

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- la L.R. 3 febbraio 1994, n. 5 "Tutela e valorizzazione delle persone anziane. Interventi a favore di anziani non autosufficienti";
- la propria deliberazione n. 124 dell'8/2/1999 "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari";
- la propria deliberazione n. 1455 del 28/7/1997 "Direttiva per i criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna";
- il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 approvato con D.P.R. 23 luglio 1998 che identifica gli interventi necessari per la qualificazione dell'assistenza per la popolazione anziana, in particolare di quella non autosufficiente;
- la propria deliberazione n. 54 del 25/1/1999 di proposta al Consiglio regionale del Piano Sanitario regionale 1999-2001;

Considerato che:

- le esperienze di diffusione degli strumenti previsti dalla L.R. 5/94 (Accordo di programma, Servizio Assistenza Anziani, Unità di valutazione geriatrica territoriale, Responsabile del caso), evidenziano la necessità di indicazioni regionali per assicurare il perseguimento degli obiettivi fondamentali della legge in tutto il territorio regionale;
- il nuovo contesto socio-demografico, le modificazioni

intervenute negli assetti istituzionali, il nuovo assetto organizzativo del sistema sanitario regionale e le linee di rimodulazione ospedaliera richiedono la costruzione di reti integrate di servizi sociali e sanitari su base distrettuale;

- l'esperienza condotta in questi anni nel settore dei servizi per anziani non autosufficienti rappresenta un utile patrimonio di esperienze, da aggiornare ed adeguare al nuovo contesto;
- è opportuno fornire criteri di indirizzo regionali per consentire ai Comuni ed ai Distretti delle Aziende Sanitarie Locali di migliorare l'attuazione della L.R. 5/94 nel nuovo contesto regionale;

Ritenuto necessario approvare, anche quale strumento di attuazione del Piano sanitario regionale, la direttiva allegata avente per oggetto "Adeguamento degli strumenti previsti dalla Legge 5/94 in attuazione del Piano Sanitario regionale con particolare riferimento alla semplificazione degli accessi ed al rapporto con i cittadini", al fine di promuovere una più omogenea attuazione degli obiettivi della L.R. 5/94 alla luce del mutato contesto organizzativo del sistema sanitario regionale, garantendo maggiore equità di accesso alla rete dei servizi ai cittadini anziani;

Dopo ampio confronto e discussione in merito alla direttiva oggetto della presente deliberazione, con le Istituzioni, le Organizzazioni Sindacali, i rappresentanti degli Enti gestori di servizi per anziani non autosufficienti;

Acquisito il parere della competente Commissione Consiliare Sicurezza Sociale espresso nella seduta del 22/7/1999;

Dato atto del parere favorevole espresso dal responsabile del Servizio Servizi Socio-sanitari dr. Graziano Giorgi e dal responsabile del Servizio Distretti sanitari Dott.ssa Maria Lazzarato in merito alla regolarità tecnica della presente deliberazione, per quanto di rispettiva competenza, ai sensi dell'art. 4, sesto comma, della L.R. 19 novembre 1992, n. 41 e della deliberazione della Giunta regionale n. 2541 del 4 luglio 1995;

Dato atto del parere favorevole espresso dal Direttore Generale Politiche sociali dr. Francesco Cossentino e dal Direttore Generale Sanità dr. Tiziano Carradori in merito alla legittimità della presente deliberazione, per quanto di rispettiva competenza, ai sensi dell'art. 4, sesto comma, della L.R. 19 novembre 1992, n. 41 e della deliberazione della Giunta regionale n. 2541 del 4 luglio 1995;

Su proposta congiunta dell'Assessore alle politiche sociali educative e familiari. Qualità urbana. Immigrazione. Aiuti internazionali e dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

- 1) di approvare per le ragioni espresse in narrativa la direttiva concernente "Adeguamento degli strumenti previsti dalla Legge 5/94 in attuazione del Piano Sanitario regionale con particolare riferimento alla semplificazione degli accessi ed al rapporto con i cittadini", quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- 2) di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna.

- - -

DIRETTIVA.

Adeguamento degli strumenti previsti dalla Legge 5/94 in attuazione del Piano Sanitario regionale con particolare riferimento alla semplificazione degli accessi ed al rapporto con i cittadini.

