per poter avere l'accesso alle prestazioni sanitarie nelle aree residenziali indicate dalla Regione Veneto in base alle normative vigenti e le relative convenzioni stabilite da tali normative.

L'impegnativa di residenzialità può essere utilizzata esclusivamente per servizi residenziali convenzionati o accreditati.

Il numero effettivo massimo di impegnative/anno equivalenti disponibili sarà definito di anno in anno sulla base delle indicazioni regionali. L'emissione dell'impegnativa è condizionata dalla effettiva disponibilità del posto letto nel Centro Servizi scelto dalla prima persona della graduatoria del Registro Unico della Residenzialità e della corrispondente disponibilità della quota di rilievo sanitario (impegnativa).

L'emissione dell'impegnativa di residenzialità è subordinata alla valutazione effettuata dalla U.V.M.D. in applicazione della scheda S.V.A.M.A. (D.G.R.V. 3979/99).

L'entità del contributo sanitario, relativo all'impegnativa di residenzialità, viene definito ogni anno tramite provvedimento sancito dalla Giunta Regionale nel rispetto della disponibilità di bilancio.

L'impegnativa di residenzialità relativa alla quota di retta definita di rilievo sanitario viene emessa dall'Azienda U.L.S.S. nel cui territorio il cittadino beneficiario risiede o è iscritto ai registri di anagrafe al momento dell'ingresso in un Centro Servizi Residenziali.

L'impegnativa, corredata dalla scheda S.V.A.M.A., viene comunicata formalmente al Centro Servizi Residenziale scelto dal cittadino assistito. Nell'eventualità che il centro servizi sia esterno all'U.L.S.S., viene data comunicazione all'U.L.S.S. competente.

Solo nel momento della data effettiva di accoglienza della persona viene attivato il valore dell'impegnativa a favore del cittadino.

D. ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA ESISTENTE DEI SERVIZI RESIDENZIALI

In tale sezione è presa in esame la programmazione nel sistema della residenzialità e dei servizi diurni, sarà in particolar modo definita l'allocazione dei posti autorizzati all'esercizio con quota di rilievo sanitario, sul territorio dell'ULSS 16, alla data del 31-12-2006.

D.1 POSTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI AUTORIZZATI AL FUNZIONAMENTO / ESERCIZIO CON QUOTA DI RILIEVO SANITARIO

L'organizzazione dei Centri di Servizio Residenziali per anziani non autosufficienti, come si evince dalla tabella 7, si articola in due diversi livelli: un livello minimo/ridotto ed un livello medio di non autosufficienza, che comprende le Residenze Sanitarie Assistite. La tabella 7 mostra anche il numero dei posti letto autorizzati al funzionamento/esercizio con quota di rilievo sanitario, suddivisi per ogni Residenza.

Tabella n. 7

Posti residenziali autorizzati al funzionamento/esercizio con quota di rilievo sanitario alla data del 31/12/06.

DENOMINAZIONE	QUOTA INTENSITÀ RIDOTTA MINIMA	QUOTA INTENSITÀ MEDIA	TOTALE POSTI PER RESIDENZA
Casa di Riposo Noventa Padovana	40		40
Opera Immacolata Concezione	503	168	671
Istituto Configliachi	229	48	277
I.R.A.	326	120	446
O.P.A.B.	111	24	135
Casa di Riposo Maria Bambina	38		38
Casa di Riposo Breda	108		108
Casa di Riposo Villa Altichiero	83	24	107
Complesso Socio Sanitario dei Colli		49	49
Casa Monsignor Bordignon	24		24
Madre Teresa di Calcutta	34		34
TOTALE			1929

Per quanto riguarda invece i Centri Diurni per anziani non autosufficienti, come si vede dalla tabella 8, nel territorio dell'ULSS 16, se ne contano 3: Casetta Michelino per Anziani a Casa Propria e Madre Teresa di Calcutta, per un totale di 94 posti letto.

Nei posti così definiti dalla tabella 7 distribuiti in 11 Residenze Protette operano le seguenti figure sanitarie: n. 35 Medici di Medicina Generale, n. 30 FKT, n. 9 Logopediste, n. 16 Psicologi.

Le visite specialistiche vengono eseguite da medici dipendenti e da medici a contratto SUMAI sia negli ambulatori del C.S.S. Colli, Ospedale Sant'Antonio e Azienda Ospedaliera sia presso le Residenze stesse con le modalità di cui alla delibera n. 157 del 6.3.2006.

