

Progetto regionale di studio e monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria

Livelli essenziali di assistenza, bisogni e diritti delle fasce deboli della popolazione

GIUNTA REGIONALE CAMPANIA
Settore Fasce Particolarmente deboli



REGIONE CAMPANIA
Agenzia Regionale Sanitaria



FONDAZIONE E. ZANCAN
Onlus di ricerca scientifica di rilevante interesse sociale



Comitato tecnico scientifico

Coordinamento:

Antonio Gambacorta, Tonino Pedicini, Rosanna Romano, Pierluigi Cerato, Tiziano Vecchiato

Tavolo Tecnico:

Giuseppina Arcaro, Eugenio Bruno, Loredana Cafaro, Cinzia Canali, Giuseppe Cirillo, Guido Corbisiero, Fabio Di Carluccio, Francesco Esposito, Salvatore Esposito, Maria Femiano, Annarita Greco, Floriana Laneri, Antonio Musto, Margherita Palatucci, Mario Petrella, Renato Pizzuti, Roberto Pirro, Flora Savastano, Fabrizio Starace.

Rapporto a cura di:

Cinzia Canali, Tiziano Vecchiato.

Elaborazione dati:

Giulia Barbero, Cinzia Canali.

Indice

Prima parte - Introduzione

Monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria: programmazione degli interventi e monitoraggio dell'appropriatezza p. 7
Antonio Gambacorta e Tonino Pedicini

Verso un sistema regionale integrato di servizi alla persona: riavvicinare i cittadini ai servizi sanitari e socio-sanitari » 9
Rosanna Romano

Monitoraggio e informatizzazione delle prestazioni socio-sanitarie » 13
Pier Luigi Cerato

Seconda parte - Indicazioni dalla sperimentazione

Classificazione e monitoraggio dei livelli di assistenza socio-sanitaria » 17
Cinzia Canali e Tiziano Vecchiato

Definizione e classificazione delle risposte » 18

Sviluppi qualitativi e quantitativi » 19

La strategia di classificazione e monitoraggio » 21

La prima fase di attuazione del monitoraggio » 24

a. Obiettivi e azioni

b. Sintesi dei risultati

La seconda fase di monitoraggio dei livelli » 30

a. Obiettivi e azioni

b. Sintesi dei risultati

La fase di rilevazione » 33

La fase di valutazione del bisogno » 39

Gli interventi erogati » 56

Terza parte - Conclusioni

Potenzialità e sviluppi futuri » 73
Tiziano Vecchiato

Bibliografia » 77

Prima parte

Introduzione

Monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza
socio-sanitaria: *programmazione degli interventi
e monitoraggio dell'appropriatezza*

Antonio Gambacorta e Tonino Pedicini

Verso un sistema regionale integrato di servizi
alla persona: riavvicinare i cittadini
ai servizi sanitari e socio-sanitari e socio-sanitari

Rosanna Romano

Monitoraggio e informatizzazione delle prestazioni
socio-sanitarie

Pier Luigi Cerato

Monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria: *programmazione degli interventi e monitoraggio dell'appropriatezza*

Antonio Gambacorta e Tonino Pedicini

Nel nostro Sistema Sanitario Regionale vi sono risorse professionali, tecnologie e competenze specifiche di grande spessore, che non sono adeguatamente valorizzate ma che anzi spesso restano oscurate da un'immagine negativa che pochi, con prassi disinvolute, contribuiscono a produrre, generando sfiducia nei confronti del sistema di offerta dei servizi e degli operatori sanitari.

Far emergere e mettere a regime lo sforzo, l'operato e la dedizione degli operatori del territorio nel costruire un adeguato sistema di offerta di servizi è uno degli obiettivi che guida le scelte di questo Assessorato Regionale alla Sanità insieme con l'Arsan nella definizione dei percorsi socio-sanitari.

Nell'ottica di ottimizzare tali esperienze e i risultati maturati a livello territoriale, l'Assessorato ha scelto di dotarsi di un proprio sistema regionale di monitoraggio delle prestazioni socio-sanitarie che segua, dal suo interno, la corretta applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Un sistema di monitoraggio che, adeguandosi al mutato quadro normativo, persegua la finalità di costruire una banca dati sulle prestazioni territoriali.

Tutto ciò al fine di costruire uno strumento in grado di determinare e guidare le scelte di programmazione ed organizzazione dei servizi, orientati ai bisogni del cittadino, tenendo in debito conto:

- l'appropriatezza dell'offerta socio-sanitaria,
- una chiara definizione dei compiti e ruoli degli enti coinvolti,
- una chiara assunzione della responsabilità organizzative e valutative.

La Giunta Regionale fin dal 2004 con DGRC n. 476, si è avvalsa della collaborazione dell'Arsan per realizzare le attività del primo biennio di programmazione del "Monitoraggio ed informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. nei livelli di assistenza socio-sanitaria".

Come evidente l'intento non era certamente solo il controllo della spesa, si voleva porre particolare attenzione alle modalità di presa in carico del cittadino utente, agli strumenti di valutazione dei bisogni, alle modalità di collaborazione intra ed extra aziendali (Servizi Sociali, Scuola, Lavoro) ma, soprattutto sul ruolo degli enti erogatori nei confronti dei quali il sistema pubblico non deve esprimere un ruolo di verifica in termini esclusivamente contabili, ma prioritariamente valutando qualità e appropriatezza dell'offerta, attuando compiutamente il moderno ruolo di "governance" che lo caratterizza.

La Giunta Regionale con atto deliberativo n. 2105 il 31 dicembre u.s. "*Monitoraggio ed Informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M. 29.11.2001, Presa d'atto dei risultati del Progetto di monitoraggio LEA SOCIOSAN e definizione del percorso di stabilizzazione del sistema di rilevazione denominato LEA SOCIOSAN*" completata la fase preliminare e di avvio, ha posto le basi per la infrastruttura operativa dei LEA socio-sanitari, in continuità con i Progetti di monitoraggio e informatizzazione dei LEA socio-sanitari dal 2005/06/07, ma soprattutto sono state poste le premesse per garantire il rispetto del debito informativo ministeriale per le prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari stabilite dal DM del 17/12/08, pubblicato sulla G.U. n. 6 del 9/01/09.

Verso un sistema regionale integrato di servizi alla persona: riavvicinare i cittadini ai servizi sanitari e socio-sanitari

Rosanna Romano

Gli interventi che l'Assessorato alla Sanità si propone di realizzare rispondono ad una logica programmatica di organizzazione di un modello di sistema integrato di assistenza socio-sanitaria, così come già indicato nel D.Lgs. 229/1999 e nella L. 328/2000 e recepito nel piano sanitario nazionale 2006/2008.

Questo modello di *rete assistenziale e di presa in carico* si realizza con la sinergia del sistema di servizi proposto dagli indirizzi regionali nei Piani delle Attività Territoriali, curati dai Distretti Sanitari delle AA.SS.LL., e nei Piani di Zona Sociali redatti dai Comuni riuniti in Ambiti Territoriali. In tal modo si intende promuovere una uniformità assistenziale, sociale e sanitaria, che eviti inutili e dannose frammentazioni con una attenzione particolare alla verifica ed al monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni.

L'orientamento nel definire i percorsi di riqualificazione delle prestazioni erogate in regime di integrazione socio-sanitaria è di favorire la domiciliarità e la semiresidenzialità, in un'ottica di valorizzazione e sostegno delle risorse familiari e della rete di relazioni sociali attivabili sul territorio. Le attività che occorre svolgere sono:

- a. raccordare e stabilizzare i sistemi informativi e di monitoraggio delle prestazioni erogate;
- b. implementare e diffondere lo strumento della valutazione multidimensionale e del progetto individualizzato per una corretta individuazione del bisogno;
- c. definire il sistema delle cure domiciliari secondo i profili assistenziali e il bisogno clinico;
- d. diffondere prassi di assistenza delle persone con gravi disabilità, anziani, minori ecc. uniformi per contenuti e modalità di erogazione nel territorio regionale, anche prevedendo nei bilanci dei comuni risorse dedicate per evitare la sanitarizzazione dei problemi;
- e. definire procedure univoche di accesso e di presa in carico del paziente unificando il sistema di offerta presente sul territorio e riqualificandone le proposte in base ai bisogni;
- f. riqualificare la spesa sanitaria incrementando all'interno dei bilanci aziendali la voce destinata alle cure domiciliari;
- g. consolidare e promuovere forme di integrazione dei MMG e PLS tra loro, fra i MMG - PLS e il Distretto/Ambito Territoriale, favorendo la continuità assistenziale e il 118, a partire dall'UTAP;

- h. promuovere e diffondere linee guida e protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura;
- i. aggiornare e qualificare il personale.

La programmazione strategica degli interventi territoriali deve pertanto essere orientata:

- a prevedere interventi che rispondano al principio della deospedalizzazione e della riduzione della residenzialità impropria,
- a individuare soluzioni modulari e per la presa in carico dei soggetti fragili.

In tale contesto è qualificante, nonché imprescindibile la programmazione intersettoriale, poiché il sistema di offerta nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria è duplice, e la dicotomia dell'approccio settoriale al problema è superato dalla condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto (Piano Sanitario Nazionale 2006-2008).

In prospettiva, quindi, la programmazione e progettazione condivisa di una rete territoriale dei servizi ed interventi socio-sanitari deve essere messa in linea con un processo di sviluppo e consolidamento degli strumenti di integrazione gestionale e professionale che possano garantire la presa in carico della persona e il superamento di politiche settoriali di risposta al bisogno complesso.

Si deve affermare come processo culturale oltreché professionale il concetto di progetto individualizzato, definito dal Ministero della Salute come Pai-Piano assistenziale individualizzato, quale strumento per la realizzazione di un percorso condiviso ed unitario socio-assistenziale.

In questo contesto si ribadisce la necessità strategica di lavorare su tre nodi problematici :

- *accesso unitario alle prestazioni (PUA)*
- *valutazione multidimensionale*
- *progetto personalizzato - definizione della responsabilità del caso (case / care manager)*

Volano di tale processo è l'attività connessa alla pianificazione, attuazione, esecuzione dei progetti ed azioni di sistema finanziati a valere sui fondi finalizzati del Fondo Sanitario e mirati ad attuare specifici obiettivi del Piano Sanitario Nazionale del triennio 2006-2008. Tali progetti realizzati a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96 e definiti nell'ambito della concertazione Stato-Regioni hanno carattere prioritario nell'ambito degli interventi promossi dall'assessorato alla Sanità e concorrono alla realizzazione della rete territoriale e alla promozione di interventi rivolti alla presa in carico dei soggetti fragili, non autosufficienti e con disagio mentale.

Inoltre, assumono una centralità all'interno di questo complessivo percorso di riqualificazione del sistema di offerta tutte le azioni definite quali azioni che tracciano linee strategiche e metodologiche trasversali:

a. *Monitoraggio ed informatizzazione dei Lea Socio-sanitari* erogati dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M 29.11.2001. –D.G.R.C. 2105 del 31/12/2008 sono stati forniti le indicazioni metodologiche e gli elementi utili all'implementazione e sviluppo all'interno di ciascuna Azienda del sistema di rilevazione indicato con il termine "LEA SOCIO SAN".

La scelta strategica di rafforzare il percorso già avviato con il progetto di informatizzazione e monitoraggio dei lea socio-sanitari (ex D.G.R.C. 476/2004 e 2040/2006) nasce dall'esigenza di rispondere alle prescrizioni ed indicazioni contenute nei decreti ministeriali di recente emanazione (G.U. del 9 gennaio u.s.) che istituiscono le banche dati delle prestazioni residenziali e semiresidenziali e dell'assistenza domiciliare, nonché dall'esigenza complessiva di misurare in modo puntuale l'offerta distrettuale di servizi socio-sanitari.

b. *Programmazione delle Attività territoriali socio-sanitarie – PAT – (D.G.R.C.1813/2007)*, che nella programmazione regionale riveste la duplice veste di strumento di programmazione e strumento di analisi delle risorse finalizzato ad organizzare e articolare l'assistenza sanitaria primaria e l'integrazione socio-sanitaria nel distretto; esso è difatti uno strumento di analisi dell'offerta e di identificazione delle risorse, e, in quanto documento di programmazione è il risultato di una "pianificazione strategica" che si fonda su alcuni principi della programmazione:

1. definitiva stabilizzazione delle U.V.I. – Unità di Valutazione Integrata organizzata a livello di distretti /ambiti Territoriali, anche attraverso l'approvazione dei relativi regolamenti di funzionamento
2. coincidenza nelle modalità di redazione dei Programmi Attività Territoriali P.A.T. e dei Piani di Zona Sociali – P.d.Z.
3. diffusione della metodologia dei progetti personalizzati
4. utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale condivisi
5. concertazione tra AASSLL e i rispettivi Ambiti territoriali da realizzare nei luoghi istituzionali a tal scopo deputati – coordinamenti istituzionali, conferenza dei sindaci - in particolare per la parte dedicata all'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e di cui al DPCM 29/11/2001 tab. 1C delle otto prestazioni compartecipate, attivando a livello regionale un modello di compartecipazione da sviluppare a livello locale.

c. *Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro strategico Nazionale 2007-2013 approvato con D.G.R.C. 210 del 6/2/2009*. Nell'ambito della Programmazione Unitaria 2007-2013, il Dps-Dipartimento Sviluppo Economico ha definito di

concerto con le amministrazioni Centrali competenti per settore il recepimento della qualità della vita dei cittadini delle Regioni Obiettivo Convergenza-ex Obiettivo. A tali regioni è stato richiesto di elaborare specifici *Piani di Azione* nei quali fossero definite le strategie per il raggiungimento degli obiettivi definiti. Nell'ambito dell'Obiettivo 2 "Aumentare i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro" *sono stati definiti gli indicatori e i relativi target che consentono di misurare il raggiungimento degli obiettivi definiti.*

Nell'ambito dell'*Obiettivo 2* è stato individuato l'obiettivo specifico "*Incrementare il numero di anziani in assistenza domiciliare*", il cui raggiungimento si misura attraverso l'innalzamento dell'indicatore S06 -% di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre). Si richiede alle Regioni Obiettivo Convergenza l'innalzamento di tale indicatore al 3,5% di popolazione ultrasessantacinquenne collocata in a.d.i.