Dall'approvazione della Legge 5/94 ad oggi si sono sviluppate nel territorio regionale esperienze ricche e molteplici. Gli strumenti fondamentali proposti dalla legge sono ormai diffusi in modo generalizzato. Le diverse modalità di attuazione nei distretti per un verso rappresentano un elemento positivo, in quanto espressione delle specificità dei territori. Possono però rappresentare anche un limite da superare quando mettono di fatto in discussione il perseguimento di obiettivi fondamentali della LR 5/94. Nel nuovo contesto istituzionale e socio-demografico, anche alla luce degli obiettivi indicati nella proposta di Piano sanitario regionale, i principali obiettivi innovativi proposti dalla legge 5/94 mantengono la loro importanza strategica:

- costruzione di un sistema integrato dei servizi socio-sanitari per anziani con assunzione comune di responsabilità tra i diversi enti competenti;
- personalizzazione della "cura", sulla base della valutazione globale dei bisogni della persona anziana e del suo nucleo familiare;
- separazione della gestione della "domanda" dalla gestione dei "servizi";
- costruzione di percorsi che assicurino la continuità assistenziale da parte del sistema integrato, fornendo all'anziano e alla sua famiglia un riferimento chiaro e omogeneo.

Le principali criticità emerse nell'attuazione della LR 5/94 sono relative a:

- procedure eccessivamente complesse per l'attivazione della valutazione e l'accesso ai servizi;
- percorsi assistenziali e modelli di comunicazione con

l'anziano e la sua famiglia in contrasto con gli obiettivi fondamentali ed il modello assistenziale della Legge 5/94;

- lentezza in alcuni territori nel processo di costruzione della rete dei servizi e persistenza di logiche e modelli organizzativi e decisionali non orientati all'integrazione, istituzionale e organizzativa.

Per completare il processo di attuazione della LR 5/94 nel nuovo contesto organizzativo del sistema sanitario regionale al fine di:

- garantire omogeneità dei fini ed eguaglianza di opportunità ai cittadini residenti nella Regione;
- ridare vigore al progressivo raggiungimento degli obiettivi della LR 5/94, fornendo (tenendo conto delle esperienze condotte sino ad oggi) indicazioni per il miglior utilizzo degli strumenti previsti nella legge alla luce del nuovo contesto:
  - socio-demografico (aumento quarta età maggiore rispetto a quanto previsto nel 1993/1994, modifica di medio periodo dei modelli familiari e degli stili di vita)
  - istituzionale (legge Bassanini, nuovo ruolo enti locali, decentramento)
  - dei servizi sanitari (in particolare la ridefinizione del sistema ospedaliero e la diffusione di un modello unitario di cure domiciliari)
  - delle politiche di welfare (proposta riforma legge nazionale assistenza, adeguamento legislazione regionale, introduzione nuovi strumenti di intervento) nella prospettiva della sussidiarietà;
- semplificare le procedure e migliorare l'accesso alla rete dei servizi;

Si ritiene opportuno fornire le seguenti indicazioni operative.

INDICAZIONI OPERATIVE

## 1. ACCORDO DI PROGRAMMA

L'Accordo di programma ex art. 14 L.R. 5/94 può essere parte di un più generale Accordo di programma per la gestione di altre problematiche socio-sanitarie, come indicato dall'art. 183 della L.R. 21 aprile 1999 n. 3. Nella quasi totalità del territorio regionale sono stati siglati gli Accordi di programma previsti dall'art.14 della LR 5/94. In molti distretti si è già pervenuti alla sigla del rinnovo degli stessi Accordi. Si rileva una certa eterogeneità non soltanto nelle scelte organizzative, ma anche sui livelli di effettivo perseguimento degli obiettivi di integrazione.

La Regione ha orientato la propria azione per valorizzare il ruolo decisivo dell'Accordo di programma anche come interlocutore privilegiato per la costruzione della rete. In particolare per quanto riguarda i finanziamenti in conto capitale (Piano RSA ex art. 20 L. 67/88 II° e III° triennio e Piano riparto ex art. 42 LR 2/85 Bando 1998) ha chiesto, come condizione preliminare, la valutazione della congruità delle proposte con la programmazione territoriale da parte dell'organismo di governo dell'Accordo di programma. Anche sulla base dei pareri espressi nel corso delle istruttorie dei programmi di investimento citati in precedenza, si rileva la necessità di una riflessione sul pieno e convinto utilizzo dell'Accordo di programma previsto dalla LR 5/94 e su un deciso maggiore impegno da parte di Comuni ed Aziende USL.

