



# **Come affrontare la nonautosufficienza in età anziana**

## **La rete integrata dei servizi socio-sanitari**

**Paolo Da Col - ASS 1 Triestina e ASSODIS FVG**

**DOMUS PERSONA**  
LA SALUTE NELLA TUA CASA

Trieste, 15-18 aprile 2010



# Le reti

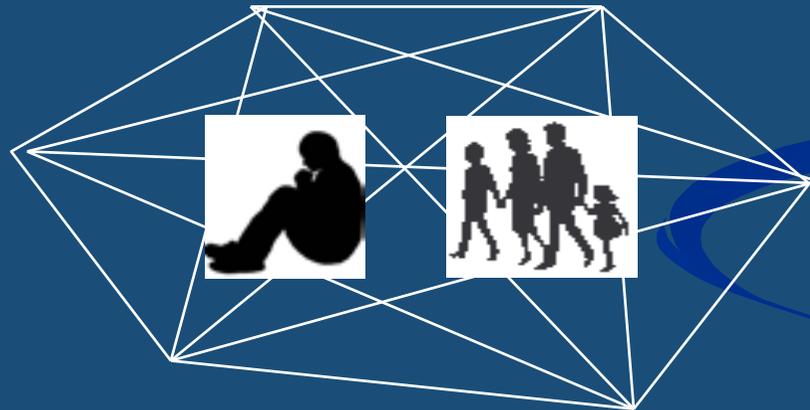
Ma quali ?

Chi tiene le fila ?

# IL DISTRETTO E LA CENTRALITA' DELLA PERSONA E DELLA FAMIGLIA

**TERZO  
SETTORE**

**AREA  
SANITARIA**



**AREA  
SOCIALE**

**LAVORO in RETE**

**(la rete informatica ?)**



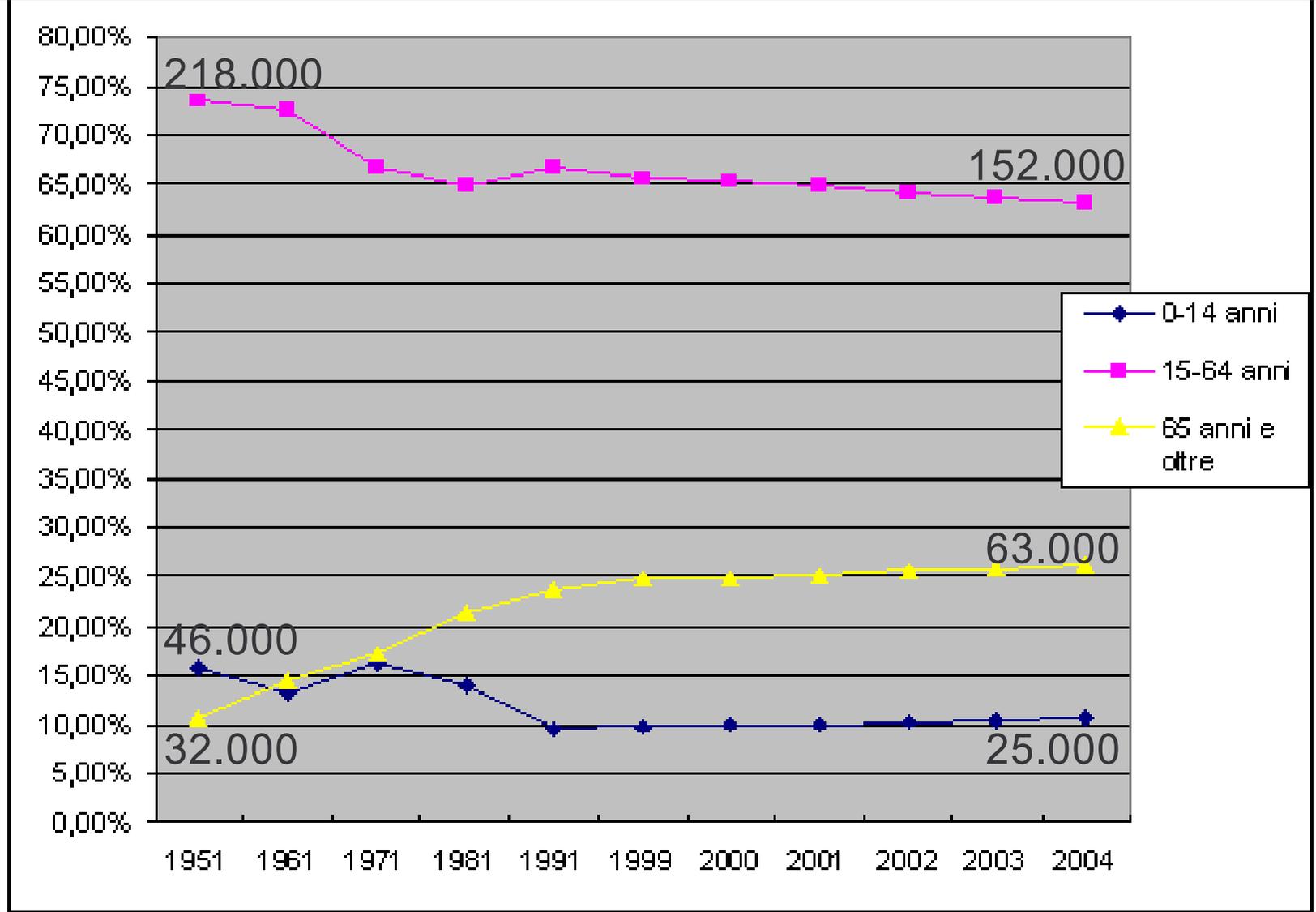
# IL CONTESTO

(con qualche cenno agli aspetti socio- demografici)