La Giunta regionale, l'Assessorato alla Sanità congiuntamente all'Assessorato alle Politiche Sociali hanno elaborato un *Piano di Azione* per questo obiettivo tenendo conto delle criticità e delle risorse presenti, evidenziando la necessità di azioni di programmazione e ridefinizione degli assetti organizzativi ed istituzionali .

Pertanto, nel riconoscere che il miglioramento della salute costituisce un investimento per la società, e che è indispensabile *agire non esclusivamente sull'incremento indifferenziato dei servizi* ma "*partire dai bisogni dei cittadini*", si vuole realizzare una vera e propria azione di ri-orientamento dei servizi che passi attraverso il potenziamento dell'assistenza primaria, il miglioramento dell'efficacia, il conseguimento dell'efficienza operativa e della presa in carico, e raggiunga l'*obiettivo strategico di riavvicinare i cittadini ai servizi sanitari e socio-sanitari.*

Monitoraggio e informatizzazione delle prestazioni socio-sanitarie

Pier Luigi Cerato

Il monitoraggio e l'informatizzazione delle prestazioni socio-sanitarie erogate dalle AA.SS.LL. è stato finanziato dalla Regione Campania nel primo Biennio 2005/07 e successivamente per il secondo e terzo biennio fino al 2010 ed affidato all'A.R.San. Tale affidamento, in un modello di programmazione per la gestione condivisa dell'Assessorato regionale alla Sanità e dell'A.R.San, attraverso una Cabina di regia unica, che si è avvalsa della supervisione scientifica della Fondazione Zancan, ha trovato la propria sintesi in un gruppo di coordinamento per la condivisione con i responsabili socio-sanitari di alcune AA.SS.LL..

L'investimento economico prodotto dall'Assessorato, unito all'investimento tecnico ed operativo prodotto dall'A.R.San. hanno avuto ed hanno due obiettivi strategici: il primo, concentrato sui percorsi intradistrettuali, vuole definire, attraverso i passaggi della scheda informatica dalla porta di accesso, all'U.V.I., alla struttura erogatrice *il percorso della persona* misurato in tempi di attesa, appropriatezza della prestazione, modello di erogazione, valutazione dell'efficacia.

È un processo di forte impatto sul modello di funzionamento del Distretto che ha, per la prima volta, la possibilità di valutare il proprio carico di lavoro e, nel contempo, la propria efficacia nel soddisfare il bisogno del cittadino.

Il secondo obiettivo è condensato sullo strumento informatico che permette di valutare lo stato di bisogno della popolazione, rapportato alla capacità di risposta del singolo territorio.

Su questo aspetto è importante ricordare che "il bisogno socio-sanitario complesso" configura la vera vocazione del distretto, il suo più autentico DRG e, di conseguenza, il punto di partenza di una progettazione dei servizi "per le fasce deboli" che tenga finalmente conto delle caratteristiche di ogni singolo territorio e della necessità di riprogettare l'offerta in maniera adeguata alla domanda.

Il grande lavoro che il gruppo di coordinamento ha dovuto svolgere in questi anni è stato proprio quello di adattare la scheda al modello di offerta, presa in carico e valutazione che avviene ogni giorno nei distretti, affidato alla buona volontà del singolo operatore che ha una presa in carico personale più che istituzionale.

Altro compito affidato alla scheda di monitoraggio è stato quello definire i percorsi, gli operati coinvolti ed i centri di responsabilità così da poter arrivare ad un piano personalizzato condito che, appare evidente, è l'esatto opposto del DRG.

Lo strumento è stato elaborato in qualità di esperto di dominio dal gruppo di coordinamento ed ingegnerizzato dal servizio di Supporto Gestione dei Servizi Informativi dell'A.R.San.

I recenti Decreti Ministeriali che si occupano del monitoraggio delle prestazioni residenziali e semiresidenziali e domiciliari, creando un nuovo debito informativo tra regioni e Ministero della Salute, hanno dato una puntuale conferma al monitoraggio del socio-sanitario perché occupandosi di offerte di prestazioni che interessano molte categorie di fasce deboli, di cui il Ministero individua in prima istanza gli anziani e i non autosufficienti, ha modellato una scheda di rilevazione che è, per buona parte, sovrapponibile ai campi previsti dal Ministero ma soprattutto è sovrapponibile ad un percorso di codifica già consolidato ed attivo in tutti i distretti di tutte le AA.SS.LL. della Regione Campania.

Ancora un aspetto importante che riguarda il report dei risultati, compilato annualmente con l'aiuto della Fondazione Zancan, e degli stessi restituiti a tutte le AA.SS.LL. della Regione, sotto forma di indicatori di analisi della domanda e di efficacia della risposta.

Come è chiaro, a questo punto il processo di monitoraggio socio-sanitario ha anticipato quanto il Ministero della Salute si avvia a programmare in campo nazionale ma, nel caso della Regione Campania, questo è avvenuto con un percorso dal basso, con progettualità condivisa e con un processo parallelo di valorizzazione del cittadino, attraverso il piano personalizzato e di stimolo alle équipes distrettuali per una progressiva pianificazione e miglioramento delle proprie performance di accoglienza, prese in carico e risoluzione nel tempo dei singoli casi.

Seconda parte Indicazioni dalla sperimentazione

Classificazione e monitoraggio dei livelli di assistenza sociosanitaria

Cinzia Canali e Tiziano Vecchiato

Classificazione e monitoraggio dei livelli di assistenza socio-sanitaria

Cinzia Canali e Tiziano Vecchiato

Il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria è una questione prioritaria per la trasformazione e il riequilibrio dei poteri (centrali, regionali e locali) dopo le ultime modifiche costituzionali. Le azioni regionali per il monitoraggio dei livelli essenziali sono condizione necessaria per partecipare attivamente non solo al dibattito ma anche alle azioni in corso sulla regolazione dei livelli e sulle modalità di gestione del fondo perequativo. Alla base del progetto ci sono anche altre ragioni, più orientate al governo del welfare campano, che consapevole delle proprie difficoltà, è impegnato nella ricerca di soluzioni per governare la spesa e l'offerta e per garantire maggiore equità distributiva.

Il percorso avviato da alcuni anni, qui documentato, è finalizzato a dare soluzioni ai problemi, verificandone l'impatto sul sistema professionale e di governo dei servizi socio-sanitari.

La necessità di cercare soluzioni nasce dal fatto che quelle disponibili non bastano per ridurre le criticità. Ad esempio, in una fase di profonda trasformazione non bastano raccomandazioni di buone prassi. Servono soprattutto opzioni di natura strategica, per una maggiore integrazione delle responsabilità e delle risorse. Dopo le riforme sanitarie (Dlgs n. 229/99) e sociale (L. n. 328/00) le successive attuazioni sono ancora insufficienti. Le ragioni sono conosciute, a partire da centri di responsabilità strutturalmente differenziati. Finché tali responsabilità non saranno esercitate in modo integrato e collaborativo, le volontà professionali, anche qualificate, non potranno colmare i deficit di governabilità della spesa e dell'offerta. Il progetto si è sviluppato a partire da una convinzione:

per definire un livello essenziale di assistenza è necessario far riferimento ad almeno tre parametri: l'entità di finanziamento, i contenuti e le quantità di risposta, i benefici di salute, misurabili in termini di efficacia. Le disuguaglianze nascono e si riproducono da persistenti difformità presenti nel territorio, spiegabili proprio in termini differenziali di input, output e outcome.

Su questo problema si è concentrato il gruppo di lavoro regionale, partendo dalle più evidenti disuguaglianze e criticità. Si è poi focalizzato sullo sviluppo di soluzioni e sulla loro sperimentazione, avendo in mente una priorità: i livelli essenziali di assistenza sono reali se e in quanto contribuiscono a tutelare e promuovere i diritti di ogni persona, a partire da quelle più deboli, riducendo le disuguaglianze non solo nell'accesso ma anche e soprattutto nella fruizione delle risposte.

Definizione e classificazione delle risposte

La strategia di classificazione e monitoraggio si è sviluppata per fasi e sta dando risultati. In una prima fase sono state analizzate le soluzioni in uso in diverse regioni per classificare le risposte socio-sanitarie, verificando la loro coerenza con quanto previsto dal d.lgs n. 502/92 e successive modificazioni, non ch  con quanto previsto dall'art. 22 comma 4 della L. n. 328/00, dal Dpcm 14 febbraio 2001, dal Dpcm 29 novembre 2001, dal Dpcm 12 dicembre 2001 sul sistema di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza e dai successivi documenti di programmazione e governo nazionale e regionale.

Questa base conoscitiva ha reso possibile criteri di lettura (dell'offerta e della spesa socio-sanitaria) e le modalit  di rilevamento coerenti con la normativa citata, a partire dai bisogni, espressi dal territorio, e via via identificando le misure di finanziamento (input) e di erogazione (output).

Si   tenuto conto dei percorsi e delle condizioni di accesso ai servizi socio-sanitari, distinguendo tra sanitario, basato sulla valutazione professionale o multiprofessionale, e accesso ai servizi sociali.

Il sistema sociale, a differenza di quello sanitario, si caratterizza per tre modalit  di accesso e cio : valutazione professionale, valutazione amministrativa, accesso diretto. Questa pluralit  di opzioni rende pi  difficilmente monitorabili i percorsi e quindi meno identificabili le condizioni, i contenuti e le quantit  di erogazione delle prestazioni da includere nei livelli essenziali di assistenza.

Tenendo conto di queste differenze strutturali sono state identificate le condizioni per affrontare i nodi propri dell'accesso socio-sanitario, a partire da una pi  chiara valutazione della domanda e dei centri di responsabilit  a ci  deputati.

La proposta sviluppata dal gruppo di lavoro ha cercato di rendere compatibili le due modalit  di accesso (quella sanitaria e quella sociale), facendo in modo che il momento di sintesi possa essere garantito da modalit  interprofessionali di valutazione del bisogno: con l'unit  multiprofessionale e con protocolli clinici e organizzativi per gestire il passaggio dalla definizione del problema alla predisposizione del piano personalizzato di assistenza.

Le prestazioni di volta in volta previste dai progetti personalizzati sono state classificate secondo quattro macro-livelli di assistenza: domiciliare, intermedia (ambulatoriale e/o semiresidenziale), residenziale, emergenza.

Sviluppi qualitativi e quantitativi

Le potenzialità di sviluppo qualitativo della metodologia utilizzata si concentrano soprattutto sul tema del lavoro socio-sanitario basato su progetti personalizzati di assistenza. La ragione è semplice: la maggiore possibilità di governare l'accesso e la valutazione del bisogno è anche premessa necessaria per meglio organizzare le successive fasi di presa in carico e di erogazione degli interventi. In particolare l'adozione del percorso denominato "accesso unitario" al sistema locale di offerta socio-sanitaria è stata identificata come condizione tecnica e organizzativa per garantire una valutazione multidimensionale, multiprofessionale e laddove necessario interistituzionale del bisogno.

Da qui una prima fonte di garanzia dei livelli essenziali di assistenza, già in fase di accesso: la valutazione appropriata del bisogno, in quanto processo professionale e organizzativo necessario e quindi da garantire in condizioni di equità nel territorio.

La seconda è conseguente, si basa sul passaggio dalla valutazione interprofessionale del bisogno alla predisposizione del progetto personalizzato di assistenza. Esso è tale quando si supera la logica del lavoro per prestazioni e si definisce il percorso assistenziale più idoneo ad affrontare le difficoltà personali e familiari del soggetto.

In una nuova e più articolata capacità di visione del problema e delle condizioni di affrontarlo, possono mettere radici più affidabili i percorsi decisionali e operativi integrati (multiprofessionali, e laddove necessario interistituzionali), cioè basati sul concorso collaborativo di diversi centri di responsabilità e di risorse, per dare risposte unitarie ai bisogni, riconducibili alla sfera organica, funzionale, cognitiva, comportamentale, socioambientale e relazionale.

La fase successiva al monitoraggio sperimentale dei livelli di assistenza è pertanto essere finalizzata al monitoraggio dei percorsi assistenziali, in termini di complessità, durata, costi collegati, indici di efficacia. È infatti nei progetti personalizzati di assistenza che si concretizza e si esprime la reale capacità degli interventi socio-sanitari di dare risposta a bisogni complessi, multifattoriali, di lunga durata, che penalizzano soprattutto i soggetti deboli e le loro famiglie. È a questi

soggetti che i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria sono chiamati a dare nuove e più efficaci risposte.