In molte esperienze si rilevano elementi di criticità:

- accordo formale su generici obiettivi;
- assenza di organismi di gestione dell'Accordo;
- confusione tra il ruolo della Conferenza dei Sindaci o del Comitato di distretto e l'organismo di gestione dell'Accordo di programma;
- scarsa chiarezza sulle finalità proprie dell'Accordo non sempre visto come strumento/opportunità per assicurare migliori risposte (integrate) ai cittadini quanto come nuovo vincolo posto dalla legislazione regionale.

Occorre pertanto ribadire le finalità proprie dell'Accordo di programma quale strumento specifico per assicurare, sul piano programmatico, di allocazione delle risorse e di gestione degli accessi, la massima integrazione tra i servizi sociali e sanitari a favore delle persone anziane, ed in tale contesto sottolineare la piena responsabilità degli Enti locali e delle Aziende USL nella gestione dell'Accordo e nel raggiungimento degli obiettivi territoriali di integrazione.

Dalle esperienze si rilevano le seguenti come condizioni minime di efficacia che si propongono ai Comuni ed alle Aziende USL quale terreno di impegno per arricchire le esperienze già in atto:

1.1. Accordi di merito che definiscano:

- obiettivi, programmi di medio periodo, tempi e strumenti di verifica per realizzare la progressiva estensione nel proprio territorio di un sistema integrato di gestione della valutazione della domanda e dell'accesso alla rete dei servizio socio-sanitari integrati;
- definizione del modello organizzativo ed adeguato dimensionamento del Servizio Assistenza Anziani,
- programmi annuali di attività,
- organizzazione ed adeguato dimensionamento della/e UVGT,
- definizione delle risorse da destinare all'attività del SAA e criteri di ripartizione delle stesse,
- verifica almeno semestrale del grado di raggiungimento degli obiettivi, con approfondimento dei motivi dell'eventuale mancato raggiungimento degli stessi;
- definizione di strumenti di verifica degli obiettivi annuali;

1.2. Individuazione di precise responsabilità istituzionali e gestionali dell'Accordo (previsione di un organismo

snello di gestione e verifica dell'Accordo),

- 1.3. Individuazione di precise responsabilità professionali per la realizzazione degli obiettivi dell'Accordo di programma;
- 1.4. Destinazione annuale di specifiche risorse (professionali, finanziarie) per l'attività del SAA.

Negli ultimi anni si sono sviluppate esperienze che hanno affrontato con nuovi strumenti il tema dell'integrazione, non soltanto della valutazione della domanda e dell'accesso alla rete, ma anche della gestione dei servizi stessi. In linea di massima tali nuovi strumenti si propongono la gestione integrata di particolari servizi e quindi possono coesistere e/o derivare dall'Accordo di programma. Qualora invece tali strumenti vedano coinvolti tutti i soggetti sottoscrittori dell'Accordo di programma previsti dalla LR 5/94 e si propongano obiettivi che includono quelli previsti dall'art. 15 e 16 della LR 5/94 possono di fatto sostituire gli strumenti previsti dalla LR 5/94 (Accordo di programma, Servizio Assistenza Anziani) a condizione che ciò venga evidenziato negli atti costitutivi. In tal caso detti strumenti assicurano anche i necessari flussi informativi.

Nella prossima discussione sulla proposta di legge di riforma della LR 2/85 si valuteranno le forme di gestione capaci di apportare una risposta più avanzata alla necessità di integrazione, anche alla luce delle esperienze condotte mediante gli Accordi di programma per l'assistenza agli anziani.

## 2. SERVIZIO ASSISTENZA ANZIANI (SAA)

La Regione ha orientato la propria azione per valorizzare il ruolo decisivo del SAA. In particolare per quanto riguarda i finanziamenti regionali ex art 41 per la spesa di gestione :

- parte significativa dei finanziamenti concessi nel 1995 e del 1996 sono stati destinati ad iniziative finalizzate a rafforzare il SAA e suoi strumenti di intervento (responsabile del caso);
- il progetto di iniziativa regionale del 1997 è stato



finalizzato esclusivamente al potenziamento del SAA ed anche il progetto di iniziativa regionale 1998 ha sottolineato come lo sviluppo delle attività proposte (Adi e/o demenze) dovesse avvenire nella prospettiva del rafforzamento del SAA.