Tabella n. 8

Centri Diurni attivati sul territori dell'ULSS 16 alla data del 31/12/2006

CENTRI DIURNI	NUMERO POSTI
Casetta Michelino	40
Anziani a Casa Propria	20
Madre Teresa di Calcutta	40
TOTALE	100

Di seguito, in tabella 9, viene illustrata la situazione delle R.S.A. del territorio, che si occupano dei pazienti dell'ex Ospedale Psichiatrico e che prevede due tipologie di gestione. La prima DIRETTA, presso il Dipartimento Socio Sanitario dei Colli, dove è situata una R.S.A. di base ed una di riabilitazione; la seconda a gestione CONVENZIONATA, con altre strutture presenti sul territorio, in parte PUBBLICHE, in parte PRIVATE.

Tabella n. 9

**POSTI LETTO AUTORIZZATI
(EX OSPITI PSICHIATRICI)**

RESIDENZA	POSTI LETTO LIVELLO MEDIO
Configliachi	16
Villa Altichiero	24
O.P.A.B. Parco del Sole	25
Dipartimento Socio Sanitario ai Colli	49
TOTALE	114

Nella tabella 10 vengono elencate le Congregazioni Religiose che assistono direttamente i propri religiosi anziani non autosufficienti e che godono di un contributo regionale (DGR 4304/1999)

Tabella n. 10

POSTI LETTO PER RELIGIOSI (anno 2005)

CONGREGAZIONE	POSTI LETTO
Ist. Suore T.F. Elisabettine	33
Ist. Suore Maestre S. Dorotee	12
Ist. Frati Casa Sacro Cuore	25
Suore S.F. di Sales – Casa Chantal	15
Suore S.F. di Sales – Casa S.Francesco	14
TOTALE	99

Di seguito, in tabella n. 11 sono elencate tutte le Residenze Protette presenti sul territorio dell'ULSS 16 con i rispettivi recapiti e la data di autorizzazione al funzionamento.

Tabella n. 11
INDIRIZZI DELLE RESIDENZE PROTETTE
con relativa data di autorizzazione al funzionamento

Denominazione sedi Operative	Delibera Autorizz. al funzionamento	Indirizzo	Comune
Casa Soggiorno - I.R.A. - Centrale	121/2001	Via B. Pellegrino, 192	Padova
Casa Soggiorno - I.R.A. - Guido Reni	1095/1999 1159/2000	Via G. Reni, 96/B	Padova
Casa Soggiorno - Istituto L. Configliachi	123/2001 1096/1999 254/2002 1429/2002	Via Sette Martiri, 33	Padova
Casa Soggiorno - Maria Bambina	255/2002 1429/2002	Via S. Massimo, 49	Padova
Casa Soggiorno - Noventa Padovana	367/2004	Via Roma, 143	Noventa Padovana
Casa Soggiorno - O.I.C. - Centro Nazareth	298/2006	Via Nazareth, 38	Padova
Casa Soggiorno - O.I.C. - Residenza S.Chiera	497/2002 1094/1999 1160/2000 857/2001 226 PL	Via Toblino, 51	Padova
Casa Soggiorno - Pia Fondazione V.S. Breda	1610/2001 1429/2002	Via Ippodromo, 2	Padova
Casa Soggiorno - Residenza Parco del Sole	170/2007 468/2005	Via Boccaccio, 96	Padova
Casa Soggiorno - Sacerdoti Mons. G.Bortignon	nota 1176/1998	Via della Provvidenza, 68	Rubano
Casa Soggiorno - Villa Altichiero	1243/2000	Via Altichiero, 2	Padova
Centro Diurno - Madre Teresa di Calcutta	975/2005	Via Mazzini	Rubano
Centro Diurno Anziani a Casa Propria	559/2005	Via S. Tommaso, 3	Padova
Centro Diurno Casetta Michelino	285/2004	Via Ponte Vigodarzere, 14	Padova
Centro Diurno Casa Fam. Gidoni	Decr. Reg.le 106/2007	Via Mons. Fortin, 34	Padova
RSA - Casa Breda	1429/2001	Via Eulero, 80/a	Padova
RSA - Residenza Parco del Sole	468/2005	Via Boccaccio, 96	Padova
RSA - ULSS16 (di Base Colli)		ULSS 16 - Via dei Colli, 4	Padova
RSA - ULSS16 (di riabil. Colli)		ULSS 16 - Via dei Colli, 4	Padova
RSA - Villa Altichiero	1242/2000	Via Altichiero, 2	Padova

