



**ASSn6**  
FRIULI  
OCCIDENTALE

***Continuità dell'assistenza:  
i percorsi di cura e l'integrazione sociosanitaria***

***tra riordino del SSR Friuli Venezia Giulia,  
riforma Balduzzi e nuovi LEA***

***Servizi, risorse e  
organizzazione per le  
persone anziane e non  
autosufficienti***

**Dott. Giuseppe Tonutti**

**Direttore generale  
dell'ASS6 Friuli  
occidentale**

# Considerazioni preliminari

- **Equità.** Differenze territoriali sono prevedibili ed entro certi limiti accettabili, ma ove possibile è bene cercare di avere modalità di approccio simili finalizzate a superare le differenze che non siano motivate da variabili sociali, geografiche, demografiche o epidemiologiche.
- **Tipologia di utenza.** Fra le Case di riposo non sono prevedibili particolari differenze nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa).
- **Manca di strumenti di rilevazione uniformi.** A titolo di esempio, il valore dell'unità infermieristica sulla quale si misura lo standard è diverso da un'Azienda all'altra e anche da una Casa di riposo all'altra, anche all'interno di una stessa azienda.

# Equità

- Numero **PL** sulla popolazione di un determinato territorio (es. PL/> 80 anni)
- **Distribuzione** delle strutture nel territorio (città, pianura, montagna)
- Pesatura della **popolazione** su altre determinanti sociali ed economiche (es. reddito, anziani soli, condomini senza ascensore, ecc.)
- **Standard** assistenziali assicurati alle Case di riposo
- **Attesa** media per l'ingresso in Casa di riposo
- Ecc.

# Tipologia di utenza

- La Regione ha ritenuto di adottare il modello di rilevazione con scheda **VALGRAF** per determinare la complessità della casistica trattata.
- Al fine di non creare disequità fra le diverse strutture, sarà possibile tenere conto dei risultati di tali rilevazioni solo quando lo strumento verrà utilizzato in maniera uniforme in tutte le Case di riposo della Regione.

# Standard

- È il valore ritenuto congruo di infermieri o personale della riabilitazione. Allo stato dell'arte, è indicato in almeno 1 infermiere ogni 15 PL ed 1 terapeuta della riabilitazione ogni 50 PL
- Affinché lo standard venga misurato ovunque allo stesso modo, bisogna quantificare il valore unitario dell'operatore:
  - ore medie lavorate da un operatore (es. 1510 all'anno) per il calcolo dell'effettiva assistenza assicurata agli utenti
  - ore dedicate alla formazione (es. 40 all'anno)
  - ore di assenza dal servizio previste contrattualmente (es. 250 all'anno)
  - valore economico dell'ora che tenga conto anche dei costi indiretti generati, quali costo del lavoro, divise, tutela salute, ecc.
- Tale modalità di approccio permette di ottenere un valore economico dell'unità, uguale per tutti, dal quale è possibile calcolare lo standard effettivamente assicurato da parte delle Aziende sanitarie alle singole Case di riposo e misurare lo scostamento positivo o negativo rispetto ai valori di 1:15 (infermieri) ed 1:50 (terapisti della riabilitazione).

# Assistenza medica

- Un problema organizzativo, a volte foriero di disguidi ed errori è determinato dalla **numerosità** di medici (MMG) con i quali la Casa di riposo deve rapportarsi, ciò perché gli assistiti continuano a poter esercitare la libera scelta del medico anche dopo il ricovero nella struttura ed i medici di medicina generale hanno il diritto di mantenere l'assistito.
- Al fine di migliorare la qualità del servizio ed aumentare il livello di sicurezza per gli assistiti, è opportuno che la Regione concordi con i MMG una diversa modalità di approccio al problema che preveda un numero minimo di assistiti nella struttura, una frequenza di accessi obbligatoria rapportata al numero di assistiti del singolo medico ed il rispetto dell'organizzazione (compilazione della documentazione, orari, ecc.).

# Altre funzioni

Le Case di riposo assicurano anche altre funzioni connesse all'espletamento dell'attività sanitaria.

- direzione sanitaria
- farmacia
- smaltimento rifiuti speciali
- coordinamento delle figure professionali assegnate.

È opportuno che venga individuata una quota economica a PL che forfettariamente riconosca le funzioni sopra citate (es. xx a PL).

# Rete delle strutture

- Richiesta di presenza dell'infermiere nel turno notturno anche quando gli standard non lo permetterebbero. Il problema riguarda soprattutto le Case di riposo di medie dimensioni (fra i 100 ed i 150 PL)
- Un'idea può essere quella di organizzare, a livello di distretto, una rete delle strutture che diversifichi la casistica, concentrando i casi più complessi in una struttura, e ridistribuisca di conseguenza le risorse assistenziali che, a questo punto, potrebbero essere assegnate per distretto e da esso governate.
- È un'ipotesi interessante che, però, può essere realizzata solo ove le Case di riposo e gli ambiti siano coinvolti e convinti della bontà di tale approccio che, di fatto, condizionerebbe la scelta di una determinata struttura da parte degli assistiti.