E' opportuno richiamare le principali finalità del SAA, sviluppando quanto già indicato sinteticamente nella legge 5/94:

- a) garantire la valutazione del bisogno della popolazione anziana non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza, al fine di massimizzare la coerenza tra domanda ed offerta di servizi;
- b) garantire il coordinato utilizzo della rete, attraverso la gestione degli accessi tenuto conto delle disponibilità esistenti e delle opzioni del cittadino. A tal fine occorre garantire in tutti i distretti un sistema di accesso alla rete dei servizi per anziani unificato. Il punto unico di accesso, analogamente a quanto previsto nella deliberazione GR 124 dell'8/2/99 sull'organizzazione delle cure domiciliari, non rappresenta un unico luogo fisico, ma la strutturazione integrata tra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini. E' la effettiva costruzione di un sistema a rete, articolato nel territorio, che realizza l'unicità dell'accesso;
- c) ottimizzare la qualità degli interventi ;
- d) realizzare congiuntamente con il Distretto il collegamento operativo e le sinergie professionali fra i servizi socio-sanitari integrati, i servizi sanitari del distretto e del/i presidio/i ospedaliero/i di riferimento, al fine di assicurare continuità assistenziale e di cura e appropriatezza tra servizi attivati e bisogni valutati;
- e) monitorare la domanda attuale e potenziale della popolazione anziana residente per offrire indicazioni alla programmazione territoriale ed alla corretta allocazione delle risorse;
- f) raccogliere ed elaborare i dati informativi in modo

approfondito sulla domanda, sulla attività delle UVGT e dei servizi della rete, ed in generale sui servizi per gli anziani presenti nel territorio di riferimento;

- g) realizzare programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni, anche assicurando la consulenza ai servizi della rete;
- h) svolgere attività di informazione sui servizi esistenti sul territorio, sulle modalità e sui criteri di accesso;
- i) promuovere ed organizzare in collaborazione con gli enti istituzionalmente preposti, le attività di aggiornamento e formazione del personale della rete dei servizi e dei "caregivers" non professionali;
- j) promuovere ed organizzare, in accordo con il Distretto, le campagne di informazione ed educazione alla salute rivolte alla popolazione anziana;
- k) coordinarsi con i SAA degli altri distretti attivi nell'ambito del territorio provinciale, al fine di scambiare informazioni e di sviluppare forme di collaborazioni sovradistrettuali.

L'attività dei SAA in questi anni si è sviluppata progressivamente raggiungendo, generalmente, soltanto alcuni delle finalità soprarichiamate.

Le aree di maggiore criticità rilevate sono state le seguenti:

- scarso ruolo, identità e collocazione del SAA;
- rapporti con i cittadini;
- carenza di risorse e specifiche competenze professionali;
- rapporti con i servizi della rete;
- coinvolgimento strutturato dei medici di medicina generale;
- Relativo perseguimento degli obiettivi di monitoraggio della domanda, di informazione e sostegno delle famiglie,

della diffusione della corretta pratica assistenziale, di promozione della formazione e dell'aggiornamento.

E' pertanto urgente dare nuovo impulso all'attività dei SAA anche per dare soluzione ad un problema che è stato da più parti sollevato: semplificare le procedure d'accesso e di presa in carico e rendere più trasparente e chiara la comunicazione con il cittadino.

E' necessario ribadire che il cittadino, a seguito dell'attivazione del SAA, ha diritto ad una comunicazione. La proposta del SAA, a seguito della valutazione globale, può senz'altro differire dalle richieste dell'anziano e/o dei suoi familiari, fermo restando l'obbligo di una corretta comunicazione:

- scritta, tempestiva e chiara;
- che prospetti le soluzioni compatibili con le risorse attivabili nel territorio;
- che, in caso di "presa in carico", identifichi chiaramente il responsabile del caso e le modalità per contattarlo.

Assicurare un percorso di continuità assistenziale nell'accesso ai servizi della rete è compito del SAA, dei servizi della rete e dei servizi sanitari, compito che non può essere fatto ricadere sull'anziano e/o sui suoi familiari. Le comunicazioni con anziani e familiari, le scelte organizzative, le prassi operative, la modulistica debbono essere improntate a quanto sopra, evitando comunque comunicazioni meramente burocratiche. Ciò anche in considerazione della necessità anzitutto di rispettare le opzioni dell'anziano e di valorizzare le disponibilità, le risorse e gli impegni assistenziali dei familiari. Non va sottovalutata l'influenza del tipo di comunicazione nella complessa relazione che si stabilisce tra anziani/famiglia/servizi, relazione che è anche compito del SAA far evolvere come "alleanza" terapeutica, prestando ascolto ed attenzione alle opzioni ed al gradimento dell'anziano e dei familiari.