## Lo scenario a Trieste

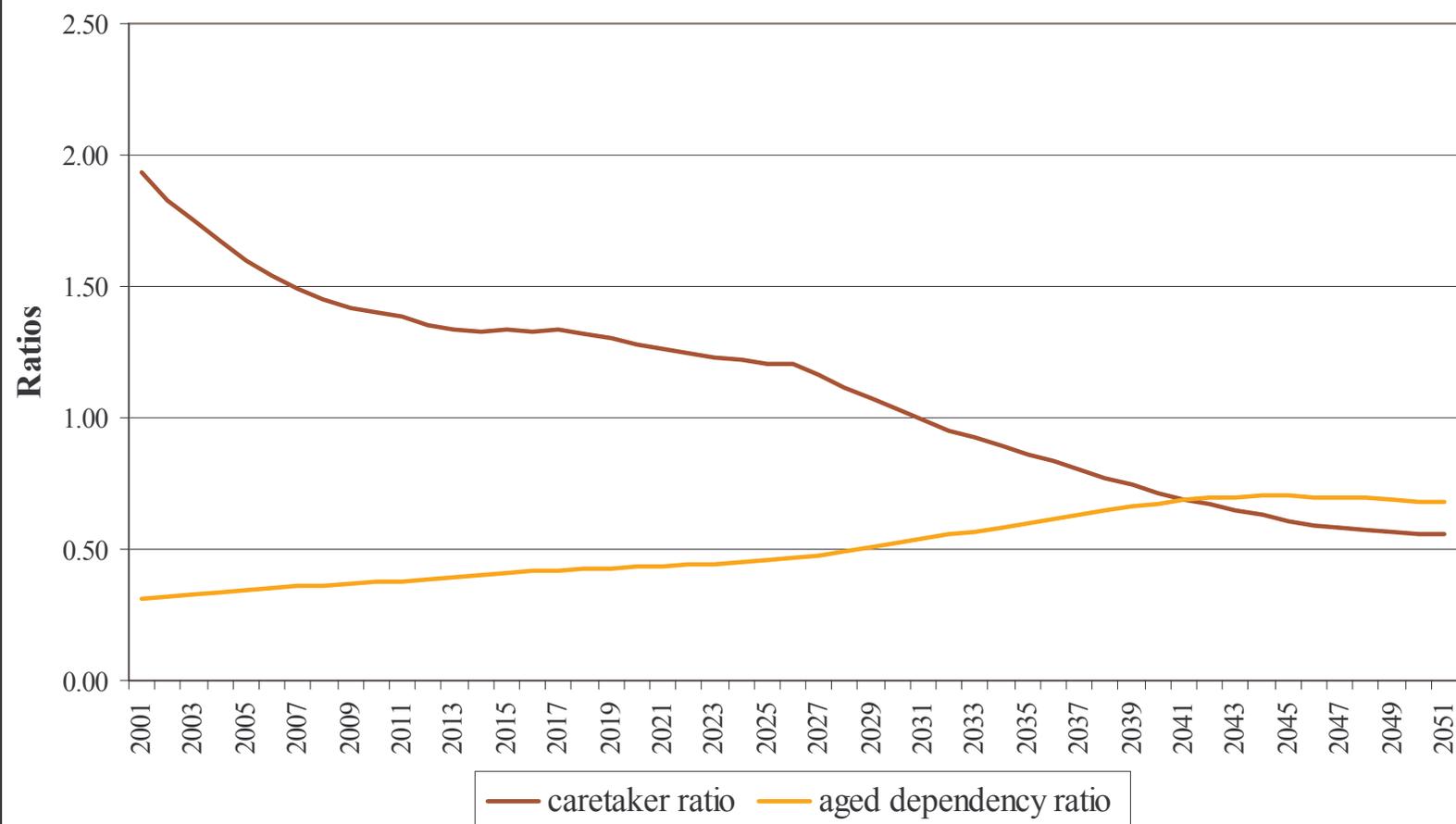
- 1 abitante su 3 è anziano (*n° anziani superiore al n° giovani*);
  - 60.000 ultra65enni
  - 10.000 ultra85enni
  - 3.500 ultra90enni
- 30.000 vivono da soli
- 10.000 sono le coppie di (molto) anziani
- ca. 6.000 con invalidità accertata, di cui ca. 4.500 con assegno di accompagnamento