D.2 EROGAZIONE DIRETTA DA PARTE DELL' ULSS 16 DI SERVIZI SOCIO- SANITARI

L'ULSS 16, al fine di garantire prestazioni sempre più adeguate alle esigenze della popolazione anziana residente nel territorio, ha attivato dei servizi socio-sanitari sperimentali a gestione diretta, di cui si illustrano di seguito i relativi provvedimenti. In allegato A si propongono le delibere nella versione integrale:

- Delibera n. 2045 del 29/12/2000. Oggetto: Recepimento schema tipo di regolamento sull'attività di valutazione multidimensionale e presa in carico dell'Unità Operativa Distrettuale Assistenza Anziani ed Età Adulta.
- Delibera n. 1067 del 17/12/2003. Oggetto: Fornitura di protesi ed ausili per Residenza e Semiresidenza.
- Delibera n. 590 del 24/06/2004. Oggetto: Interventi sperimentali per il sollievo delle famiglie che assistono persone anziane non autosufficienti nel proprio domicilio: accoglienza residenziale temporanea.
- Delibera n. 589 del 24/06/2004. Oggetto: Presa d'atto dell'accordo di programma tra Azienda ULSS n. 16 ed i Comuni del territorio per la realizzazione di interventi sperimentali per il sollievo a favore delle famiglie che assistono persone non autosufficienti.
- Delibera n. 659 del 9/7/2004. Oggetto: Presa d'atto del protocollo d'intesa tra Azienda Ulss n. 16 ed i Comuni del territorio per l'adozione delle linee guida: "Buone prassi per la valutazione multidimensionale e la definizione di progetti assistenziali integrati".
- Delibera n. 363 del 4/05/2005. Oggetto: Intervento sperimentale per il sollievo delle persone che assistono persone anziane non autosufficienti nel proprio domicilio.
- Ambulatorio Integrato e Protetto per l'Anziano fragile. Attivazione Ambulatorio Integrato presso Complesso S.S.dei Colli – nota Direzione Sanitaria n. 68607 del 25/7/2005
- Delibera n. 941 del 24/11/2005. Oggetto: Regolamento per l'accesso ai brevi soggiorni presso le Residenze Protette.
- Delibera n. 157 del 6/3/2006. Oggetto: Centralizzazione delle visite specialistiche ambulatoriali e domiciliari per la residenza e la semiresidenza extra ospedaliera. Regolamento percorsi preferenziali.
- Delibera n. 1016 del 13/12/2006. Oggetto: Attivazione in via sperimentale di un nucleo di assistenza medio-alta protezione sanitaria all'interno delle RSA a gestione diretta del Dipartimento S.S. dei Colli e approvazione del regolamento.

E. ARTICOLAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELLA QUALIFICAZIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA

In questa sezione viene presa in considerazione la programmazione nel sistema residenzialità e semiresidenzialità che troverà applicazione nel triennio 2007-2009, escludendo tutte quelle iniziative che pur avendo un procedimento amministrativo iniziato, potranno presumibilmente essere attivate solamente oltre il 2009.

In particolare vengono definite:

- allocazione dei posti autorizzati/accreditati all'assistenza di I e II livello all'interno della fascia prevista dalla *colonna I tab. 2 allegato C D.G.R. 457/2007*;
- previsione dello sviluppo attuale relativo ai posti già esistenti nei vari centri servizi;
- previsione relativa alle nuove strutture residenziali e semiresidenziali.

E.1. TIPOLOGIA DI POSTI LETTO OGGI ESISTENTI E PREVISIONE FUTURA

Il numero dei posti accreditati che possono essere autorizzati si calcola aumentando del 10% il numero delle impegnative assegnate alla U.L.S.S. 16 *di cui alla colonna f tab. 2 allegato C – D.G.R. 457/2007* che viene pertanto individuato il **n. 2223** (*colonna i tab. 2 allegato C – D.G.R. 457/2007*)

Ai fini della ripartizione del suddetto numero di posti letto autorizzabili/accreditabili, si deve tener conto di:

1. tipologia di posti letto di residenzialità oggi esistenti così come indicato ai punti A – B- C della D.G.R.457/2007 (tabella n. 12)
2. tipologia di posti letto previsti dalla D.G.R. 2008 del 27.6.2006 che indica tutte le strutture socio sanitarie realizzate e realizzabili con risorse pubbliche e riportate in tabella n. 13 (L.67/88 art. 20 e art. 36 L.R. 1/2004)
3. forme particolari di contrattazione con gli enti gestori e realizzazione di sperimentazione organizzative gestionali di cui al D.G.R. 464/2006, punto F, paragrafo J in esito di valutazione Conferenza dei Sindaci.