La Legge 23 dicembre 2005, n. 266, Disposizioni per il bilancio annuale e pluriennale dello Stato, Legge finanziaria 2006 prevedeva al comma 274 che: “274. Nell’ambito del settore sanitario, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, restano fermi:

a) gli obblighi posti a carico delle regioni, nel settore sanitario, con la citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, finalizzati a garantire l’equilibrio economico-finanziario, a mantenere i livelli essenziali di assistenza, a rispettare gli ulteriori adempimenti di carattere sanitario previsti dalla medesima intesa e a prevedere, ove si prospettassero situazioni di squilibrio nelle singole aziende sanitarie, la contestuale presentazione di piani di rientro pena la dichiarazione di decadenza dei rispettivi direttori generali;

b) l’obbligo di adottare i provvedimenti necessari di cui all’articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311”.

L’azione del progetto di monitoraggio riconducibile alla previsione della citata L. n. 266/05 e per sua parte concorre alla strategia di contenimento della spesa sanitaria. In particolare tale contenimento può essere conseguito tramite individuazione delle contraddizioni e nelle inadeguate valutazioni del bisogno in fase di accesso e nella inappropriata delle prestazioni. La conoscenza conseguita mette a disposizione elementi utili non solo per l’azione regionale, ma anche per quella dei direttori generali nella predisposizione dei piani di rientro di cui al comma 274.

Oltre all’azione di breve periodo, appena descritta, il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitari può cioè diventare premessa di una più organica strategia regionale di intervento mirato a qualificare l’azione decisionale, il governo economico e la assunzione di responsabilità congiunte, anche di spesa, tra aziende sanitarie e comuni.

La strategia di classificazione e monitoraggio

La struttura elementare del sistema di classificazione si basa su cinque elementi: denominazione, area di bisogno, finalità e funzioni prevalenti, struttura/organizzazione, operatori, come descritto nel successivo esempio.

Denominazione	Area di bisogno	Finalità e funzioni	Struttura/organizzazione	Operatori
Assistenza domiciliare sociosanitaria, adi	Persone disabili e loro famiglie, portatori di bisogni sanitari e sociali derivanti da inabilità o disabilità congenite, conseguenti a traumi o patologie cronico-degenerative.	Erogare cure domiciliari integrate. Prevenire il ricovero in strutture residenziali tramite prestazioni e interventi di promozione e sostegno dell'autonomia possibile. Garantire continuità assistenziale tra diversi centri di offerta. Dare sostegno all'impegno di cura dei familiari o di altre persone (<i>caregiver</i>).	Il servizio organizza, in base al bisogno, risposte sociali e sanitarie fra loro integrate con eventuale erogazione di presidi e ausili.	Medico di medicina generale, assistente sociale (osa, ota, oss...), infermiere.

Come si può notare, la seconda colonna (area di bisogno) identifica l'area adulti disabili come ambito di riferimento. Modificando l'area (minori, anziani ecc.) cambiano anche le specificazioni tecniche nelle altre colonne. A questi elementi possono essere aggiunte raccomandazioni di natura regolativa, per esempio: le cure domiciliari vengono erogate sulla base di un progetto personalizzato predisposto dal medico e dall'assistente sociale (rispettivamente per il bisogno sanitario e sociale) e con eventuali altri professionisti (bisogni che richiedono interventi sociosanitari).

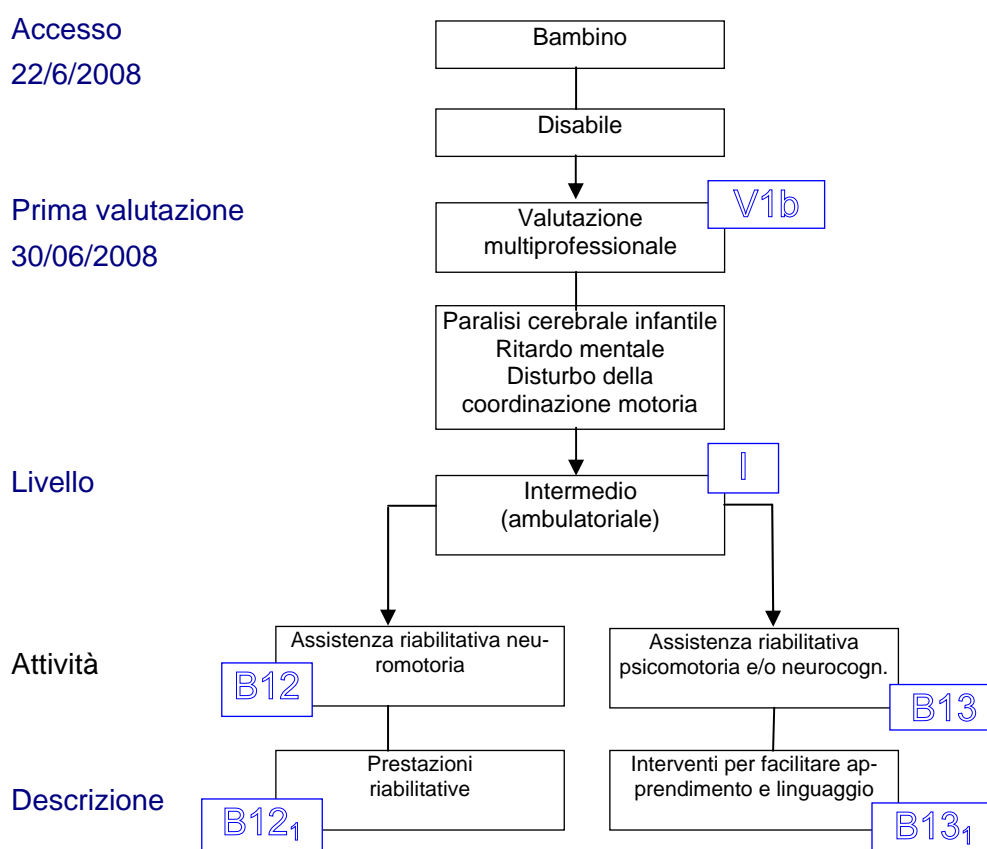
Questa base di contenuti elementari non è tuttavia sufficiente senza una struttura sintattica adeguata per gestire la grammatica dei Lea così configurata.

La struttura sintattica

La struttura sintattica si sviluppa lungo un primo asse (dal generale al particolare) che è proprio dei livelli essenziali di assistenza, delineati dal Dlgs 229/99 e dai successivi provvedimenti attuativi e nell'art. 22, comma 4, della legge n. 328/00. C'è poi un secondo asse di fruizione del sistema riconoscibile nel momento in cui si coniuga livello e contenuto specifico della risposta. Tra i caratteri principali del sistema classificatorio, vanno infatti richiamate le potenzialità della codifica di tali contenuti, in modo idoneo ad aggregare in un unico indice più variabili, combinando gli indici ricavabili dalla struttura sintattica dei servizi/interventi considerata per associare:

- tipologia di accesso (primo livello di codifica: **1a** valutazione monoprofessionale, **1b** valutazione multiprofessionale, **2** valutazione amministrativa, **3** accesso libero),
- tipologia di macro area di intervento (secondo livello di codifica: **D** domiciliare, **I** intermedio, **R** residenziale),
- settore di intervento (terzo livello di codifica),
- contenuti dell'erogazione (quarto livello di codifica).

Esempio 1. Il 22 giugno 2008 all'Unità Operativa Assistenza Riabilitativa si è presentato un familiare di un bambino con bisogni di disabilità



Nel caso di questi interventi, si ottiene una combinazione di codici alfanumerici che sintetizzano nel contenuto classificato livelli e variabili di risposta in modo univoco, facilitando in questo modo analisi a valenza professionale, gestionale e strategica.

Esemplificazione del
Codice ottenuto:

V1b

Valutazione
multiprofessionale

I

Livello
intermedio

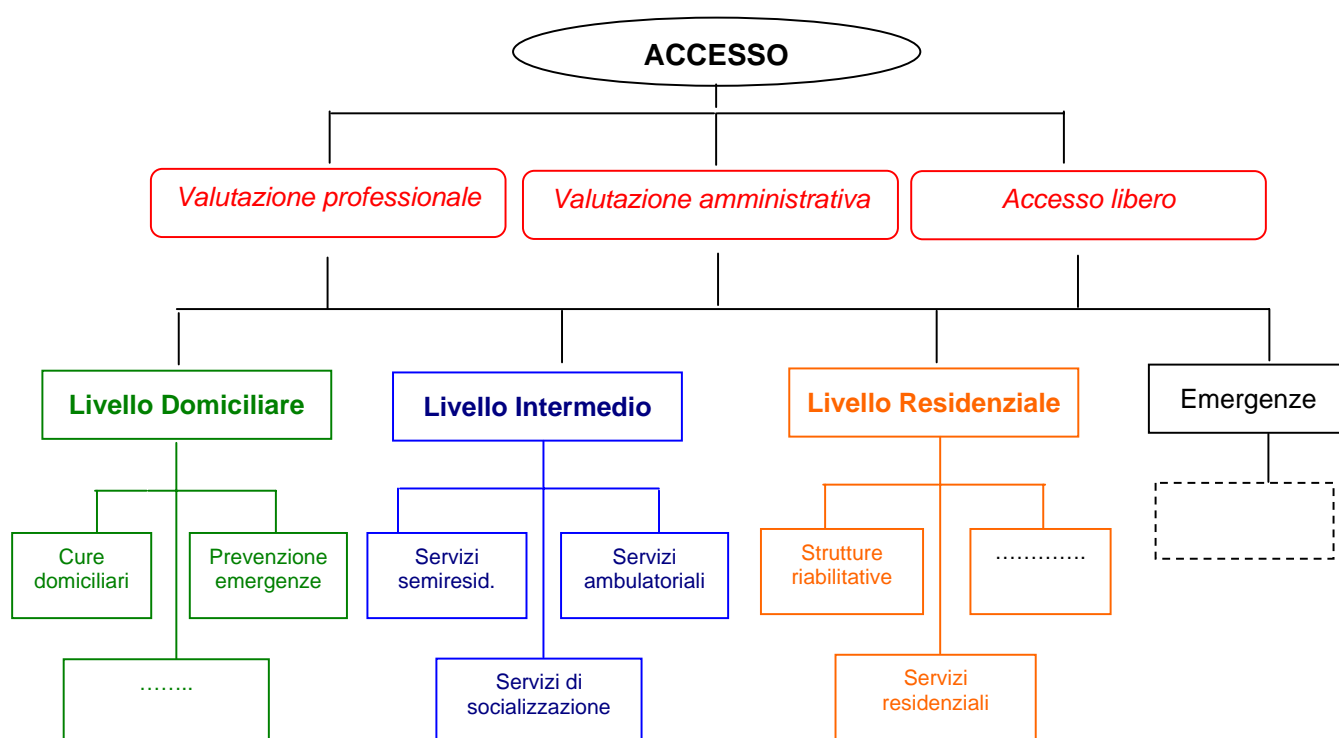
B12₁

Assistenza
riabilitativa

B13₁

Assistenza riab.
psicomotoria

La gestione del sistema di classificazione è cioè pensata non solo per fini osservazionali ma anche e soprattutto per dare basi omogenee al sistema informativo. Esso, infatti, come vedremo, consente di misurare quantità specifiche di servizi/interventi (relative per esempio al numero di utenti per tipologia di prestazione e al costo per le diverse variabili implicate nell'erogazione). Consente inoltre di misurare quantità e costi per variabili aggregate (a seguito di aggregazione dei contenuti dal livello inferiore a quello superiore). In questo modo diventa agevole quantificare e valutare volumi di offerta (output) o di spesa (input) per ogni livello di assistenza secondo il successivo schema generale di analisi.



La prima fase di attuazione del monitoraggio

a. Obiettivi e azioni

L'attuazione della prima fase (periodo 2006-2007) prevedeva il conseguimento dei seguenti obiettivi:

- garantire supporto metodologico e scientifico alla strategia regionale di monitoraggio dei livelli essenziali;
- predisporre soluzioni facilitanti il loro rilevamento, a partire da un sistema di classificazione condiviso;
- sperimentare le soluzioni proposte, verificando la loro rispondenza ai risultati attesi e valutando il loro impatto sul sistema regionale di welfare;
- sviluppare un sistema di valutazione basato su indici tripolari di input, output e outcome, come raccomandato anche su scala europea.

Il gruppo di lavoro ha attuato il monitoraggio delle attività socio-sanitarie, a partire dalla domanda di prestazioni e riunificando sulla persona i contenuti di risposta, in vista di monitorare anche successivamente il percorso assistenziale. Interlocutori privilegiati del gruppo di lavoro regionale sono stati i coordinatori socio-sanitari delle Asl, i direttori dei distretti della Regione Campania e, nella seconda fase attuativa, i responsabili dei sistemi informativi delle singole Asl. Nella sperimentazione sono state considerate tutte le persone arrivate ai servizi, a partire dal mese di giugno 2006 a un gruppo di unità operative appartenenti ai 113 distretti delle 13 aziende sanitarie locali della Regione Campania: Unità operativa materno infantile (UoMi); Unità operativa di salute mentale (UoSmi); Unità operativa assistenza riabilitativa (UoAr); Unità operativa assistenza anziani (UoAa); Unità operativa servizio per le tossicodipendenze (UoSerT).

Il protocollo di analisi prevedeva l'inclusione nella sperimentazione dei soggetti con bisogni socio-sanitari complessi come indicato nell'allegato 1/C del Dpcm 29 novembre 2001, «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», e per cui fosse prevista l'assistenza per almeno trenta giorni successivi al primo accesso, avvalendosi della collaborazione degli uffici socio-sanitari distrettuali e aziendali.