Si ribadisce la necessità semplificare i percorsi e di evitare ogni duplicazione (Dipartimenti, Unità operative, etc.) che contraddicono gli obiettivi della LR 5/94 e rendono più complesso il percorso assistenziale ed il rapporto con i

cittadini.

Dalle esperienze si rilevano le seguenti come condizioni minime di efficacia che si propongono quale terreno di impegno per arricchire le esperienze già in atto:

- identità, chiarezza di funzione ed autonomia organizzativa e professionale del SAA, alla luce della nuova organizzazione distrettuale contenuta nella proposta di Piano sanitario regionale;
- dotazione di un organico proprio impegnato nell'attività del SAA, in relazione alle dimensioni territoriali ed ai programmi di attività approvati dall'Accordo di programma;
- imparzialità ed equità nella gestione dei rapporti con i servizi;
- definizione di strutturate relazioni con Responsabile di Distretto e Responsabile presidi ospedalieri di riferimento della popolazione anziana residente;
- effettiva disponibilità delle risorse relative alla gestione della "domanda";
- individuazione di precise responsabilità professionali (prevedere un Responsabile del SAA, professionalmente competente e funzionalmente impegnato - a tempo pieno o parziale in relazione alla dimensione dell'attività - a perseguire i compiti propri definiti dell'Accordo di programma),
- consolidamento del ruolo e di adeguate risorse per la funzione di responsabile del caso.

A prescindere dalla collocazione fisica (che comunque deve garantire facilità di accesso per gli utenti, essere articolata sul territorio e favorire l'integrazione tra servizi e tra operatori), è necessario ribadire che il SAA è strumento sia dei Comuni che del Distretto dell'AUSL. Il SAA ha funzioni proprie (attuazione tecnica degli obiettivi dell'Accordo di programma per il governo integrato dell'accesso ai servizi della rete), ma può anche svolgere funzioni delegate o dai

Comuni o dal Distretto. In quest'ultimo caso il Responsabile del SAA agisce su esplicito mandato e risponde al soggetto delegante. In ogni caso il responsabile del SAA coadiuva il Responsabile del Distretto nel garantire l'integrazione fra i servizi sociali e quelli sanitari per la popolazione anziana e pertanto partecipa ai momenti di coordinamento e direzione strategica del distretto. Scelte organizzative che di fatto ripropongano modelli separati di intervento e attività del SAA non integrate contraddicono uno degli obiettivi di fondo della LR 5/94: la costruzione di un servizio unico per il coordinamento e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie a favore delle persone anziane. Il carattere non aziendale del Servizio Assistenza Anziani evidenzia l'incongruenza di forme di coordinamento aziendale degli strumenti tecnici del SAA (UVGT e Responsabili del caso) e l'opportunità di promuovere momenti formalizzati di confronto dei SAA nell'ambito provinciale di riferimento.

Obiettivo strategico per i SAA è la semplificazione delle procedure di valutazione e di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari. A tal fine è necessario:

- 1) definire in modo condiviso percorsi semplici e tempi massimi per valutazione e per la presa in carico;
- 2) definire protocolli per condizioni di emergenze (dimissioni ospedaliere, improvvise modifiche equilibri familiari, etc.) e tempestività per valutazione e presa in carico con tempi ridotti, con relativi criteri di individuazione;
- 3) monitorare i tempi di attesa tra attivazione del SAA, valutazione ed accesso alle diverse tipologie dei servizi della rete;
- 4) adottare procedure condivise per assicurare la continuità assistenziale;
- 5) adottare strumenti di comunicazione condivisi tra i diversi attori del sistema (UVGT, medico di medicina generale, singoli punti della rete e presidi ospedalieri) e con l'anziano e/o familiari.

Si ritiene opportuno inoltre che gli Enti sottoscrittori degli

Accordi di programma valutino la necessità di impegnare maggiormente i SAA nelle seguenti aree di attività:

- Attività di sostegno alle famiglie mediante l'attivazione di consulenze psicologiche, assistenziali, giuridico-legali, promozione e sostegno gruppi auto-aiuto, corsi di formazione per familiari che assistono anziani, come già suggerito dal Programma di iniziativa regionale Area anziani (art. 41 LR 2/85 anno 1998) per l'area demenze. Questa attività di sostegno alle famiglie è ritenuta strategica e come tale deve diventare uno dei terreni di maggiore novità nell'attività dei SAA. In questo settore è fondamentale il supporto dell'UVGT così come il coinvolgimento di alcuni servizi della rete (sia per estendere le forme di assistenza di "sollievo" a ciclo diurno e residenziale, sia per attivare incontri di formazione/sostegno/verifica dopo il ritorno a domicilio). E' opportuno assicurare il coinvolgimento e la valorizzazione delle associazioni attive nel territorio, evitando però duplicazioni di percorsi, collegando ogni iniziativa con l'impianto a rete previsto dalla LR 5/94. E' opportuno evidenziare la necessità di attivare anche forme specifiche di consulenza/ascolto/sostegno dei familiari che assistono direttamente anziani non autosufficienti, senza la presa in carico da parte di uno dei servizi della rete;
- informazione sui servizi e sulle opportunità esistenti nel territorio, sviluppando i necessari collegamenti con gli Uffici relazioni con il pubblico dei Comuni e dell'Azienda USL;
- Promozione di attività di educazione/informazione rivolte a target specifici di popolazione;
- Promozione attività di formazione e aggiornamento;
- Adozione programma specifico per incrementare il coinvolgimento dei medici di medicina generale;
- Attivazione programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni, anche assicurando la consulenza necessaria ai servizi della rete, al fine di:

- sviluppare una adeguata cultura assistenziale e incrementare il grado di qualificazione delle prestazioni;
- omogeneizzare progressivamente gli approcci assistenziali e i sistemi professionali e diffondere la miglior pratica su specifiche problematiche assistenziali, anche proponendo l'adozione comune di specifici protocolli assistenziali;
- Sistema informativo, elaborazione dei dati sulla domanda, sulla attività delle UVGT e dei servizi della rete e predisposizione rapporto annuale sull'attività del SAA. Con successiva circolare saranno indicati i dati di funzionamento e di attività che, per una prima fase, costituiscono a cadenza annuale il debito informativo nei confronti della Regione, tenendo conto comunque dell'esigenza di assicurare l'integrazione tra i diversi sistemi informativi ai diversi livelli.

Il Responsabile del SAA è tenuto nel corso dell'anno a segnalare all'Organismo di gestione e verifica dell'Accordo di programma eventuali non applicazioni di azioni previste nel programma annuale, evidenziando le specifiche motivazioni e responsabilità.

### 3. Unità di Valutazione Geriatrica Territoriale

Le Unità di valutazione geriatrica territoriale sono state attivate in tutto il territorio regionale. La diffusione del metodo di valutazione globale del bisogno dell'anziano è stato senz'altro uno dei risultati realizzati con la LR 5/94. Da una recente indagine sull'attività delle UVGT è emerso l'utilizzo di un elevato numero di scale e strumenti di valutazione in ambito regionale. L'esigenza di maggiore omogeneità sarà oggetto di approfondimento da parte di un gruppo di lavoro regionale come previsto dalla Delibera GR 124 dell'8/2/1999, con particolare riferimento alla promozione di un modello omogeneo di valutazione per le cure domiciliari. Con maggior forza è stato segnalato il rischio di un inopportuno dilatarsi del tempo che intercorre tra la segnalazione del bisogno dell'anziano, la valutazione globale e l'attuazione del programma personalizzato di assistenza. Da alcuni è stato anche

paventato il rischio che l'arricchimento derivante da una più attenta valutazione del bisogno comporti un ritardo se non un ostacolo all'accesso ai servizi. E' questo un tema di assoluta rilevanza in quanto incide direttamente sulla effettiva fruizione dei servizi e sui diritti dei cittadini. Occorre pertanto ribadire che la finalità principale della valutazione globale è quella di avvicinare la "cura" ai bisogni del singolo anziano ed è pertanto orientata non ad una classificazione ma alla predisposizione ed attuazione di un programma di assistenza personalizzato. La valutazione globale non può ridursi ad esercizio virtuale ed accademico, deve essere finalizzata a massimizzare la coerenza tra "domanda" e risposta assistenziale. E' in relazione alla complessità dei soggetti anziani da assistere ed alla concreta possibilità di accesso ai servizi della rete che va articolato il livello di approfondimento della valutazione. E' pertanto opportuno e necessario che si avvii un processo di semplificazione anche mediante il maggiore coinvolgimento del medico di medicina generale e del responsabile del caso nel livello di base della valutazione e dell'accesso alla rete dei servizi. L'UVGT deve governare questo processo definendo, in accordo con i medici di medicina generale:

- percorsi formativi finalizzati all'acquisizione di competenze in materia di valutazione globale;
- protocolli operativi per la definizione di situazioni che prevedano un ruolo più attivo del medico di base, in collaborazione con il responsabile del caso;
- programmazione delle attività comuni, orientando a tal fine la definizione dei propri orari di attività. Questo percorso di semplificazione e coinvolgimento dovrà essere graduale e progressivo e potrà iniziare a realizzarsi inizialmente in almeno tre ambiti di intervento:
- l'Adi, con riferimento a quanto già previsto nella direttiva regionale sulla riorganizzazione delle cure domiciliari;
- l'assegno di cura, nella valutazione e nella proposta concessione dell'assegno di cura, per le situazioni a minor carico assistenziale (livello B e C) e nella rivalutazione dei casi;



- le demenze, per quanto riguarda la necessità di affidare ai medici di medicina generale un ruolo importante nella segnalazione del dubbio diagnostico di demenza e nella gestione del soggetto demente assistito a domicilio, secondo le linee che verranno definite nel Programma regionale per le demenze. In ogni caso debbono essere assicurate idonee procedure di comunicazione dei dati relativi agli accessi semplificati al Servizio Assistenza Anziani.

Dalle esperienze in atto si evidenziano i seguenti rischi da evitare:

- trasformazione dell'UVGT in soggetto esperto solo nella valutazione che ordina ad altri (servizi della rete) cosa fare, senza responsabilità in merito alla gestione dell'accesso ai servizi ed all'utilizzo delle risorse;
- separazione tra UVGT e rete dei servizi;
- distorsione del ruolo professionale dell'UVGT e connotazione burocratica-certificatoria della sua attività;
- senso di abbandono da parte del cittadino utente che vede "certificata" la sua condizione di bisogno da un organismo tecnico e rischia di non ricevere alcun servizio per mancanza di disponibilità di risorse. L'attività dell'UVGT deve essere incardinata nel SAA e la conoscenza delle condizioni professionali ed organizzative dei servizi della rete, delle contingenti possibilità dei servizi è condizione indispensabile per la formulazione di piani di assistenza individualizzati "realistici", individuando e negoziando la soluzione migliore possibile in quel momento per il singolo anziano. Proprio per permettere alle UVGT di svolgere appieno al proprio ruolo occorre procedere gradualmente alla diffusione della cultura e degli strumenti di valutazione geriatrici capaci di semplificare l'accesso e la valutazione per le situazioni meno complesse. In tal modo le UVGT potranno focalizzare la propria attività sui casi più complessi e svolgere funzioni di supporto e qualificazione dei servizi della rete (diffusione corretto approccio geriatrico e gerontologico, favorire

l'adozione di protocolli assistenziali ad iniziare dalle problematiche assistenziali più rilevanti), sviluppando così un profondo radicamento nel territorio e nella rete dei servizi ed un senso di appartenenza comune, qualificandosi come soggetto esperto-consulente della rete dei servizi e delle famiglie. A partire dal 1999 a livello di SAA, in accordo con le UVGT vengono definiti:

- a) un programma per il progressivo coinvolgimento dei medici di medicina generale, previa adeguata formazione e condivisione di protocolli operativi, nella fase di valutazione dell'anziano, a partire dalle procedure di accesso all'ADI secondo quanto indicato nella delibera della Giunta regionale n. 124 dell'8/2/1999 sull'organizzazione delle cure domiciliari;
- b) un programma di semplificazione delle valutazioni secondo le indicazioni e gli orientamenti in precedenza riportati, che garantisca:
  - tempi brevi tra la richiesta di attivazione e la valutazione/accesso;
  - continuità nell'attività delle UVGT senza sospensioni nei periodi estivi e/o festivi;
  - l'identificazione di criteri selettivi per l'emergenza e percorsi di attivazione rapidi;
- c) un programma di attività dell'UVGT quale esperto-consulente dei servizi della rete e delle famiglie che assistono anziani non autosufficienti;
- d) un programma condiviso con i presidi ospedalieri di più frequente riferimento per la popolazione anziana del distretto in attuazione dell'art. 19 della L.R. 5/94.

Si sottolinea l'assoluta necessità che il SAA e le UVGT siano messi nelle condizioni di partecipare attivamente alla definizione delle linee e dei protocolli aziendali per la dimissione dai reparti di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva, da definirsi in base alla Direttiva

regionale approvata con deliberazione della Giunta regionale n. 1455 del 28/7/97.

Si suggerisce l'opportunità che il Servizio Assistenza Anziani adotti un regolamento organizzativo dell'UVGT ed assicuri il necessario supporto amministrativo all'attività della stessa.