TABELLA n. 12

CENTRI SERVIZIO	I SEZIONE				II SEZIONE
	A. posti con quota di rilievo sanitario riconosciuti al 30.6.2007		B. Autorizz. all'esercizio senza Quota	C. Autorizz. Dir. Gen. al funz. senza quota	
	1 LIVELLO	2 LIVELLO	1 LIVELLO	IN ATTESA DI DECRETO REG.	
IRA	326	120		30***	
M. BAMBINA	38				
F. BREDA	108				
CONFIGLIACHI	229	48			48 Aut. DG 1929/02
OIC	503	168	120*		106 Aut. DG 298/06
VILLA ALTICHIERO	107				
NOVENTA PAD.NA	40				
PARCO DEL SOLE	111	24	29**		59 Favorevole Unità di Progetto Reg. 23.12.03
RSA COLLI	49				
OPSA SACERDOTI	24				
M.T. CALCUTTA	34				
TOT.	1569****	360	149	30	213

* Decreto Reg.le n. 7 del 1.2.2002

** Decreto Reg.le n. 235 del 22.12.2004

*** Aut.ne al funzionamento per p.l. per autosufficienti trasformabili non autosufficienti

**** Comprensivi di soggetti non autosufficienti ex Osp. Psich. in età anziana o borderline o con patologie tipiche dell'età anziana, individuati dal Decreto Regionale n. 187 del 27/7/2006

Tabella n. 13
(Art. 20 L. 67/88 art.36 L.R. 1/2004)

ENTE/C.SERVIZIO	TIPOLOGIA	INDIRIZZO	P.L. ATTUALI		P.L. PROPOSTI	
			I LIV.	II LIV.	I LIV.	II LIV.
Comune Noventa	RSA base	Via Roma, 143 (Noventa Padovana)	40			50
OPSA	R.S.A.	Via Della Provvidenza (Rubano PD)				72
Fond. Breda	R.S.A.	Via Ippodromo			47	
C.R. M.Bambina	C.Soggiorno	Via S. Massimo, 49 (PD)	38		22	
L. Configliachi	C.Soggiorno	Via Sette Martiri, 33 (PD)	229	48	15	36*
IRA	R.S.A.	Selvazzano			120	

* provenienti da I° livello - diminuzione del I° livello di pari importo - provvedimento già in essere previsto dall'autorizz. Dir.Gen. 1929/02 e richiamato in scheda (I sezione)

Relativamente al punto 3, che prevede forme di contrattazione innovativa con gli enti gestori, la ULSS 16 si fa carico di intraprendere iniziative, che utilizzino l'importo relativo a n. 12 quote di rilievo sanitario di livello minimo/ridotto alla Residenza Guido Reni dell'I.R.A., per la gestione di altrettanti posti presso il Centro Diurno "Casa Gidoni".

E.2 SVILUPPO ATTUALE E PREVISIONE DI NUOVI CENTRI DIURNI

Nella Tabella 14 prima sezione che segue si può notare la previsione dello sviluppo attuale dei Centri Diurni, nella seconda sezione la previsione delle nuove strutture, ed in particolare la loro suddivisione in tipologie diversificate.

Tabella n. 14

I Sezione: Previsione Sviluppo Attuale

ENTE GESTORE	NR. POSTI C.D. SOCIO-ASSISTENZIALE	NR. POSTI C.D. RIABILITATIVO
Istituto di Riposo per Anziani (I.R.A.) "Casa Fam. Gidoni" **	18	12
Madre Teresa di Calcutta		20*
Villa Altichiero	12	

* riconversione dei 40 posti assistenziali già esistenti

** Decreto Reg.le 106 del 22/3/2007

II Sezione: Previsione Nuove Strutture

ENTE GESTORE	NR. POSTI C.D. SOCIO-ASSISTENZIALE	NR. POSTI C.D. RIABILITATIVO
Noventa Padovana		20
Opera Immacolata Concezione (O.I.C.)	20	20
Fondazione Moscon Gazza Luigi Fidenzio	30	

E.3 AUMENTO QUOTE DI RILIEVO SANITARIO NEL TERRITORIO DELLA ULSS 16

L'aumento delle quote di rilievo sanitario come deliberato dalla Regione del Veneto sul territorio dell'U.L.S.S. 16 di Padova, come si evince dalla tabella 15, per il triennio 2007-2009, sarà di 92 quote.