La scheda relativa al soggetto considerato è stata compilata al primo accesso. Alle unità operative è stato fornito un software per la raccolta dei dati predisposto dal Servizio di Supporto gestione dei sistemi informativi dell'Arsan.

Variabili considerate

Asl, unità operativa, unità interdistrettuale, data di primo accesso, distretto sanitario (nuovo distretto), Comune, sesso, cittadinanza, scolarità, stato civile, condizione lavorativa, nucleo familiare, modalità di accesso, ciclo di vita, descrizione del bisogno, data valutazione, condizione economica, condizione abitativa, rete sociale supportiva, esenzione ticket, motivo esenzione, diagnosi principale, diagnosi secondaria, Unità di valutazione integrata (Uvi), piano personalizzato, valutazione multidimensionale, strumenti di valutazione, professioni coinvolte, livello assistenziale, attività, con descrizione interventi e/o prestazioni, numero interventi, profili professionali, erogazione.

b. Sintesi dei risultati

Sono state considerate dai servizi 2.720 persone; nel 95 per cento dei casi (pari a 2.572 persone) è stata documentata la valutazione del bisogno. Complessivamente sono stati erogati oltre 5.000 interventi. Alcuni elementi di dettaglio:

Fig. 1 – Accessi per unità operativa (valore percentuale)

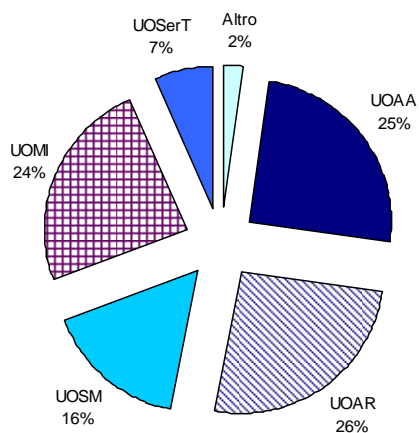
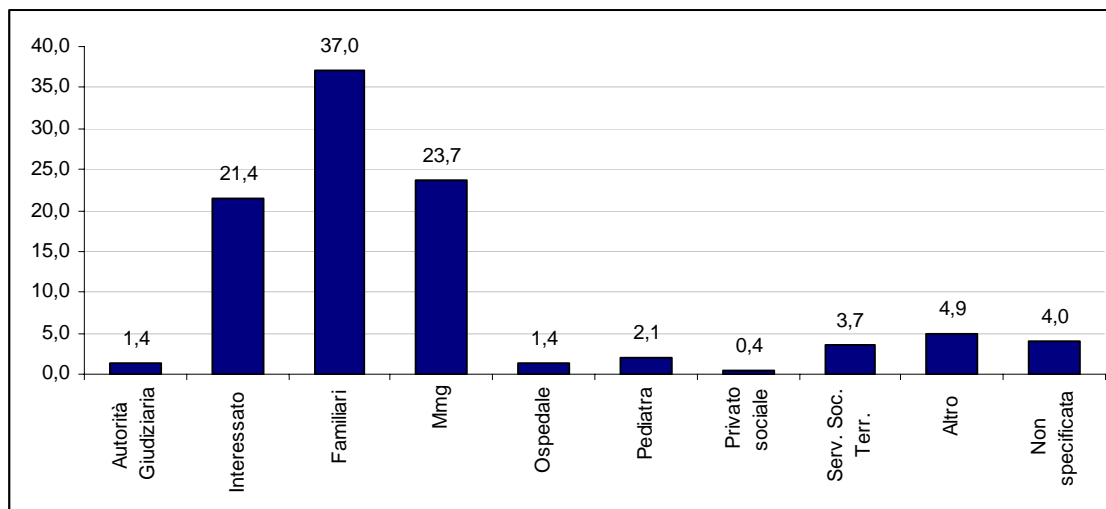


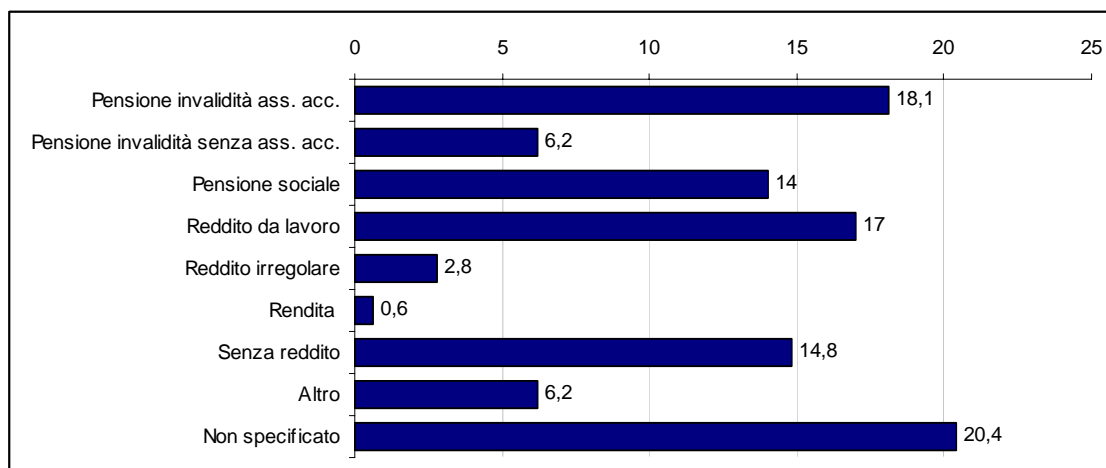
Fig. 2 – Modalità di accesso (percentuale)



Sono tre le principali modalità di accesso: a cura della persona interessata (21,4 per cento), con accompagnamento della famiglia (37,0 per cento), a seguito di invio dei medici di medicina generale (23,7 per cento). L'accesso socio-sanitario ha visto soprattutto coinvolte persone non autosufficienti e soggetti deboli, per i quali l'accompagnamento da parte della famiglia e dei medici di medicina generale è stato di fondamentale importanza.

Le persone valutate sono state 2.572. Le figure successive descrivono alcune delle loro caratteristiche.

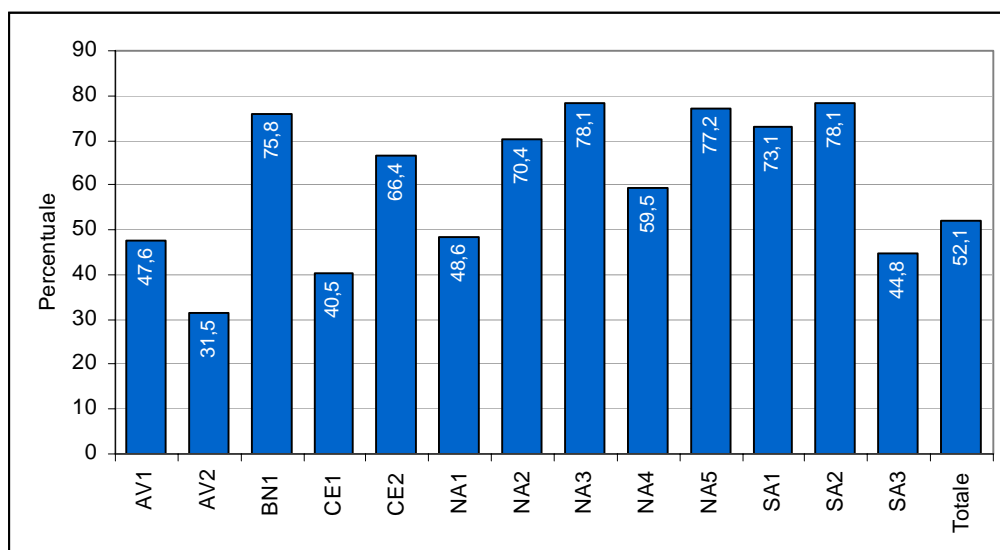
Fig. 3 – Condizione economica alla prima valutazione



Nel 56 per cento dei casi è stata dichiarata la presenza (anche parziale) di una rete sociale supportiva, l'esistenza dell'Uvi, la definizione del progetto personalizzato di assistenza,

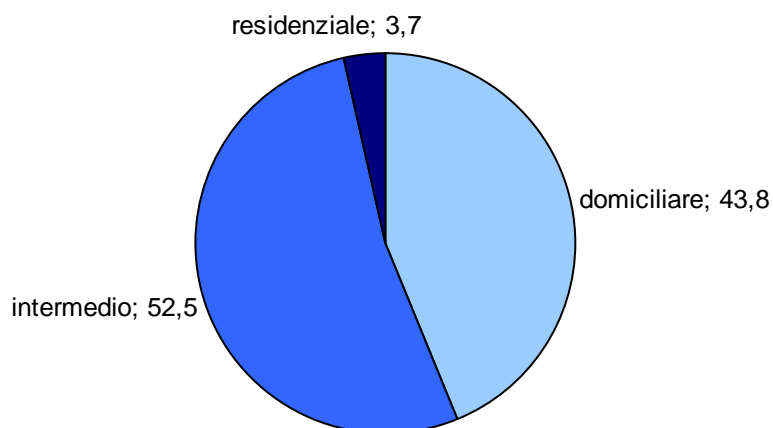
l'utilizzo di criteri di valutazione multidimensionali. Nel 50 per cento dei casi è stato definito un piano di intervento. La ricerca si è limitata a raccogliere il numero di progetti senza entrare nel merito dei singoli contenuti e del se e quanto essi fossero appropriati. Sono questioni oggetto di approfondimento nelle fasi successive dell'azione progettuale. Nel 52,1 per cento dei casi è stata svolta una valutazione multidimensionale.

Fig. 4 – Percentuale valutazione multidimensionale



Oltre a documentare le modalità di accesso e la valutazione del bisogno, per ogni persona è stato indicata la risposta e il suo posizionamento nel macro livello assistenziale: cioè domiciliare, intermedio o residenziale. Il livello intermedio è stato sub-articolato in intermedio ambulatoriale e intermedio diurno. Complessivamente sono stati erogati oltre 5 mila interventi.

Fig. 5 – Posizionamento degli interventi



Le successive figure descrivono gli interventi con un maggiore dettaglio territoriale. Per quanto riguarda i minori, ad esempio, si nota che nella Asl CE2 gli interventi sono tutti nell'area intermedia, che in generale rappresenta la percentuale maggiore per tutte le Asl campane.

Fig. 6 – Minori: livello per Asl (interventi erogati dopo la prima valutazione)

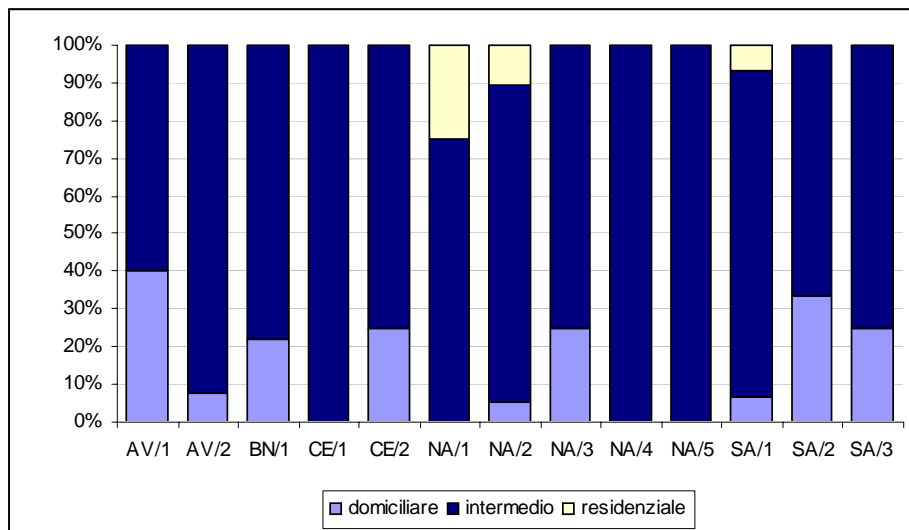


Fig. 7 – Adulti: livello per Asl (interventi erogati dopo la prima valutazione)

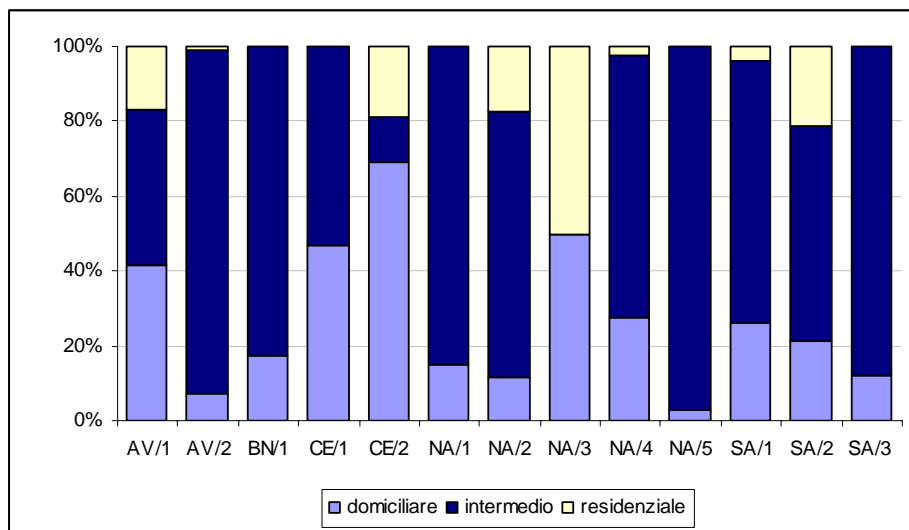
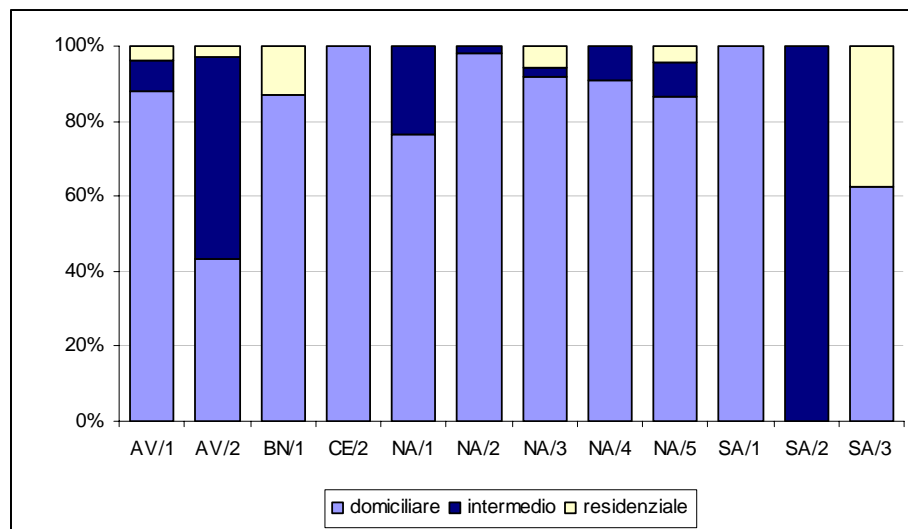


Fig. 8 – Anziani: livello per Asl (interventi erogati dopo la prima valutazione)



La prima sperimentazione, attuata a partire dal mese di giugno 2006 è stata di grande utilità. Il data entry ha chiesto ad ogni operatore di misurarsi non solo con una registrazione di una domanda e/o di una prestazione ma soprattutto con la responsabilità di documentare il bisogno a cui le prestazioni offerte fanno riferimento.