# VARIAZIONI DELLA POPOLAZIONE IN PROVINCIA DI TS DAL 1951 AL 2004

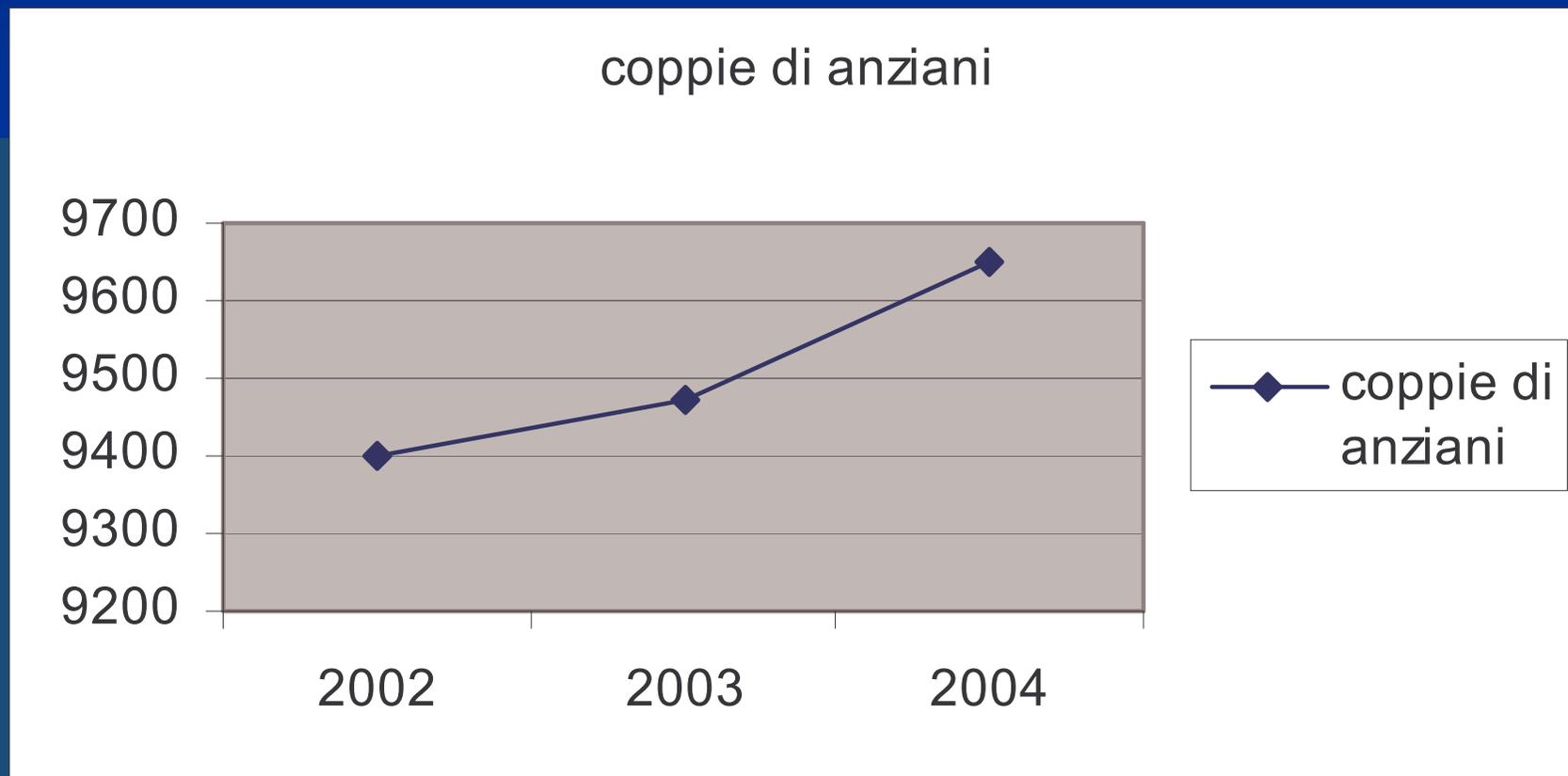


# Indici di cura e dipendenza senile in FVG

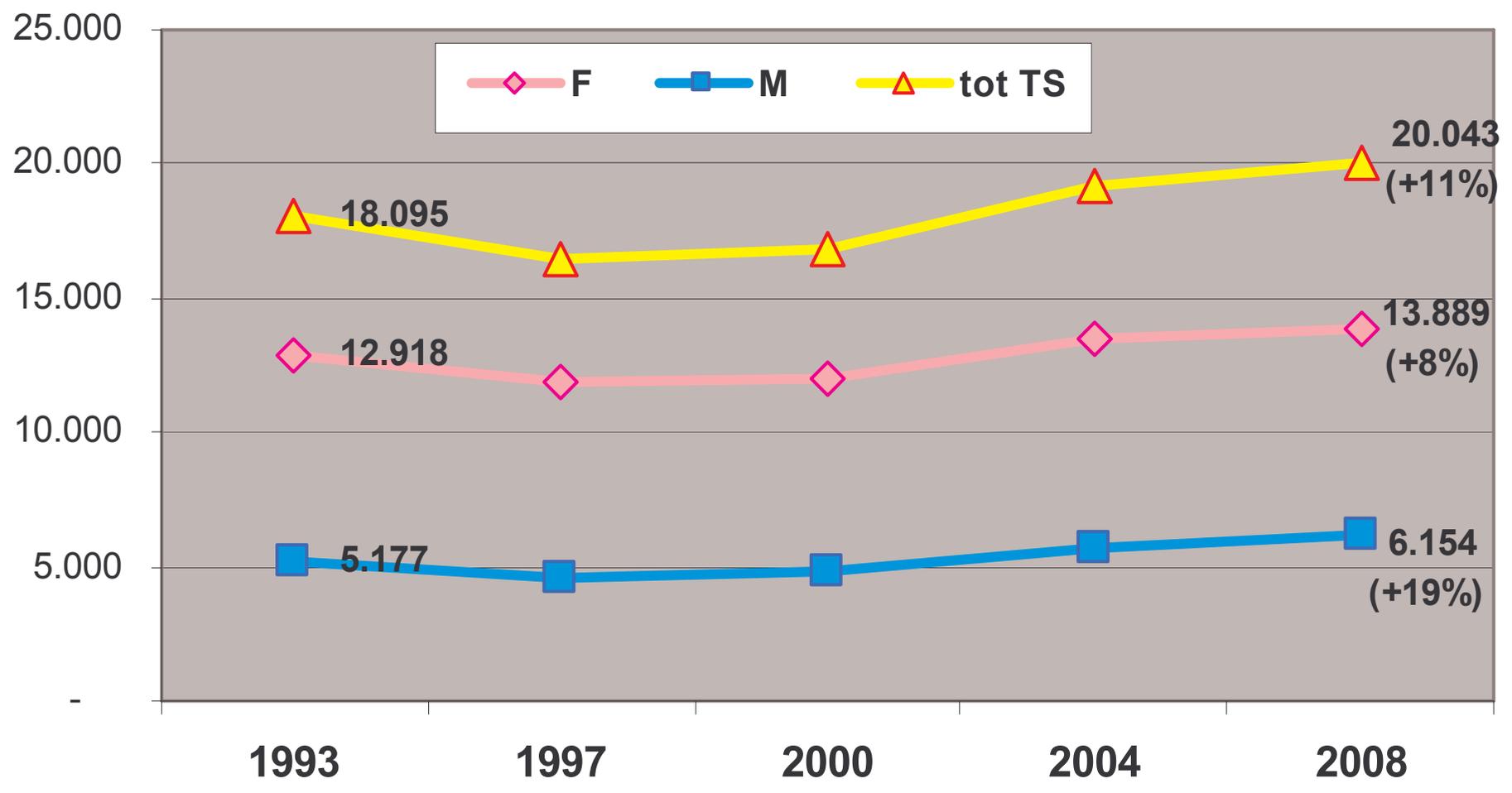
Caretaker e aged dependency ratio



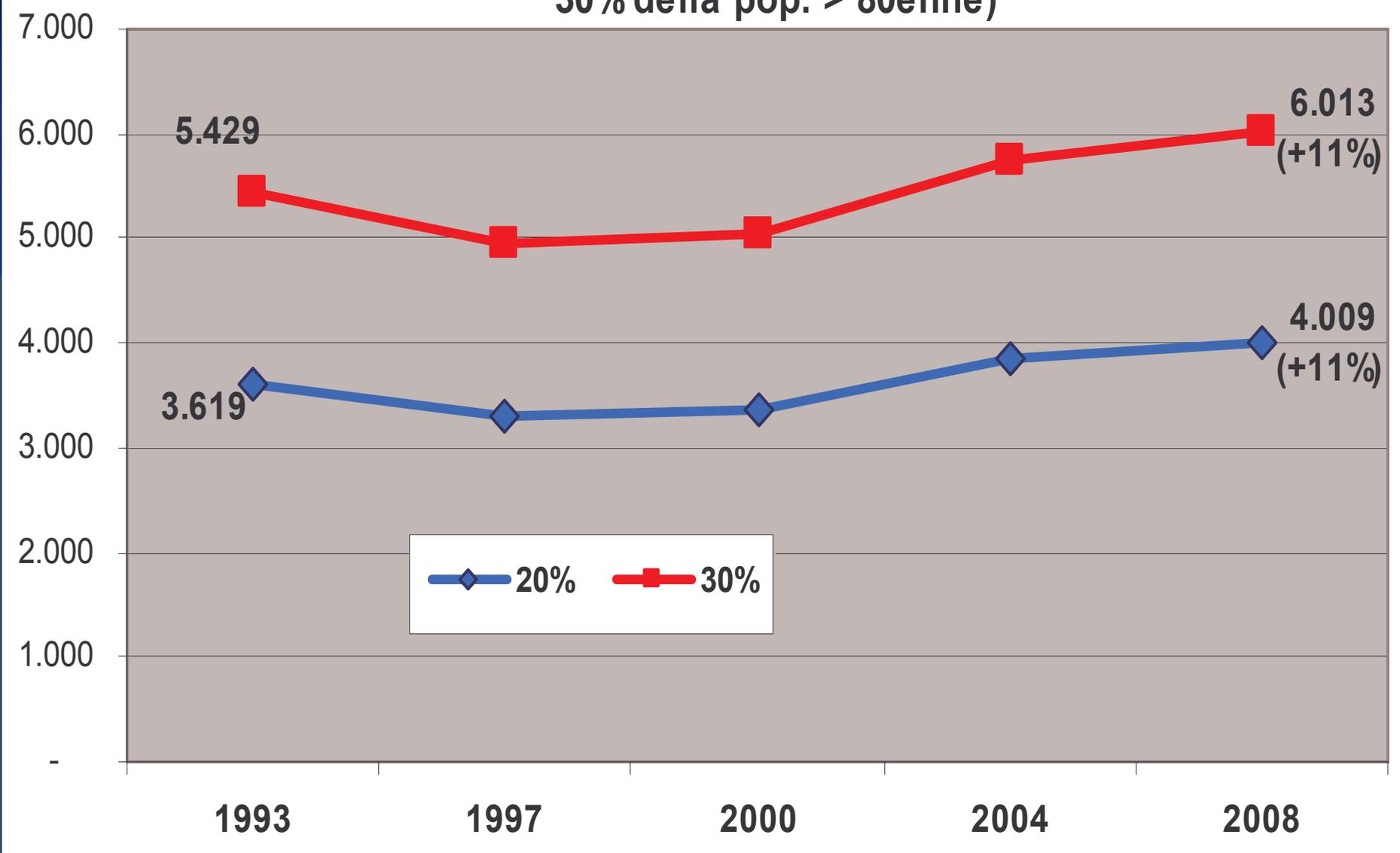
# Coppie di anziani



### TRIESTE: trend della polazione >80enne (1993-2008)



### Stima della prevalenza delle demenze a Trieste (ipotesi 20% o 30% della pop. > 80enne)



# Lo scenario a Trieste

- 1 abitante su 3 è anziano (*n° anziani superiore al n° giovani*); - 60.000 ultra65enni; 10.000 ultra85enni; 3.500 ultra90enni
- 30.000 vivono da soli
- 10.000 sono le coppie di (molto) anziani
- ca. 6.000 con invalidità accertata, di cui ca. 4.500 con assegno di accompagnamento
- **E' alta la richiesta e l'uso-consumo di servizi sanitari e assistenziali (anche con spesa privata !)**
- **L'offerta, pubblica e privata, è molto ricca (e costosa, per i contribuenti e per i consumatori)**