Tabella n. 15 QUOTE DI RILIEVO SANITARIO

PROGRAMMAZIONE REGIONALE	2021
QUOTE ATTUALI	1929
DIFFERENZA QUOTE	92

Si considera che tali quote aggiuntive rispetto alle esistenti, vengono utilizzate a partire dal 1 luglio 2007 nei p.l. autorizzati all'esercizio dalla Regione e richiamati in tabella 12, 1ª sezione colonna B.

Tabella n. 16

PROGRAMMAZIONE TRIENNIO 2007-2009: SERVIZI RICHIESTI DAI VARI CENTRI DEL TERRITORIO DELL'ULSS 16

Struttura	Richiesta	Intensità	Tempi di realizzazione
C.R. Noventa Padovana	<ul style="list-style-type: none"> - 2 nuclei da n. 20 posti letto ciascuno - 2 nuclei da n. 25 posti letto (già previsti nel piano 2004-2006) - Un centro diurno riabilitativo per n. 20 posti - n. 10 posti letto per autosufficienti in minialloggi 	1° livello 2° livello	A partire dal 2008 A partire dal 2008 Entro il 2009
Res.za Parco del Sole	<ul style="list-style-type: none"> - Conferma degli attuali 164 posti letto - n. 59 posti letto per non autosufficienti - n. 120 posti letto per persone autosufficienti, che comunque si possono dedicare anche a persone non autosufficienti, essendo stati progettati, organizzati ai sensi del DPR 14/1/97 sue modificazioni e integrazioni - n. 30 posti letto 	3° livello	
Villa Altichiero	<ul style="list-style-type: none"> - n. 24 posti letto 	2° livello	
Ist. Luigi Configliachi	<ul style="list-style-type: none"> - n. 15 posti letto per ospiti autosufficienti trasformati in n. 15 posti letto per ospiti non autosufficienti - n. 36 posti per non autosufficienti trasformati da 1° in 2° livello - Conferma e conseguente immediata esecutività di quanto previsto dal DGR 1887 del 27.07.2006: n. 16 posti letto per ospiti non autosufficienti ad intensità ridotta/minima (ex O.P.) (1° livello) presenti presso la struttura denominata "Residenza Giubileo" dell'Istituto 	1° livello	

	<ul style="list-style-type: none"> - n.20 posti letto per persone che richiedono un alto livello assistenziale e sanitario - n. 1 camper attrezzato (doccia-bagno, attrezzature telemediche, magazzino per ausili, collegato per via informatica al centro servizi che eroga prestazioni socio-assistenziali. - Centro teleassistenza attrezzato con apparecchiature informatiche software per la gestione di interventi domiciliari attraverso contatti telefonici, attività a domicilio - Centro Polo Formazione "Varotto Berto" 	3° livello	
FONDAZIONE MOSCON GAZZA LUIGI FIDENZIO Comune di Saonara	- n. 30 posti Centro Diurno		richiesta di inserimento nel Piano di Zona
Maria Bambina	- n. 22 posti letto	1° livello	
F. BREDA	- n. 47 posti letto	1° livello	
CASA S. CUORE Saccolongo	- 25 posti letto	1° livello	
COMUNE DI TORREGLIA	- 65 posti letto	1° livello	Data da determinare. Posti richiesti in programmazione. Non ancora presentato il progetto.

F. LA REALIZZAZIONE DI PROGETTUALITA' INNOVATIVE E SPERIMENTALI

A conclusione del Piano Locale della Non Autosufficienza viene illustrata la progettualità sperimentale per il prossimo triennio 2007- 2009.

➤ **NUCLEO RSA A MAGGIOR ASSISTENZA SANITARIA**

Come già ipotizzato nel capitolo 2, paragrafo 2, si intende proporre nell'ambito della realizzazione di progettualità innovative e sperimentali, la creazione di nuclei di RSA a maggior assistenza sanitaria (terzo livello) con l'obiettivo di fronteggiare necessità assistenziali e sanitarie complesse e di ridurre il ricorso a ricoveri impropri.

Questo nucleo si ritiene necessario per la crescente domanda di dimissione dalle strutture sanitarie di pazienti anziani non ancora stabilizzati, con importanti co-morbilità, o che necessitano di assidui controlli sanitari anche a causa di tracheotomie, PEG, ossigeno terapia, ventilatori meccanici, ecc.