La sperimentazione ha inoltre fornito agli operatori territoriali la possibilità di meglio documentare il proprio lavoro e ha verificato se il distretto è al centro del sistema di erogazione del proprio territorio.

Il risultato maggiormente significativo resta il lavoro collaborativo realizzato, attraverso l'attivazione del monitoraggio, prevedendo percorsi e metodologie condivise di rilevazione ma anche di riqualificazione dell'accesso; di analisi condivisa del fabbisogno e dell'offerta di servizi. Tutto questo ha messo in grado il gruppo regionale di meglio riconoscere i centri di responsabilità e/o di costo, e di implementare un sistema unitario di monitoraggio dei bisogni e delle risposte.

La seconda fase di monitoraggio dei livelli

a. Obiettivi e azioni

La strategia utilizzata nel corso della prima fase del progetto ha consentito di:

- classificare i singoli interventi,
- posizionarli in una struttura sintattica, basata sui livelli essenziali di assistenza sociale delineati dal Dlgs 229/99 e successivi provvedimenti attuativi e dal c. 4 art. 22 L. 328/00,
- riconoscere i diversi gradi di complessità degli interventi considerati,
- gestire misure di input e di output coerenti con il modello di valutazione dei livelli,
- rappresentare su base comparativa le risposte dei servizi, utilizzando variabili relative all'ambito territoriale interessato, alla tipologia di destinatari, alle modalità di accesso.

Da questa base è stato possibile definire gli obiettivi della seconda fase, articolati in:

- a. trasformazione dei risultati della sperimentazione in gestione corrente del "sistema di classificazione e monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria";
- b. messa a punto di un modello di presa in carico basato su progetti personalizzati di assistenza verificabili in termini di quantificazione delle risposte e in termini di verifica di efficacia delle stesse;
- c. sperimentazione con monitoraggio analitico delle risposte erogate nei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria e dei relativi costi.

b. Sintesi dei risultati

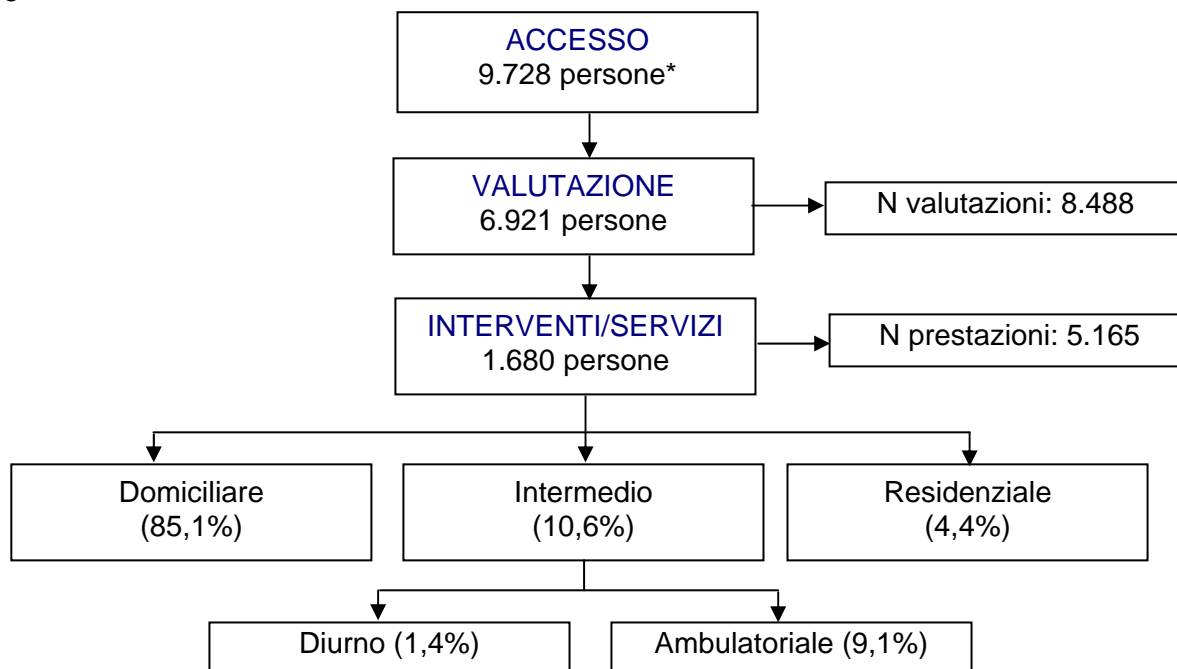
L'analisi dei dati fa riferimento alle schede documentate nel 2008¹. Gli accessi effettuati presso le Unità operative delle 13 Aziende sanitarie locali della Regione Campania:

- Unità Operativa Materno Infantile - U.O.M.I.
- Unità Operativa di Salute Mentale - U.O.S.M.
- Unità Operativa Assistenza Riabilitativa - U.O.A.R.
- Unità Operativa Assistenza Anziani - U.O.A.A.
- Unità Operativa Servizio per le Tossicodipendenze - U.O. Ser.T.
- Cure domiciliari,
- Ufficio socio-sanitario distrettuale,
- Unità Operativa Fasce Deboli.

1. La data di primo accesso manca per il 63% delle persone (si è usata la data di compilazione della scheda). Complessivamente gli accessi hanno riguardato 557 persone nel 2007, 8.968 persone nel 2008 e 203 tra gennaio e febbraio 2009.

Nella figura successiva sono rappresentati i “numeri” ottenuti dal monitoraggio, a partire dall’accesso al servizio fino alla erogazione delle prestazioni.

Fig. 9 - Quadro di sintesi



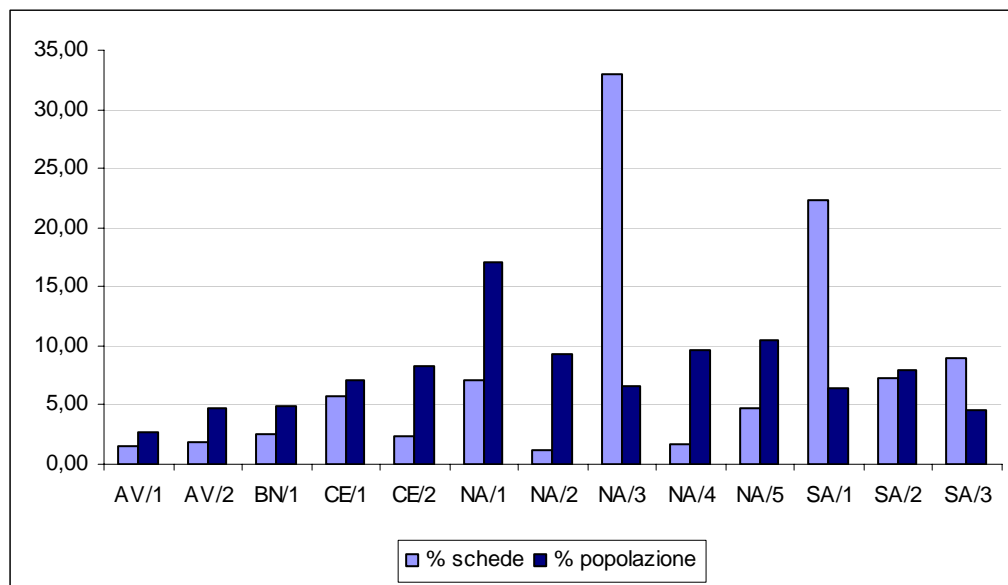
* per 84 persone sono stati indicati due accessi, con una differente data di compilazione della scheda di rilevazione.

Tab. 1 – Numerosità accessi per Asl e per popolazione

<i>Asl</i>	<i>Accessi</i>	<i>% schede</i>	<i>Popolazione</i>	<i>% Popolazione</i>	<i>Accessi su popolazione per 100.000 ab.</i>
AV/1	149	1,53	160.496	2,77	92,8
AV/2	178	1,83	277.153	4,79	64,2
BN/1	241	2,48	288.572	4,98	83,5
CE/1	558	5,74	407.089	7,03	137,1
CE/2	228	2,34	484.384	8,37	47,1
NA/1	693	7,12	988.847	17,08	70,1
NA/2	111	1,14	540.637	9,34	20,5
NA/3	3.213	33,03	382.128	6,60	840,8
NA/4	168	1,73	562.534	9,72	29,9
NA/5	458	4,71	608.610	10,51	75,3
SA/1	2.164	22,25	367.216	6,34	589,3
SA/2	703	7,23	457.677	7,90	153,6
SA/3	864	8,88	264.844	4,57	326,2
Totale	9.728	100,00	5.790.187	100,00	168,0

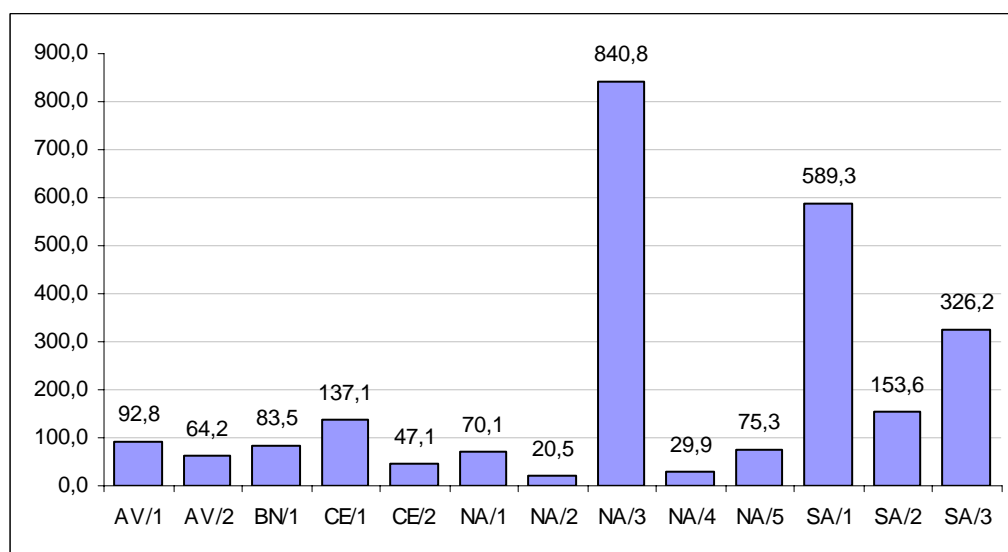
La tabella confronta il numero di accessi con la numerosità della popolazione per singola Asl. Dal punto di vista grafico, la Fig. 10 mette a confronto la percentuale degli accessi con la percentuale della popolazione e si nota ad esempio che la Asl NA3 e SA1 hanno un numero di accessi che supera la percentuale della popolazione.

Fig. 10 – Confronto tra accessi e popolazione (percentuale)



La Fig. 11 rapporta il numero di accessi alla popolazione della stessa Asl: NA3 ha 840 accessi ogni 100.000 abitanti, la quota più elevata, seguita da SA1 e SA3.