## Lo scenario a Trieste

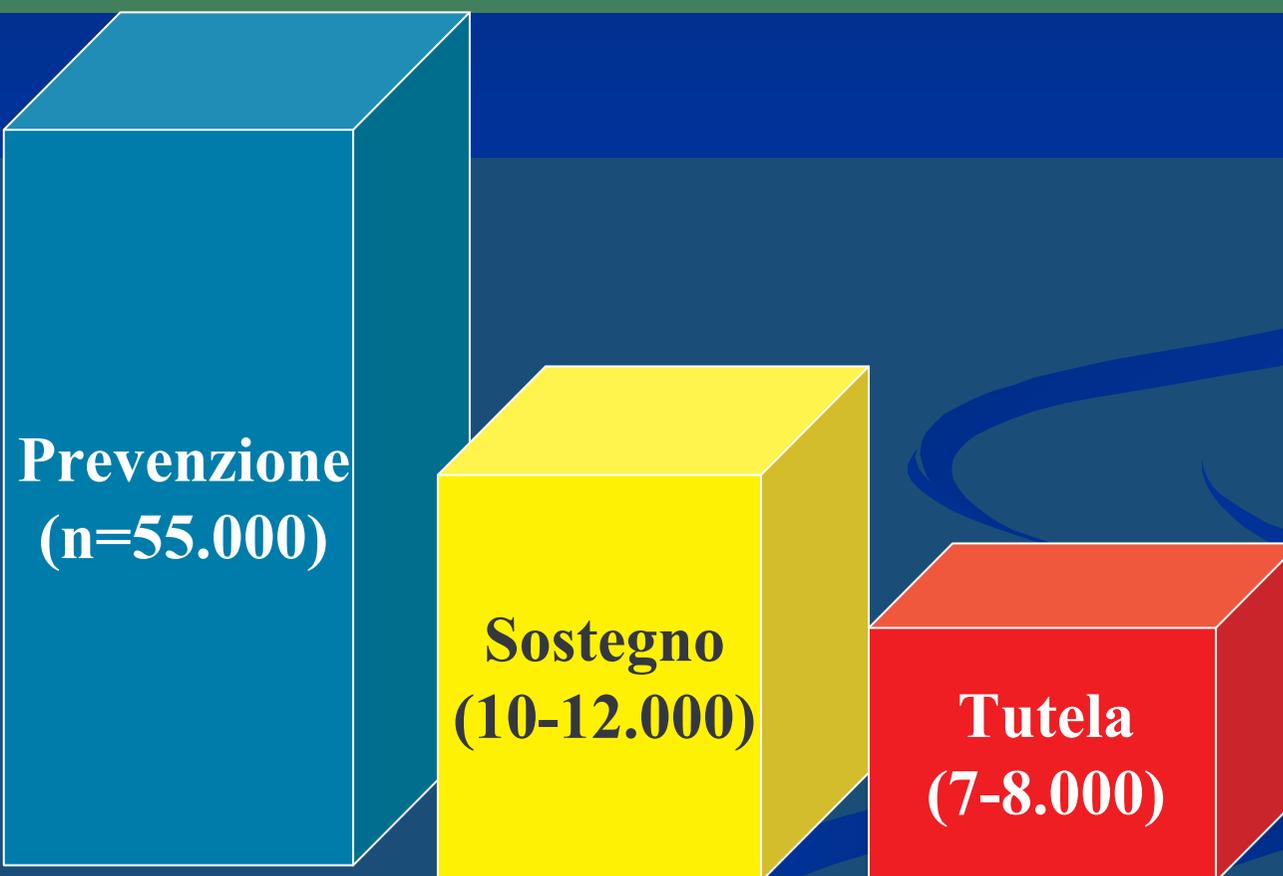
- È frequente il ricorso al ricovero in ospedale :  
*1 su 2 degli ultra75enni / anno ; ricoverati o dimessi ca. 40 / die*
- *Ca. 5.000 / anno ricorrono alla casa di riposo*
- *Ca. 10.000 sono assistiti a casa con aiuto di "badanti"*
- per tradizione e cultura, elevata l'attesa verso le istituzioni pubbliche

- **Il sistema di assistenza sociale è cresciuto meno del sanitario ed ha a disposizione risorse economiche ca. 6-7 volte inferiori a quello sanitario (70 vs 450 milioni €/anno)**
- **A quella pubblica, si aggiunge la spesa privata per protezione (sanitaria + sociale ), stimabile in almeno 90 mil.euro/anno:**
  - 55 per spese di assistenza residenziale
  - 25 per assistenza domiciliare
  - 10 per farmaci o ausili
- **Il sistema governato dall'ospedale assorbe ca. 65-70% dell'intera spesa sanitaria**

## E la tendenza futura ?

- Numero di anziani (> 65 anni) ca. costante, ma aumenteranno i “grandi anziani”, fragili, soli e invalidi-nonautosufficienti (rapp. anziani/giovani)
- crescente inarrestabile richiesta di servizi **SOCIOSANITARI**, socioassistenziali , sanitari (per quantità e qualità ; l'emergenza è la demenza senile)
- divario crescente tra bisogno/domanda e disponibilità di risorse pubbliche (input & output) (e private ?) vs offerta di servizi

# Tre linee operative strategiche per gli anziani di Trieste



# In ASS 1 le priorità - i riferimenti

- **valori e principi** : la *patologia delle libertà a Trieste*
- **cultura** : il baricentro nella libertà di scegliere la propria casa - da problema a risorsa
- **organizzazione** : creare servizi di qualità, flessibili e personalizzati, centrati sulla persona → IN RETE
- **professionalità** : creare competenza specifica - enfasi sulla valutazione e intervento multidimensionale e multiprofessionale
- **Territorio che crea alternative all'ospedale** : usare poco l'ospedale per usarlo bene; operare perché il territorio non sia costo aggiuntivo

## NELLA RETE, I CONCETTI GUIDA

- Invecchiare salvaguardando libertà, dignità, decoro
- *Stare a casa: “perché no ?” LA CASA è il primo luogo di vita e di cura. Anche quando..... Anche se.....*
- *Ritornare a casa: il più autonomi possibile*
- *In ospedale: ancora di meno e meno a lungo*
- *In casa di riposo: troppo spesso e troppo a lungo*
- Dialogare ed agire con tutti: la ricerca del consenso con il Forum anziani, nel Progetto obiettivo anziani, al Tavolo Anziani

## ANZIANI E SERVIZI SANITARI. Le risposte, ogni giorno, a Trieste :

- **6.000** da 240 medici di famiglia e **3.000** dai medici specialisti
- **500** ai punti CUP
- **5.000** con una ricetta in 67 farmacie
- **150** in Pronto Soccorso - **50** portati da 118
- **800** in ospedale, circa **40** nuovi ingressi/die
- **400** in ambulatori infermieristici distrettuali
- **600** in trattamento ambul. riabilitativo
- **400** in ADI (cure domiciliari sanitarie anche complesse, 7 gg/ sett.-12 hr/die)
- **250** in 4 RSA - **10** in hospice
- **1.300 in residenze protette (1.700 nelle residenze polifunzionali)**
- **10.000 assistiti a casa con "badanti"**

## **CREARE RETI PER ALTERNATIVE ALL'OSPEDALE E ALLA CASA DI RIPOSO**

- **Cure domiciliari**
  - **Intervenire subito, in modo integrato, anche per prevenire la cronicizzazione**
- **Riabilitazione in RSA e nelle residenze**
  - **Recuperare AUTONOMIA, forze e capacità, anche contrastando il decadimento fisico e psichico**