Per queste situazioni si ritiene migliorabile la risposta socio-assistenziale con l'adeguamento dello standard di personale sanitario, riconvertendo alcune figure sociali scarsamente utilizzabili, incrementando la presenza del medico di medicina generale, e potenziando la consulenza specialistica.

Una nuova tipologia assistenziale viene a supportare le esigenze complesse socio sanitarie, inserendosi nella rete dei servizi territoriali, ampliandone e facilitandone l'offerta.

Si ritiene di fondamentale importanza, la flessibilità nelle modalità di inserimento che prevedono sempre la valutazione in sede U.V.M.D., ma anche canali preferenziali per il trasferimento da Centro Servizio ad altra struttura e relativi passaggi di livello.

Con la tabella che segue si intende esporre la programmazione per il triennio 2007-2009, relativa ai suddetti nuclei di R.S.A, terzo livello, proposti dai rispettivi Centri Servizio.

Tabella 17 PROSPETTO NUCLEI DI TERZO LIVELLO

ENTE	TIPOLOGIA	NUMERO POSTI
I.R.A.	Nucleo RSA a maggiore assistenza sanitaria	20
O.I.C.	Nucleo RSA a maggiore assistenza sanitaria	20
Parco del Sole	Nucleo RSA a maggiore assistenza sanitaria	20

La copertura del costo aggiuntivo relativo al Medico di Medicina Generale, Specialista e quant'altro inerente alla quota sanitaria rimane in capo alla U.L.S.S. 16, come compito istituzionale.

Economie per l'incremento dello standard di personale sanitario si ricavano dalla riconversione di posti letto già con quota di rilievo sanitario di I° livello e diminuzione delle quote corrispondenti, acquisizione del valore corrispondente al recupero di personale sociale non utilizzato

➤ **CENTRI DIURNI**

A distanza di tre anni dall'apertura del primo Centro Diurno per anziani non autosufficienti si ritiene necessario individuare e differenziare due tipologie assistenziali.

Il primo è di **tipo socio- assistenziale (1° livello)** per anziani non autosufficienti, accoglie anziani con deterioramento psicofisico che necessitano di un supporto assistenziale e di un sostegno inteso come promozione globale della persona. L'obiettivo è quello di erogare prevalentemente prestazioni assistenziali (cure della persona, autonomia personale) e sociali (animazione e socializzazione) volte a mantenere le condizioni di autonomia e a rallentare il processo degenerativo.

Il Centro Diurno permette, quindi, di sviluppare tutte le capacità residue dell'ospite "non autosufficiente" e di ritardare l'ulteriore decadimento generale fornendo quel supporto umano, psicologico, affettivo, relazionale di cui necessita per migliorare tutte le sue potenzialità.

Il secondo **tipo è a valenza riabilitativa (2° livello).**

Il Centro Diurno Riabilitativo si colloca nella rete di servizi socio-sanitari con funzione intermedia fra l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali.

Esso ha l'obiettivo di contribuire al miglioramento della qualità della vita dell'anziano, in particolare evitando o ritardando l'istituzionalizzazione e supportando il nucleo familiare.

Il modo più specifico gli obiettivi del Centro Diurno residenziale sono:

- farsi carico di quelle situazioni divenute troppo impegnative per la sola assistenza domiciliare, la quale non è più in grado di garantire la necessaria intensità e continuità degli interventi;
- offrire, in regime diurno, prestazioni socio-assistenziali, sanitarie e riabilitative, senza l'utilizzo di attrezzature sofisticate e non, di particolare impegno professionale fisiatrico;
- garantire alle famiglie un concreto sostegno.

Il Centro Diurno di tipo riabilitativo è concepito anche per accogliere soggetti affetti da demenza. Esso è rivolto a persone con un deterioramento cognitivo iniziale o intermedio. E' caratterizzato da riabilitazione cognitiva e comportamentale. A tal fine, per garantire un intervento adeguato, si rende necessario l'adeguamento degli standard del personale.

Sia i Centri Diurni riabilitativi, che quelli socio-assistenziali, possono espletare a domicilio attività infermieristica, in ordine e per conto del Distretto rivolta ad anziani, sia interni al centro diurno, che esterni ad esso.

Per quanto riguarda i Centri Diurni riabilitativi, che accolgono soggetti affetti da demenza, si rende necessario proporre trattamenti sperimentali ambulatoriali riabilitativi a carattere cognitivo, per i soggetti con demenza iniziale che non abbisognano di giornaliera presenza nel Centro o che mal accettano la sistemazione in servizi diurni.