Fig. 11 – Accessi su popolazione per 100.000 abitanti



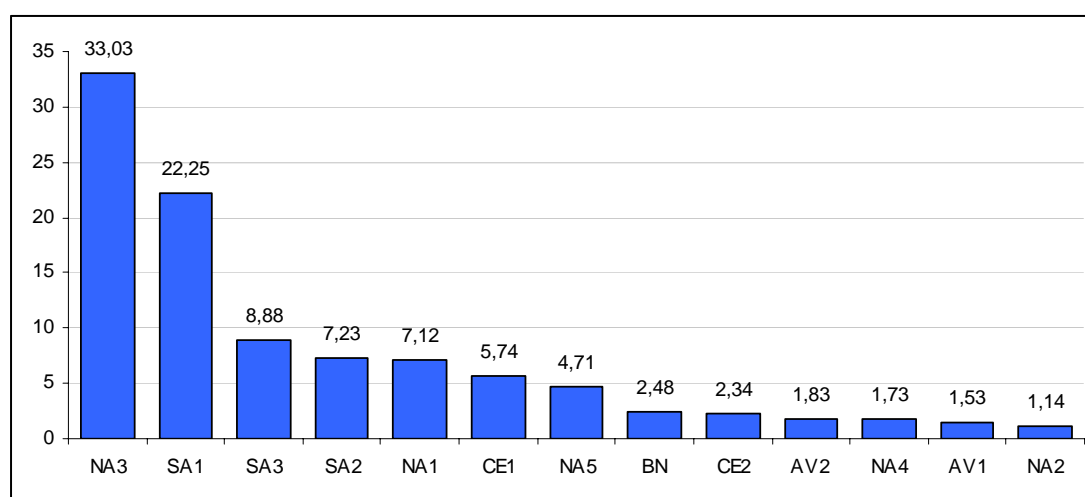
La fase di rilevazione

Sono disponibili i dati relativi a 9.728 accessi. Le Asl in cui si è avuto il maggior numero di accessi sono Napoli 3 (33%) e Salerno 1 (22%). Sei Asl non superano il 3% delle schede raccolte (BN, CE2, AV2, NA4, AV1, NA2) e 5 Asl hanno una percentuale di raccolta del dato che varia tra 4 e 9% (SA3, SA2, NA1, CE1, NA5).

Tab. 2 – Distribuzione degli accessi per Asl

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Percentuale cumulata</i>
AV1	149	1,53	1,53
AV2	178	1,83	3,36
BN	241	2,48	5,84
CE1	558	5,74	11,57
CE2	228	2,34	13,92
NA1	693	7,12	21,04
NA2	111	1,14	22,18
NA3	3.213	33,03	55,21
NA4	168	1,73	56,94
NA5	458	4,71	61,65
SA1	2.164	22,25	83,89
SA2	703	7,23	91,12
SA3	864	8,88	100,00
Totale	9.728	100	

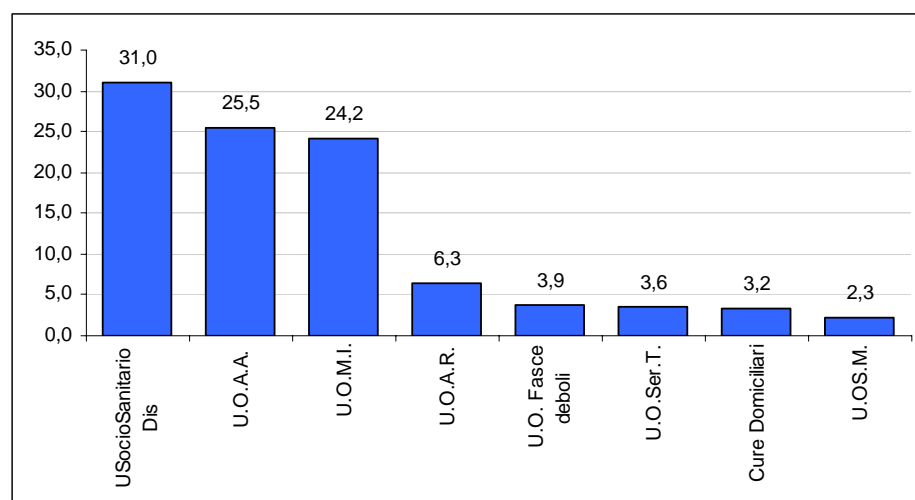
Fig. 12 – Rappresentazione della numerosità degli accessi per Asl



Tab. 3 – Distribuzione degli accessi per Asl e Unità operativa

	<i>Uomi</i>	<i>Uosm</i>	<i>Uoar</i>	<i>Uoaa</i>	<i>UuSert</i>	<i>Cure Dom.</i>	<i>Ufficio SS Dis</i>	<i>Uo fasce deboli</i>	<i>Totale</i>
AV1	91	-	-	-	-	-	-	58	149
%	61,07	-	-	-	-	-	-	38,93	100
AV2	-	-	1	-	-	-	177	-	178
%	-	-	0,56	-	-	-	99,44	-	100
BN	38	-	125	78	-	-	-	-	241
%	15,77	-	51,87	32,37	-	-	-	-	100
CE1	24	3	291	0	1	234	5	-	558
%	4,30	0,54	52,15	-	0,18	41,94	0,90	-	100
CE2	-	-	-	0	-	-	228	-	228
%	-	-	-	-	-	-	100,00	-	100
NA1	93	-	4	523	54	18	1	-	693
%	13,42	-	0,58	75,47	7,79	2,60	0,14	-	100
NA2	53	40	2	14	1	-	1	-	111
%	47,75	36,04	1,80	12,61	0,90	-	0,90	-	100
NA3	404	60	35	121	-	-	2.530	63	3.213
%	12,57	1,87	1,09	3,77	-	-	78,74	1,96	100
NA4	14	-	-	92	-	-	62	-	168
%	8,33	-	-	54,76	-	-	36,90	-	100
NA5	71	14	12	358	2	-	1	-	458
%	15,50	3,06	2,62	78,17	0,44	-	0,22	-	100
SA1	1.145	57	98	579	284	-	1	-	2.164
%	52,91	2,63	4,53	26,76	13,12	-	0,05	-	100
SA2	10	16	-	347	12	62	1	255	703
%	1,42	2,28	-	49,36	1,71	8,82	0,14	36,27	100
SA3	413	36	47	364	-	-	4	-	864
%	47,80	4,17	5,44	42,13	-	-	0,46	-	100
Totale	2.356	226	615	2.476	354	314	3.011	376	9.728
%	24,22	2,32	6,32	25,45	3,64	3,23	30,95	3,87	100

Fig. 13 – Distribuzione degli accessi per Unità operativa (%)



La difficoltà rilevata in passato relativamente alla indicazione della fascia d'età della persona è stata superata considerando la data di nascita della persona che accede e costruendo tre classi di età alla rilevazione: minori (0-17), adulti (18-64), anziani (65+). Il dato relativo all'età è disponibile per 9.680 persone (99,51% dei casi).

Tab. 4 – Distribuzione degli accessi per fascia d'età

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Percentuale valida</i>	<i>Percentuale cumulata</i>
Minore	2.076	21,34	21,45	21,45
Adulto	3.709	38,13	38,32	59,76
Anziano	3.895	40,04	40,24	100,00
Totale	9.680	99,51	100,00	

Fig. 14 – Distribuzione degli accessi per classe di età e Asl

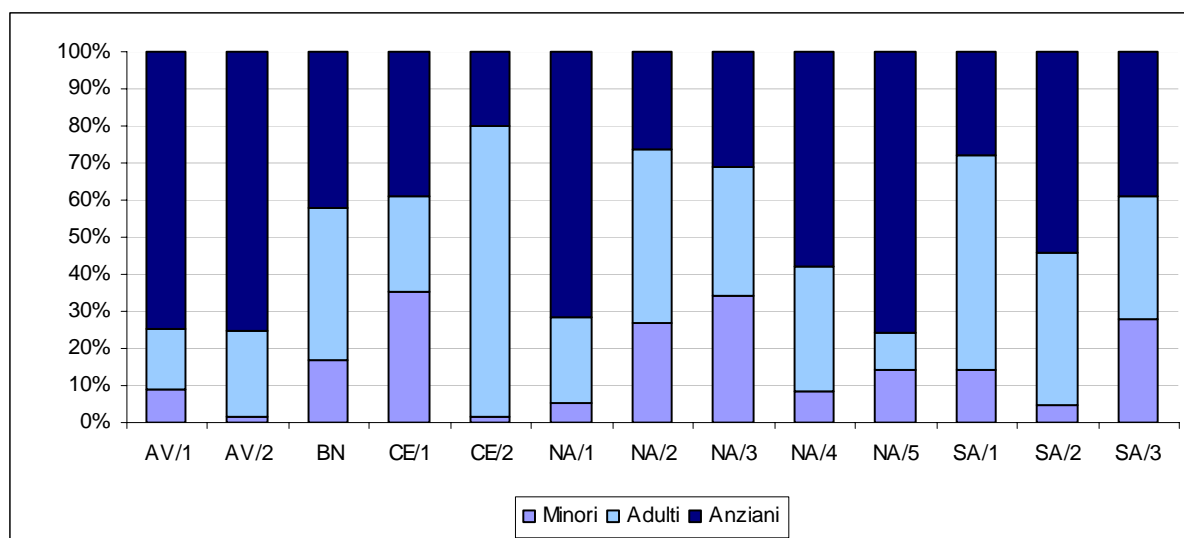
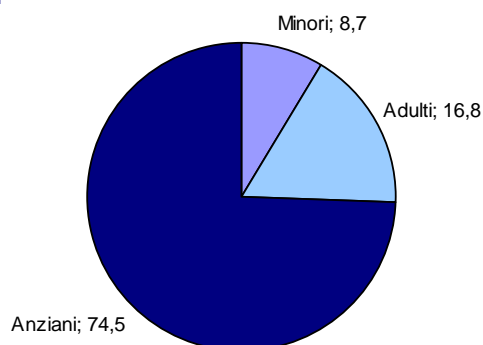
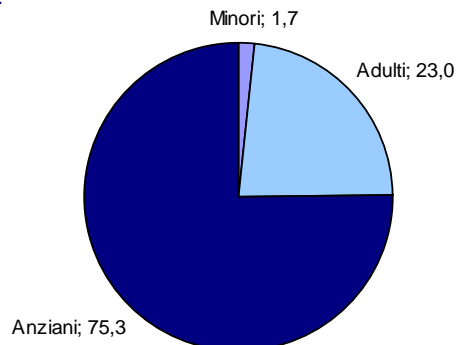