# IN RETE ?????

4 RSA, un hospice, una  
residenza per gravi disabili

209 MMG  
23 Pediatri  
20 Medici c.a.

91 RESIDENZE  
(3.200 persone)  
(3) CENTRI DIURNI  
ASSISTITI

67 farmacie

12 punti prelievo  
40 ambulatori  
specialistici  
accreditati

30  
ASSOC.VOLONT.

SSC TS  
550 dipend.  
4 UOT

10  
MICROAREE

3 ASP; una  
con 411 p.l.

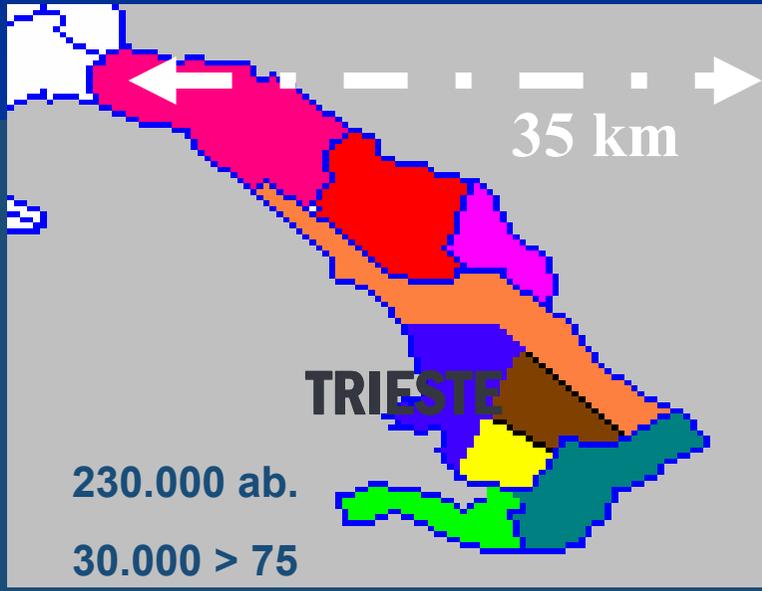
ATER  
7.000  
anziani

50 coop.sociali  
tipo A e B;  
> 2.000 addetti

Stima:  
10.000  
"badanti"

118

3 H  
pubblici  
3 privati



4 distretti: in 9 sedi.  
IN OGNI DISTRETTO:  
-Servizio anziani, Punto  
unico integr., RSA, Centro  
d.demenze; uvd;  
serv.domicil. ISO 9001  
Medic.spec., centro diab.,  
riabilitazione, servizio  
materno-infantile, equipe  
m.h., consult.famil.

1 DSM con 4  
CSM h24

1 dip. delle  
dipendenze (4  
zone)

1 dipart. Prevenzione –  
"commissione invalidi"

AMALIA &  
TEL.SPECIALE

### DISTRETTO 1 – nord ovest

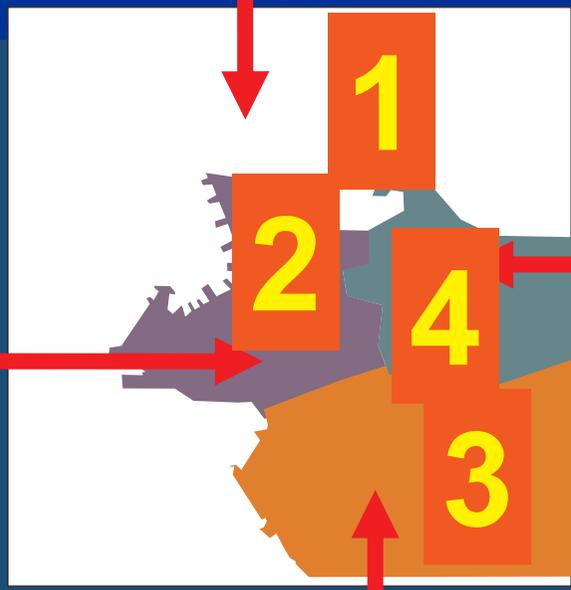
**SEDI**  
 via Stock, 3  
 Aurisina, 108/d  
 via di Prosecco, 28/a - Opicina

ROIANO  
 BARCOLA  
 GRETTA  
 COLOGNA SCORCOLA  
 ALTOPIANO EST  
 ALTOPIANO OVEST  
 DUINO AURISINA  
 MONRUPINO  
 SGONICO

### DISTRETTO 2 città sud

SAN VITO  
 CITTA' VECCHIA  
 CITTA' NUOVA  
 BARRIERA NUOVA  
 SAN GIACOMO

**SEDI**  
 via Pietà 2  
 via vespucci, 7/1



### DISTRETTO 4 città nord

CHIADINO  
 ROZZOL  
 SAN GIOVANNI  
 BARRIERA VECCHIA

**SEDI**  
 Via Sai 7  
 (San Giovanni, pad. S)  
 via Pasteur, 42/e

### DISTRETTO 3 - est

**SEDI**  
 via Valmaura, 65  
 via Puccini, 48  
 via Battisti, 6 - Muggia

SERVOLA CHIARBOLA  
 VALMAURA  
 BORGIO SAN SERGIO  
 MUGGIA  
 SAN DORLIGO

# IL "NUOVO" DISTRETTO



# LE ATTIVITA'

Cure in  
Medicina  
Generale

Cure ambulat.  
infermieristiche

Attività integrate con  
comunità e 3° settore

Continuità e integrazione  
con Ospedale, DSM, DDD,  
DIP, Centri special.

Cure in  
Medicina  
specialistica

Attività integrate con  
SSB (ADI,UVD, EMH)

assistenza sanitaria  
domiciliare

Assistenza  
farmaceutica e  
integrativa

assistenza sanitaria  
residenziale in  
hospice, RSA

Assistenza  
riabilitativa e  
protesica

assistenza  
socio sanitaria  
residenziale e  
semiresidenziale in  
strutture  
convenzionate

