

CONVEGNO AGeSPI Lombardia

*“Il giovane volto dei Servizi socio-sanitari
della Regione Lombardia”*

**Nuovi bisogni, nuovi scenari.
Le strategie per il governo e lo sviluppo**

***Dr. Carmelo Scarcella
Direttore Generale ASL Brescia***

Milano, 29 settembre 2011

Le domande sui Servizi socio-sanitari lombardi

Le basi sono solide?

Servono stimoli riattivanti?

Esiste disponibilità al cambiamento?



Il volto attuale dei Servizi socio - sanitari lombardi

Rete consolidata con identità chiara e riconosciuta (processo di rinnovamento e ridefinizione in particolare inizio anni 2000)

Ricchezza di numero, tipologia, esperienza e competenze specifiche

Capacità di gestione anche di bisogni assistenziali complessi e di alta intensità

Fonti di finanziamento SSR, ma distinzione fra attività remunerata e “produzione”

I segni del tempo...

Alcune criticità

Insufficiente flessibilità nei livelli di protezione e nei modelli organizzativi a fronte di bisogni in evoluzione e trasformazione

Forte pressione della domanda, a cui non può corrispondere una conseguente moltiplicazione dei servizi

Crisi economica a più facce: aumento costi di gestione, aumento rette a carico dell'utenza, minor disponibilità di risorse

I nuovi bisogni 1

Una domiciliarità di fatto sostenibile (uso coordinato nel PAI di servizi domiciliari integrati ASL- comuni, servizi diurni, di sollievo)

Maggior flessibilità nei servizi per pazienti fragili, oggi fortemente orientati verso gravi compromissioni (es. RSA, RSD) con diversificazione dei livelli di protezione (es. Comunità Residenziale)

Specializzazione quale risposta qualificata ad alcune tipologie di problematiche e/o pazienti (es. per le cure domiciliari, pazienti con demenza, terminali, con GCA, in età pediatrica, ecc.)

I nuovi bisogni ②

Riconoscimento dell'attività del caregiver, modalità innovative di coinvolgimento dei caregiver familiari, senza obbligatorietà, a cui garantire sostegno, inserimento nel PAI di funzioni assistenziali fornite dal caregiver

Contenimento dei costi e diversificazione nell'attribuzione degli oneri, pur garantendo qualità

Rivalutazione e rivitalizzazione del tessuto sociale, quale fonte di risorse “rinnovabili” non istituzionali, integrative, a sostegno della rete

Alcune strategie organizzative

Garanzie di accesso ai Servizi in modo semplificato, con valutazione dei bisogni ed accompagnamento nelle reti (es. équipe multidisciplinari)

Riduzione della frammentazione delle reti, operando in sinergia per obiettivi comuni es. PAI unico, ASL- Comuni (CeAD), accordi per dimissioni protette, ecc.

Responsabilità ed appropriatezza d'uso delle risorse disponibili (es. valutazione multidimensionale dei bisogni prevalenti e multidimensionalità nella risposta)

Innovazione e sperimentazione come risposta all'intercettazione precoce di nuovi bisogni

Alcuni dati dell'ASL di Brescia

Incremento n. di pazienti in Cure domiciliari (ADI)

Anno	Numero
2008	12.232
2009	12.517
2010	12.663
Incremento medio annuo	1,7%

Chi usufruisce dell'Assistenza Domiciliare Integrata

Identikit del paziente

74,80% sono di età superiore ai 74 anni

0,71% sono in età pediatrica

Le donne sono più del doppio rispetto agli uomini

Indice di Barthel

Il 48,63% presenta una dipendenza completa

Il 65,16% da grave a completa

Le patologie più frequentemente rilevate a domicilio (CIRS)

Sistema muscolo scheletrico	80,14%
Ipertensione	70,13%
Cardiaca	61,20%
Psichiatrico-comportamentali	61,20%
Sistema nervoso centrale e periferico	57,80%

I disturbi psichiatrico-comportamentali sono presenti, da molto grave a grave, nel 38,53% dei casi

Le patologie concomitanti

da 2 a 4 patologie ⇒ 43%

da 5 a 7 patologie ⇒ 32%

**di fatto l'86% è affetto
da 2 a 10 patologie,
con la media di 5**

Oggi la dipendenza completa nelle principali BADL non è da sola fattore discriminante per la gestione domiciliare

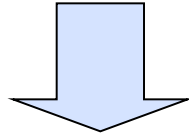
Le Unità di Continuità Assistenziale (UCAM)

Equipes che svolgono la loro attività a livello territoriale in raccordo con MMG, PLS e con gli operatori comunali (all'interno del Centro di Assistenza Domiciliare - CeAD)

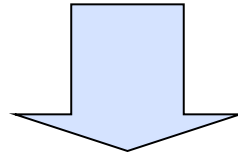
Punto unico di accesso territoriale per accogliere la richiesta del cittadino anziano e/o malato non autosufficiente e della sua famiglia, accompagnandoli nelle reti di unità di offerta, attivando i servizi più idonei fra quelli disponibili, garantendo continuità di intervento assistenziale e monitoraggio

Tempestività della risposta (3-5 giorni lavorativi)

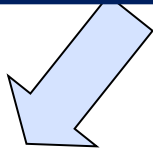
**Richiesta
da utente e/o famiglia, MMG, ospedale, Comune ecc**



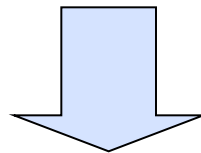
**Accoglienza e valutazione della richiesta
(UCAM + MMG/PLS)**