Fig. 15 – Distribuzione degli accessi per classe d'età e Asl

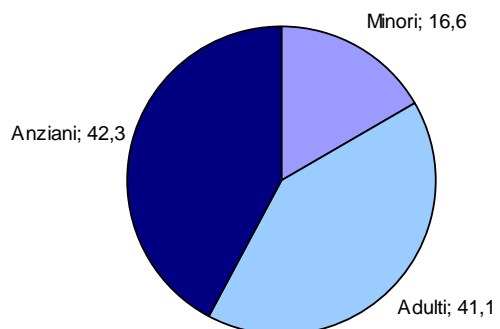
AV1



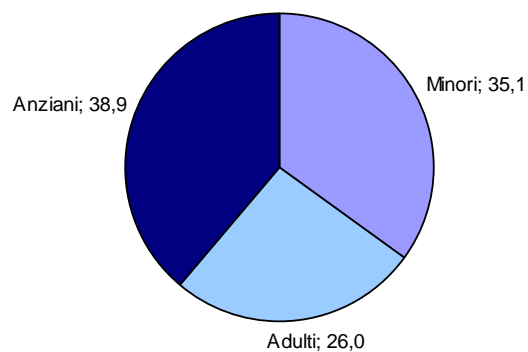
AV2



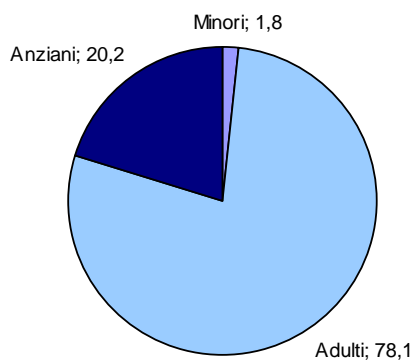
BN



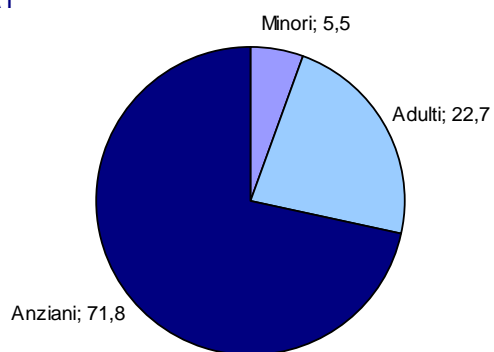
CE1



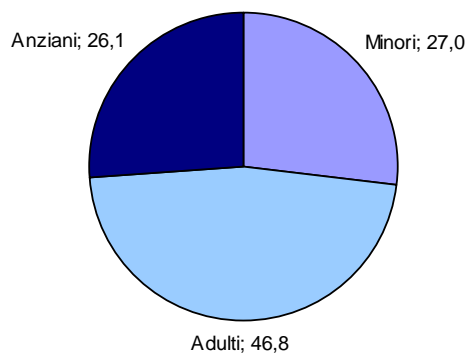
CE2



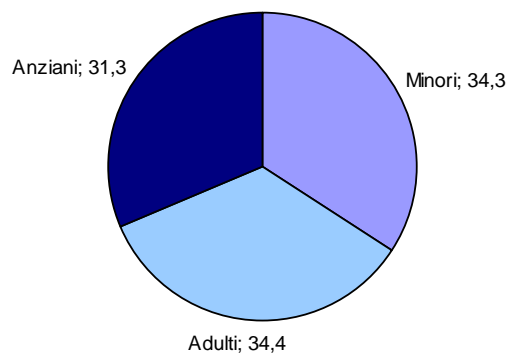
NA1



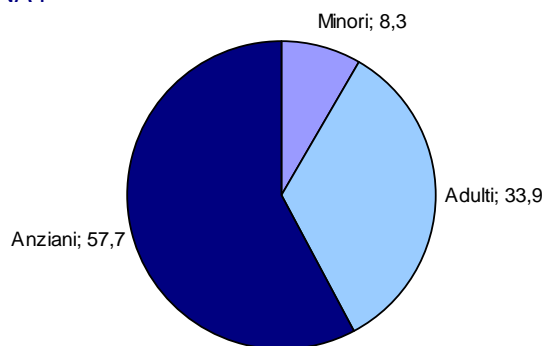
NA2



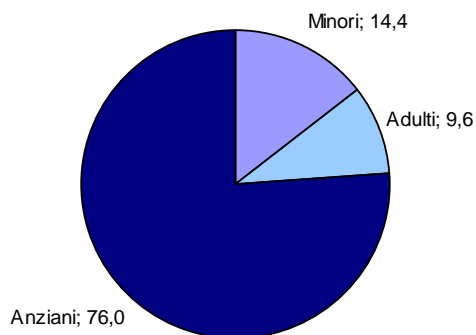
NA3



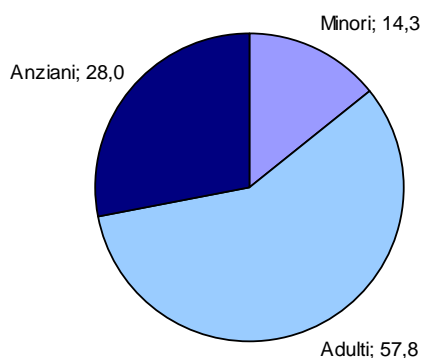
NA4



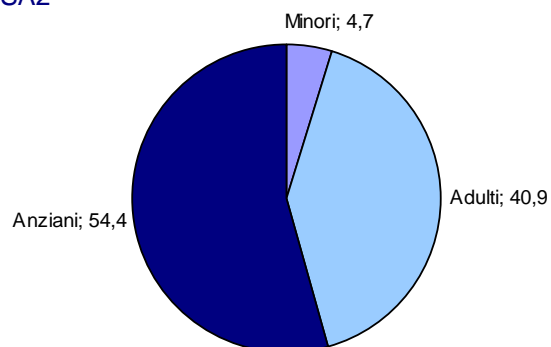
NA5



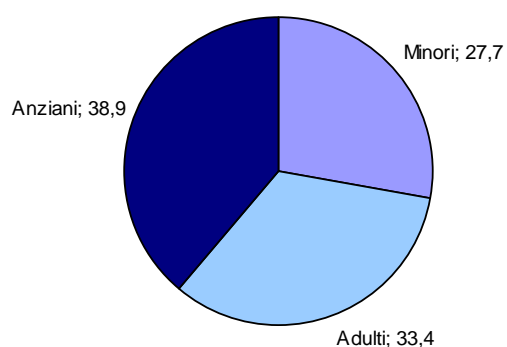
SA1



SA2



SA3



Tab. 5 – Distribuzione degli accessi per fascia d'età e unità operativa (N=9.680)

<i>Valori assoluti</i>	<i>Minori</i>	<i>Adulti</i>	<i>Anziani</i>	<i>Totale</i>
U.O.M.I.	1.072	1.136	113	2321
U.OS.M.	2	200	24	226
U.O.A.R.	197	297	121	615
U.O.A.A.	5	244	2.227	2.476
U.O.Ser.T.	12	340	2	354
Cure Domiciliari	5	43	266	314
Ufficio Socio Sanitario Dis	740	1.175	1.083	2.998
U.O. Fasce deboli	43	274	59	376
Totale	2.076	3.709	3.895	9.680
<i>Percentuale per riga</i>	<i>Minori</i>	<i>Adulti</i>	<i>Anziani</i>	<i>Totale</i>
U.O.M.I.	46,19	48,94	4,87	100
U.OS.M.	0,88	88,50	10,62	100
U.O.A.R.	32,03	48,29	19,67	100
U.O.A.A.	0,20	9,85	89,94	100
U.O.Ser.T.	3,39	96,05	0,56	100
Cure Domiciliari	1,59	13,69	84,71	100
Ufficio Socio Sanitario Dis	24,68	39,19	36,12	100
U.O. Fasce deboli	11,44	72,87	15,69	100
Totale	21,45	38,32	40,24	100

<i>Percentuale per colonna</i>	<i>Minori</i>	<i>Adulti</i>	<i>Anziani</i>	<i>Totale</i>
U.O.M.I.	51,64	30,63	2,90	23,98
U.OS.M.	0,10	5,39	0,62	2,33
U.O.A.R.	9,49	8,01	3,11	6,35
U.O.A.A.	0,24	6,58	57,18	25,58
U.O.Ser.T.	0,58	9,17	0,05	3,66
Cure Domiciliari	0,24	1,16	6,83	3,24
Ufficio Socio Sanitario Dis	35,65	31,68	27,80	30,97
U.O. Fasce deboli	2,07	7,39	1,51	3,88
<i>Totale</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Tab. 6 – Distribuzione degli accessi per Asl e unità operativa

<i>V.a.</i>	<i>Uomi</i>	<i>Uosm</i>	<i>Uoar</i>	<i>Uoaa</i>	<i>Uosert</i>	<i>Cure D.</i>	<i>SSD</i>	<i>F. deb.</i>	<i>Totale</i>
AV1	91	-	-	-	-	-	-	58	149
AV2	-	-	1	-	-	-	177	-	178
BN	38	-	125	78	-	-	-	-	241
CE1	24	3	291	-	1	234	5	-	558
CE2	-	-	-	-	-	-	228	-	228
NA1	93	-	4	523	54	18	1	-	693
NA2	53	40	2	14	1	-	1	-	111
NA3	404	60	35	121	-	-	2.530	63	3.213
NA4	14	-	-	92	-	-	62	-	168
NA5	71	14	12	358	2	-	1	-	458
SA1	1.145	57	98	579	284	-	1	-	2.164
SA2	10	16	-	347	12	62	1	255	703
SA3	413	36	47	364	-	-	4	-	864
<i>Totale</i>	<i>2.356</i>	<i>226</i>	<i>615</i>	<i>2.476</i>	<i>354</i>	<i>314</i>	<i>3.011</i>	<i>376</i>	<i>9.728</i>

<i>% riga</i>	<i>Uomi</i>	<i>Uosm</i>	<i>Uoar</i>	<i>Uoaa</i>	<i>Uosert</i>	<i>Cure D.</i>	<i>SSD</i>	<i>F. deb.</i>	<i>Totale</i>
AV1	61,1	-	-	-	-	-	-	38,9	100,0
AV2	-	-	0,6	-	-	-	99,4	-	100,0
BN	15,8	-	51,9	32,4	-	-	-	-	100,0
CE1	4,3	0,5	52,2	-	0,2	41,9	0,9	-	100,0
CE2	-	-	-	-	-	-	100,0	-	100,0
NA1	13,4	-	0,6	75,5	7,8	2,6	0,1	-	100,0
NA2	47,7	36,0	1,8	12,6	0,9	-	0,9	-	100,0
NA3	12,6	1,9	1,1	3,8	-	-	78,7	2,0	100,0
NA4	8,3	-	-	54,8	-	-	36,9	-	100,0
NA5	15,5	3,1	2,6	78,2	0,4	-	0,2	-	100,0
SA1	52,9	2,6	4,5	26,8	13,1	-	0,0	-	100,0
SA2	1,4	2,3	-	49,4	1,7	8,8	0,1	36,3	100,0
SA3	47,8	4,2	5,4	42,1	-	-	0,5	-	100,0
<i>Totale</i>	<i>24,2</i>	<i>2,3</i>	<i>6,3</i>	<i>25,5</i>	<i>3,6</i>	<i>3,2</i>	<i>31,0</i>	<i>3,9</i>	<i>100,0</i>

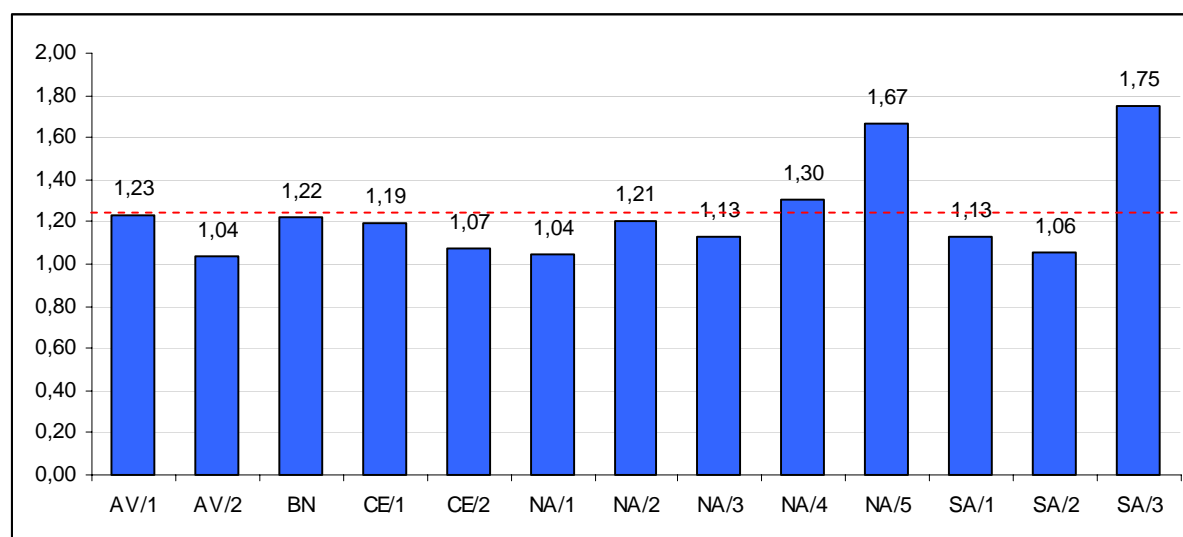
La fase di valutazione del bisogno

Le persone valutate sono state 6.921. Una parte di queste hanno più valutazioni (la media è 1,2 valutazioni per persona), come esplicitato nella successiva tabella. Si nota che nel periodo di monitoraggio quasi il 70% delle persone è stato valutato una sola volta e il 17% due volte. Il 2% è stato valutato più di 7 volte (fino a un massimo di 12).

Tab. 7 – Numero di valutazioni

<i>N valutazioni</i>	<i>N persone con n valutazioni</i>	<i>Percentuale</i>
1	5.914	85,45
2	722	10,43
3	173	2,50
4	47	0,68
5	20	0,29
6	25	0,36
7	4	0,06
8	7	0,10
9	4	0,06
10	3	0,04
11	1	0,01
12	1	0,01
Totale	6.921	100
Totale valutazioni	8.488	
N medio di valutazioni per persona	1,23	

Fig. 16 – Numero medio di valutazioni per Asl



La tabella successiva descrive il numero di valutazioni per singola Asl. Nella prima colonna è indicata la Asl, nella seconda colonna il numero di valutazioni, nella terza colonna il numero di persone e nell'ultima colonna è stata calcolata la percentuale. Considerando la Asl AV1, abbiamo 111 persone con una sola valutazione, 20 persone con 2 valutazioni e 6 persone con 3 valutazioni.

Tab. 8 – Distribuzione delle valutazioni per persona e per Asl

<i>Asl</i>	<i>N valutazioni</i>	<i>N persone con n valutazioni</i>	<i>Percentuale</i>
AV1	1	111	81,02
	2	20	14,60
	3	6	4,38
	<i>Totale persone</i>	<i>137</i>	<i>100</i>
	<i>Totale valutazioni</i>	<i>169</i>	
	<i>N medio valut/persona</i>	<i>1,23</i>	
AV2	1	152	96,20
	2	6	3,80
	<i>Totale persone</i>	<i>158</i>	<i>100</i>
	<i>Totale valutazioni</i>	<i>164</i>	
	<i>N medio valut/persona</i>	<i>1,04</i>	
BN	1	168	83,17
	2	28	13,86
	3	4	1,98
	4	1	0,50
	6	1	0,50
	<i>Totale persone</i>	<i>202</i>	<i>100</i>
	<i>Totale valutazioni</i>	<i>246</i>	
	<i>N medio valut/persona</i>	<i>1,22</i>	
CE1	1	387	82,52
	2	74	15,78
	3	8	1,71
	<i>Totale persone</i>	<i>469</i>	<i>100</i>
	<i>Totale valutazioni</i>	<i>559</i>	
	<i>N medio valut/persona</i>	<i>1,19</i>	
CE2	1	204	93,15
	2	14	6,39
	3	1	0,46
	<i>Totale persone</i>	<i>219</i>	<i>100</i>
	<i>Totale valutazioni</i>	<i>235</i>	
	<i>N medio valut/persona</i>	<i>1,07</i>	
NA1	1	548	96,99
	2	11	1,95
	3	5	0,88
	4	1	0,18
	<i>Totale persone</i>	<i>565</i>	<i>100</i>
	<i>Totale valutazioni</i>	<i>589</i>	
	<i>N medio valut/persona</i>	<i>1,04</i>	