Prevenzione e  
promozione  
della salute

Salute Bambini  
e adolescenti

Salute donna

Progetti speciali e  
sviluppo di comunità



*Personae assistite ogni giorno nei 4 distretti*

**Attività integrate con comunità e 3° settore**

**Continuità e integrazione con Ospedale, DSM, DDD, DIP, Centri special.**

**Prevenzione e promozione della salute**

**Attività integrate con SSB (ADI, UVD, EMH; n=> 10)**

**Assistenza farmaceutica e integrativa (> 6.000 ricette)**

**Assistenza riabilitativa (n = >100) e protesica (n = > 50)**

**Cure in Medicina Generale**

**n = > 5.000**

**Cure in Medicina Specialistica**

**n = > 1.000**

**(70.000 esenti per patologia !)**

**D**

**Salute Bambini e adolescenti (>100)**

**Salute donna (100)**

**Cure ambulatoriali Infermieristiche**

**n = > 500**

**Dimissioni protette da H**

**3.500 all' anno**

**assistenza sanitaria domiciliare; n => 500 (infern., riabil., medica)**

**assistenza sanitaria residenziale in hospice (n=23), in 4 RSA (n=230)**

**assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale in > 100 strutture (3.500)**

**Progetti speciali e sviluppo di comunità in 10 Microaree (20.000 ab.)**

# LE PAROLE CHIAVE DEL DISTRETTO

## ACCOGLIENZA E INCONTRO

- *Ascoltare le persone ed i familiari*

## PRESA IN CARICO

- *Capire i problemi e le situazioni*
- *Trovare insieme cosa serve*
- *Proseguire cura, aiuto, sostegno anche nel lungo-lunghissimo termine*

## INTEGRAZIONE

- *Pensare e lavorare insieme con tutti: le persone ed i familiari, operatori sanitari e dei servizi sociali, delle cooperative sociali, I volontari*

## CASA

- ✓ *Il distretto incentiva la politica delle cure domiciliari, organizzando tutte le possibili alternative all'istituzionalizzazione*
- ✓ *Il distretto definisce come modalità indispensabile la "presa in carico"*

*PER TUTTE LE PERSONE,  
PER I PIU' VULNERABILI*

**TUTTI I CITTADINI  
(non solo malati)**

**TUTTE LE PERSONE  
FRAGILI O IN CURE A  
LUNGO TERMINE**

**TUTTI I CITTADINI  
(prevenzione)**

**TERMINALI**

**ANZIANI**

**DISABILI**

**STRANIERI  
MIGRANTI**

**DONNE**

**BAMBINI**

**CON PROBLEMI DI  
SALUTE MENTALE**

**COPPIE E FAMIGLIE**

**CON PROBLEMI DI  
DIPENDENZA**

**D**

**In ogni distretto, ad hoc**  
 team: geriatra, psicologo, infermieri e OSS, assistenti sociali

### A FAVORE DI TUTTI

- Favorire il “buon” invecchiamento
- Prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione
- Contrasto alla solitudine, isolamento, esclusione
- Integrazione e continuità
- Azioni per la deistituzionalizzazione ed il contrasto all'istituzionalizzazione *(la ricerca e la costruzione di concrete alternative per l'inclusione delle persone più fragili)*

### PER CHI NON E' PIU' AUTONOMO

- Accoglienza, guida ed accompagnamento
- Sostegno ai familiari
- UVD
- RSA
- Centro diagn. deficit cognitivi
- Assistenza domiciliare
- Telesoccorso e teleassistenza, “agenda farmaci”
- “Amalia” per l'inclusione sociale
- Assistenza residenziale
  - Programmi “7 C”  
*(casa, contenzione, continenza, cognitività, cadute, cure, cibo)*

## OGGI, I DISTRETTI PER GLI ANZIANI NON PIU' AUTONOMI

**Senza integrazione non ci può essere soluzione a problemi e situazioni complesse.**

### **In ogni distretto si lavora in modo integrato**

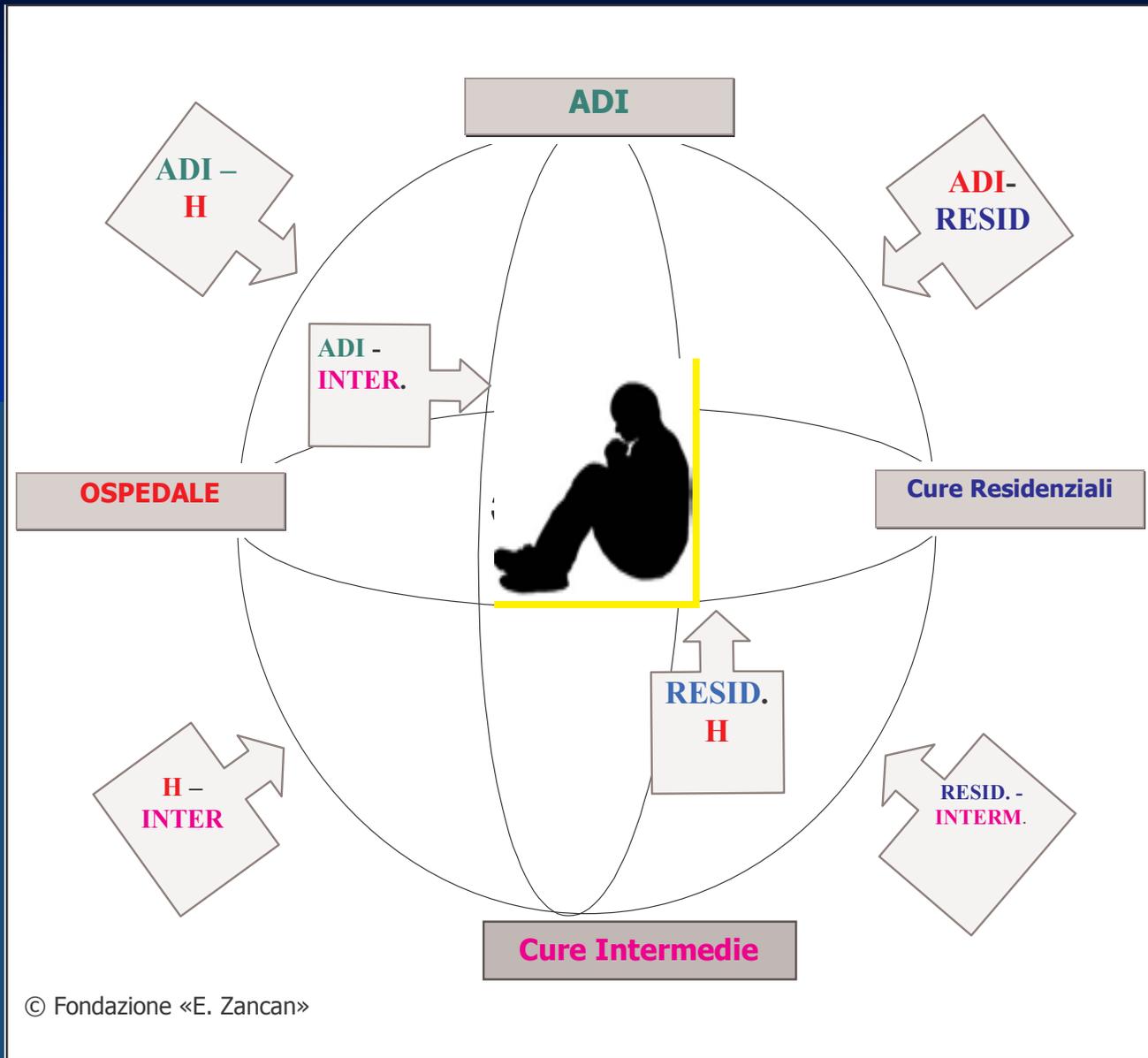
**al Punto Unico integrato:** una coppia di operatori sanitari e sociali dà ascolto-informazione-orientamento