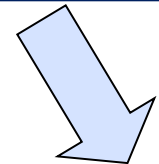
**Definizione proposta di intervento con attivazione
voucher/credit di livello adeguato o altri Servizi in
condivisione con pazienti e/o familiari**



**Servizi residenziali
anche inserimento
di SLA, SV**



**Cure Domiciliari
attivate da MMG
con UCAM**



**Servizi diurni
servizi di sollievo**

Il bisogno di residenzialità

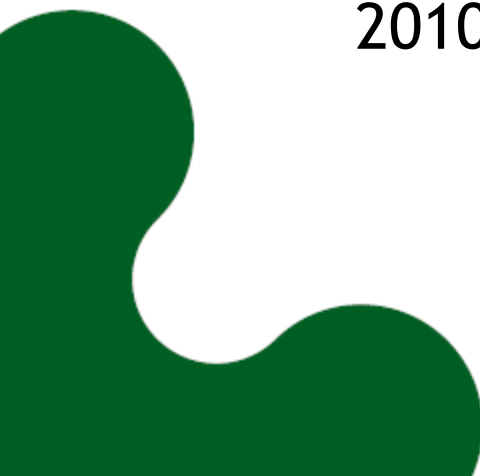
Evoluzione della domanda di ingresso in RSA

1999 504 persone

2010 4.065 persone

1999 44 giorni di attesa

2010 288,85 giorni di attesa



Un quadro che fa riflettere anno 2010

86 RSA: 6.561 tot. posti letto

6.356 posti letto autorizzati

205 posti letto sollievo

6.122 posti letto accreditati

8.755 ospiti 33% turnover

48 CDI: 968 posti autorizzati

888 posti accreditati

ricoveri notturni 68 posti

- 2010: 298 persone - notti 10.393
- 2009: 225 “ “ 7.039
- 2008: 100 “ “ 2.186

Cure Domiciliari

12.663 pazienti

Evoluzione nel tempo delle condizioni di gravità degli ospiti delle RSA nell'ASL di Brescia

Classe SOsIA	Ospiti al gennaio 2004	Ospiti al dicembre 2006	Ospiti al dicembre 2008
classe 1	26,61%	29,49%	33,02%
classe 2	4,13%	3,53%	2,52%
classe 3	28,47%	32,82%	33,67%
classe 4	3,85%	3,63%	3,09%
classe 5	4,84%	5,71%	6,02%
classe 6	9,05%	2,73%	2,19%
classe 7	14,88%	15,46%	14,27% (circa 1.215 ospiti)
classe 8	8,16%	6,62%	5,91% (circa 503 ospiti)

Alcuni esempi di innovazione 1

Sperimentazione di assistenza domiciliare dedicata e più specifica per alcune tipologie di casistica

Progettazione ed avvio di nuove forme di residenzialità destinate a persone anziane con un grado di compromissione moderato per mobilità, cognitività/comportamento, comorbilità

Valorizzazione del ruolo di MMG/PLS/MCA quale risorsa territoriale capillare per garantire la continuità di intervento assistenziale ed aumentare i sistemi di protezione

Ridefinizione della rete per le demenze e costruzione di un PDTA dedicato

Alcuni esempi di innovazione 2

Accordi per la gestione integrata di reti specifiche (es. rete riabilitativa - rete per GCA, ecc.)

Iniziative facilitanti forme di accordo ed integrazione fra Servizi e livelli diversi di risposta ai bisogni sanitari e sociali

Iniziative a favore dei caregiver e familiare (Scuola di Assistenza familiare - Manuale Istruzioni per l'uso)

Avvio di collaborazione con le Farmacie per il sostegno alla domiciliarità

Quali sono gli aspetti più critici di un domani che è già oggi?

Quali le caratteristiche di Servizi sempre più esposti alle incertezze culturali ed organizzative di una società sempre più “liquida”?

Alcune ipotesi strategiche

Costruzione di sistemi aperti

Livello di governo attento alle variazioni di domanda/Servizi/possibilità di risposta

Adeguate e costante formazione degli operatori al cambiamento

Alcuni strumenti per affrontare il futuro

Raccolta dati sui servizi per analisi dell'evoluzione della domanda e delle risposte

Maggior chiarezza nella valutazione dei bisogni e della classificazione delle risposte

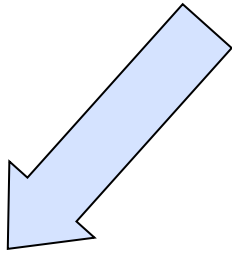
Mantenimento a casa della persona fragile, con il domicilio come luogo della flessibilità e vicinanza alla realtà

Ricerca di servizi e cure di livelli intermedi fra ospedale e territorio

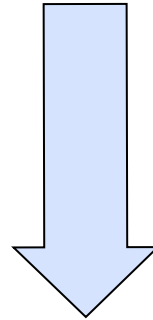
Nuove forme di residenzialità

Innovazione e responsabilità di governo del sistema

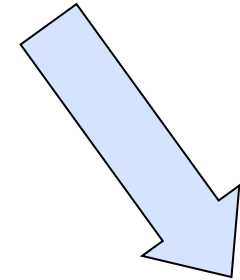
Servizi chiave per garantire



**Risposte
qualificate
e tempestive**



Equità



**Crescita culturale
oltre che
professionale**

per un effettivo prendersi cura