#### 4. Responsabile del caso

La funzione prevista dall'art. 18 della LR 5/94 è una delle novità più rilevanti della legge stessa. Il responsabile del caso è chiamato ad accompagnare l'anziano e la famiglia lungo l'intero percorso assistenziale, attivando i ruoli, gli organismi e i servizi necessari per la valutazione e la gestione della domanda. Con la propria attività il responsabile del caso concorre al perseguimento delle finalità proprie del SAA ed in particolare per:

- monitorare la domanda attuale e potenziale della popolazione anziana residente per offrire indicazioni alla programmazione territoriale ed alla corretta allocazione delle risorse;
- segnalare le priorità dei programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni,
- garantire l'informazione sui servizi esistenti sul territorio, sulle modalità e sui criteri di accesso;
- segnalare i bisogni di aggiornamento che indirettamente emergono come prioritari dal costante rapporto con i servizi della rete, con un'attenzione particolare ai bisogni dell'anziano e delle famiglie.

Il responsabile del caso, inoltre, ha un ruolo specifico per:

- garantire la massima coerenza possibile fra la domanda e l'offerta di servizi all'anziano e alla famiglia, attraverso l'attivazione della relazione con l'anziano e la famiglia, la valutazione di primo livello congiuntamente al medico di medicina generale, la partecipazione alla predisposizione del programma di assistenza,

l'accesso ai servizi [nel caso di bisogni non complessi] o l'attivazione degli organismi di valutazione di livello più complesso, la verifica dell'attuazione degli interventi previsti dai programmi assistenziali personalizzati, la proposta di rivalutazione da parte dell'UVGT e l'adeguamento dei piani di assistenza personalizzati in relazione ai mutati bisogni dell'anziano;

- garantire una forte integrazione con i ruoli sanitari, in particolare con il medico di medicina generale;
- mantenere e sviluppare relazioni professionali e operative con i servizi della rete integrata socio-sanitari e con i servizi sanitari (distretto, presidi ospedalieri) al fine di incrementare la continuità nell'azione di assistenza agli anziani e alle loro famiglie. Nel processo di semplificazione in precedenza richiamato, il responsabile del caso (assistente sociale) assieme al medico di medicina generale (responsabile sanitario del caso) è chiamato ad assumere progressivamente un rilevante ruolo nella prima valutazione della domanda e di indirizzo successivo. Il responsabile del caso inoltre sempre più deve essere messo nelle condizioni di assumere il ruolo di controllo sull'attuazione degli interventi previsti nel programma assistenziale personalizzato, garante del rispetto dei diritti dell'anziano e della sua famiglia e loro costante riferimento.

In questa prospettiva si richiama:

- l'opportunità di evitare possibili commistioni di ruolo derivanti dalla coincidenza della funzione di responsabile del caso e di responsabile di uno dei servizi della rete;
- la necessità di una costante e strutturato rapporto tra responsabile del caso e UVGT, prevedendo ove possibile il responsabile del caso membro effettivo dell'UVGT quale assistente sociale della stessa, salvaguardando comunque eventuali esperienze che pur strutturate diversamente assicurino il raggiungimento degli obiettivi di integrazione e continuità assistenziale.

Dalle esperienze in atto si rilevano le seguenti come condizioni minime di efficacia che si propongono quale terreno di impegno per consolidare e qualificare la funzione del responsabile del caso:

- riconoscimento e copertura del ruolo da parte dei Comuni;
- stretta interconnessione operativa con il SAA, che valorizza e difende il ruolo del responsabile del caso;
- elevato livello professionale e ottima conoscenza dei casi seguiti;
- assegnazione delle responsabilità necessarie alla tutela dei diritti e dei bisogni degli anziani e attribuzione del relativo potere decisionale;
- separazione della responsabilità del servizio da quella del caso;
- indicazione del numero dei casi da assegnare ad ogni responsabile del caso, tenendo conto dell'intensità degli stessi e delle peculiarità del territorio e dell'articolazione della rete dei servizi.

I Comuni sono invitati ad impegnarsi per rafforzare la funzione del responsabile del caso garantendo a partire dal 1999 un potenziamento delle risorse professionali destinate a questa funzione. Anche mediante forme di coordinamento in ambito provinciale, i SAA promuovono iniziative di aggiornamento e qualificazione destinate ai responsabili del caso secondo indicazioni omogenee che saranno oggetto di specifica circolare regionale.

- - - - -