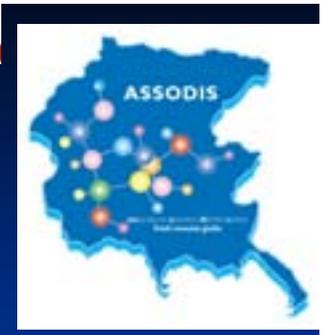
**nell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVD),** per assicurare approcci globali ed unitari a centinaia di persone all'anno.

**INSIEME** alle persone ed ai familiari viene definito il **programma di presa in carico personalizzato** → **progetto personalizzato**

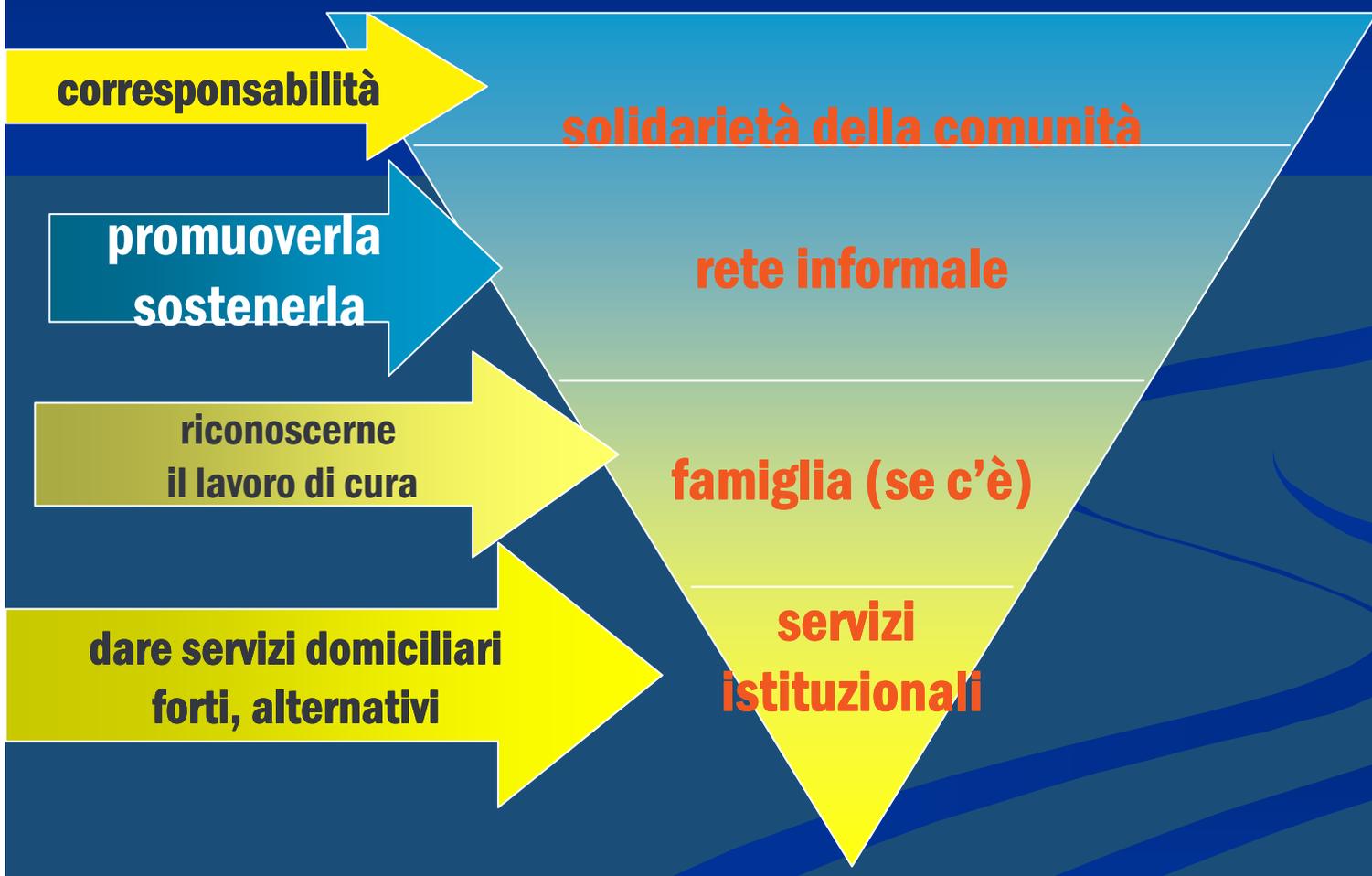
... si attivano le risorse, gli strumenti innovativi: **i budget di salute individuali**, i contributi economici sociali (ad es. del "FAP")

0024-23-46





# le responsabilità nella rete





# Le reti, i pensieri

PER SOSTENERE I SOGGETTI  
FRAGILI E LE FAMIGLIE

*(servono anche reti informatiche !)*



*Solidarietà ?  
Sussidiarietà ?*

*La rete ad alta  
integrazione  
sociosanitaria  
non è un obiettivo  
in sé, ma uno  
strumento  
fondamentale per  
raggiungere il  
ben-essere delle  
persone, delle  
famiglie e della  
COMUNITA'.*