<i>Asl</i>	<i>N valutazioni</i>	<i>N persone con n valutazioni</i>	<i>Percentuale</i>
NA2	1	74	85,06
	2	9	10,34
	3	3	3,45
	4	1	1,15
	<i>Totale persone</i>	<i>87</i>	<i>100</i>
	<i>Totale valutazioni</i>	<i>105</i>	
	<i>N medio valut/persona</i>	<i>1,15</i>	
NA3	1	1.643	88,48
	2	191	10,29
	3	22	1,18
	4	1	0,05
	<i>Totale persone</i>	<i>1.857</i>	<i>100</i>
	<i>Totale valutazioni</i>	<i>2.095</i>	
	<i>N medio valut/persona</i>	<i>1,13</i>	
NA4	1	109	75,17
	2	28	19,31
	3	8	5,52
	<i>Totale persone</i>	<i>145</i>	<i>100</i>
		<i>Totale valutazioni</i>	<i>189</i>
	<i>N medio valut/persona</i>	<i>1,30</i>	
NA5	1	259	69,25
	2	44	11,76
	3	44	11,76
	4	11	2,94
	5	3	0,80
	6	10	2,67
	8	1	0,27
	9	2	0,53
	<i>Totale persone</i>	<i>374</i>	<i>100</i>
	<i>Totale valutazioni</i>	<i>624</i>	
	<i>N medio valut/persona</i>	<i>1,67</i>	
SA1	1	1.473	89,60
	2	145	8,82
	3	15	0,91
	4	5	0,30
	5	1	0,06
	6	4	0,24
	7	1	0,06
	<i>Totale persone</i>	<i>1.644</i>	<i>100</i>
	<i>Totale valutazioni</i>	<i>1.864</i>	
	<i>N medio valut/persona</i>	<i>1,13</i>	
SA2	1	289	94,14
	2	18	5,86
	<i>Totale persone</i>	<i>307</i>	<i>100</i>
	<i>Totale valutazioni</i>	<i>325</i>	
	<i>N medio valut/persona</i>	<i>1,06</i>	

<i>Asl</i>	<i>N valutazioni</i>	<i>N persone con n valutazioni</i>	<i>Percentuale</i>
SA3	1	497	65,65
	2	134	17,70
	3	57	7,53
	4	27	3,57
	5	16	2,11
	6	10	1,32
	7	3	0,40
	8	6	0,79
	9	2	0,26
	10	3	0,40
	11	1	0,13
	12	1	0,13
<i>Totale persone</i>		<i>757</i>	<i>100</i>
<i>Totale valutazioni</i>		<i>1.324</i>	
<i>N medio valut/persona</i>		<i>1,75</i>	

Il protocollo di inserimento dei dati prevedeva la scelta della tipologia di bisogno secondo una schema predefinito dal gruppo di ricerca. Le aree di bisogno individuate sono:

- detenuti
- dipendenze e patologie correlate
- disabili
- donna, coppia e famiglia
- immigrazione
- malati terminali
- minori
- non autosufficienti affetti da patologie cronico degenerative
- patologie cronico-degenerative
- patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva
- salute mentale
- sieropositivi e affetti da aids

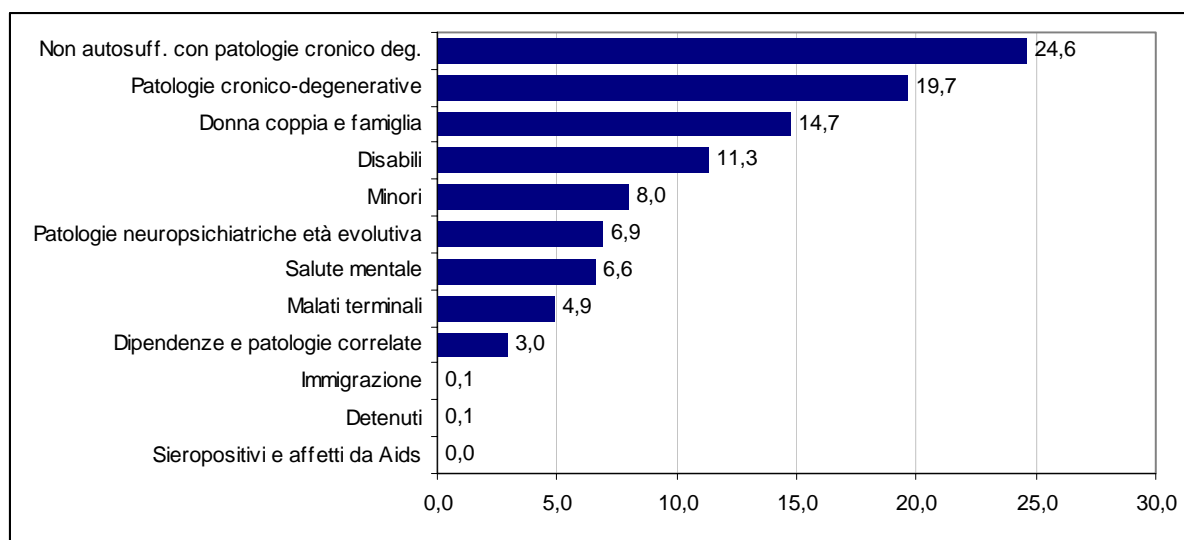
Nel caso di selezione dell'area di bisogno donna coppia-famiglia, specificare:	Nel caso di selezione dell'area di bisogno minori, specificare:
<ul style="list-style-type: none"> - conflitti di coppia - decisioni procreative - disagio familiare - esercizio di ruoli genitoriali - percorso nascita - problemi e difficoltà in ordine alla sessualità - relazioni di coppia e familiari 	<ul style="list-style-type: none"> - disagio e marginalità - maltrattamento, abuso, dispersione scol. - minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria - patologie di interesse sociale - sostegno in comunità - sostegno affidamenti familiari e adozioni

Tab. 9 – Numero di bisogni documentati

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Percentuale valida</i>	<i>Percentuale cumu- lata</i>
Nessun bisogno	1.280	15,08	15,08	15,08
Un bisogno	6.848	80,68	80,68	95,76
Due bisogni	317	3,73	3,73	99,49
Tre bisogni	43	0,51	0,51	100,00
<i>Totale</i>	<i>8.488</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	

Il bisogno maggiormente documentato è relativo a persone non autosufficienti affette da patologie cronic degenerative (24,6%) e a persone con patologie cronic degenerative (19,7%), seguito dalle problematiche relative alla sfera donna, coppia e famiglia (14,7%).

Fig. 17 – Distribuzione percentuale dei bisogni documentati (85% dei casi)



Di seguito si considerano i dati relativi alla prima valutazione di ogni persona. Si tratta di 6.921 persone che sono state valutate almeno una volta.

Tab. 10 – Numero di persone valutate almeno una volta, per Asl

<i>Asl</i>	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>
AV1	137	1,98
AV2	158	2,28
BN	202	2,92
CE1	469	6,78
CE2	219	3,16
NA1	565	8,16
NA2	87	1,26
NA3	1.857	26,83
NA4	145	2,10
NA5	374	5,40
SA1	1.644	23,75
SA2	307	4,44
SA3	757	10,94
<i>Totale</i>	<i>6.921</i>	<i>100</i>

Tab. 11 – Numero di persone valutate almeno una volta per classe d'età (N=6.894)

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Percentuale valida</i>	<i>Percentuale cumulata</i>
Minore	1.527	22,06	22,15	22,15
Adulto	2.511	36,28	36,42	58,57
Anziano	2.856	41,27	41,43	100,00
<i>Totale</i>	<i>6.894</i>	<i>99,61</i>	<i>100,00</i>	

Tab. 12 – Numero di persone valutate almeno una volta, per Asl e classe d'età (N=6.894)

	<i>Minore</i>	<i>%</i>	<i>Adulto</i>	<i>%</i>	<i>Anziano</i>	<i>%</i>	<i>Totale</i>	<i>%</i>
AV1	10	7,30	22	16,06	105	76,64	137	100
AV2	1	0,63	33	20,89	124	78,48	158	100
BN	29	14,36	74	36,63	99	49,01	202	100
CE1	152	32,41	115	24,52	202	43,07	469	100
CE2	4	1,83	169	77,17	46	21,00	219	100
NA1	33	5,85	125	22,16	406	71,99	564	100
NA2	23	26,44	45	51,72	19	21,84	87	100
NA3	755	40,90	620	33,59	471	25,51	1.846	100
NA4	8	5,52	53	36,55	84	57,93	145	100
NA5	50	13,37	28	7,49	296	79,14	374	100
SA1	249	15,27	861	52,79	521	31,94	1.631	100
SA2	16	5,23	104	33,99	186	60,78	306	100
SA3	197	26,06	262	34,66	297	39,29	756	100
<i>Totale</i>	<i>1.527</i>	<i>22,15</i>	<i>2.511</i>	<i>36,42</i>	<i>2.856</i>	<i>41,43</i>	<i>6.894</i>	<i>100</i>

Tab. 13 – Numero di persone valutate almeno una volta per provenienza geografica

<i>Cittadinanza</i>	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	
Italiana	6.905	99,77	<i>La presenza straniera è piuttosto ridotta e pari allo 0,2%</i>
Straniera	16	0,23	
Totale	6.921	100	

Tab. 14 – Stato civile

<i>Stato civile</i>	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	
Celibe /Nubile	1.988	38,2	<i>Più di un terzo delle persone valutate è coniugato e il 58% è celibe/nubile o vedovo.</i>
Coniugato/a	2.009	38,6	
Convivente	34	0,7	
Divorziato/a	30	0,6	
Separato/a	79	1,5	
Vedovo/a	1.065	20,5	
Totale validi	5.205	100,0	
Non risposta	1.716	24,79	
Totale	6.921		

Tab. 15 – Titolo di studio

<i>Titolo di studio</i>	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	
Nessuno	811	18,5	<i>Il 65% delle persone ha concluso la scuola elementare e media inferiore, il 13% le medie superiori. Il percorso di laurea e postlaurea è indicato per circa il 3,4%. Il 18,5% non ha alcun titolo di studio.</i>
Elementare	1.818	41,5	
Medie Inferiori	1.039	23,7	
Medie Superiori	564	12,9	
Laurea	135	3,1	
Post-Laurea	11	0,3	
Totale validi	4.378	100,0	
Non risposta	2.543	36,74	
Totale	6.921		

Tab. 16 – Professione

<i>Professione</i>	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	
Casalinga	774	15,5	<i>Il 15,5% delle valutazioni riguarda casalinghe. Quasi il 50% persone pensionate.</i>
Inabile al lavoro	228	4,6	
Non Occupato	452	9,0	
Occupato	444	8,9	
Pensionato	2.482	49,6	
Studente	621	12,4	
Totale validi	5.001	100,0	
Non risposta	1.920	27,74	
Totale	6.921		

Tab. 17 – Condizione abitativa

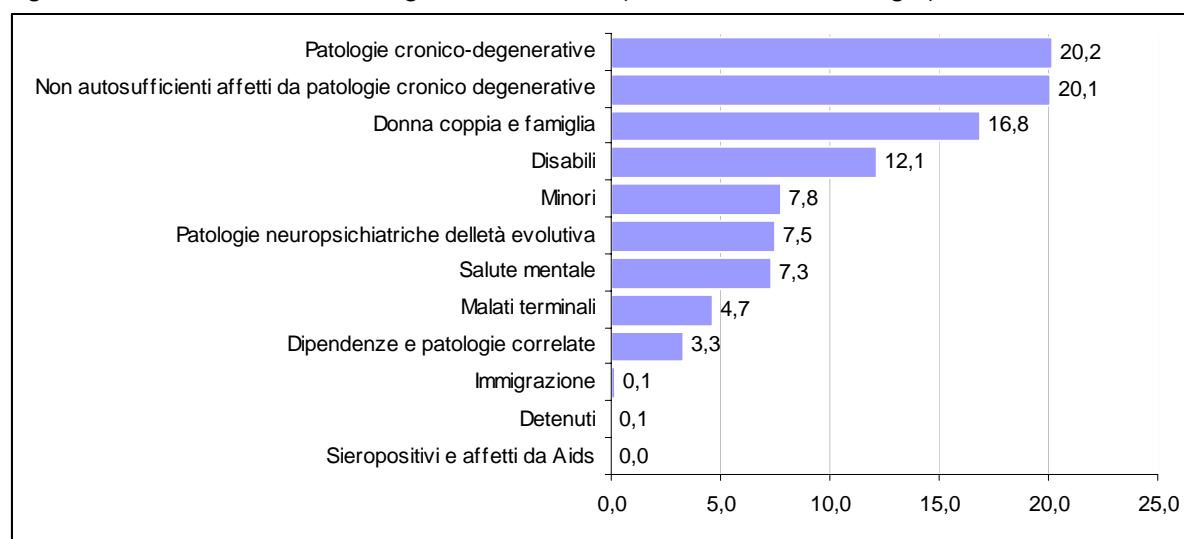
<i>Condizione abitativa</i>	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Il 92,7% delle persone vive in condizione abitativa adeguata.</i>
Adeguata	4.173	92,7	
Non Adeguata	328	7,3	
Totale validi	4.501	100,0	
Non risposta	2.420	34,97	
Totale	6.921		

Tab. 18 – Modalità di accesso

<i>Accesso tramite...</i>	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Il medico di medicina generale costituisce la principale porta di accesso ai servizi (40,3%) seguito dalla persona o dai suoi familiari (che insieme sommano al 40%)</i>
Ambulatorio STP	2	0,0	
Autorità Giudiziaria	113	2,0	
Diretto interessato	761	13,5	
Familiari	1.481	26,4	
Medico di Medicina Generale	2.262	40,3	
Ospedale	73	1,3	
Pediatra Libera Scelta	113	2,0	
Privato sociale	15	0,3	
PUA	535	9,5	
Scuola	132	2,4	
Servizi Sociali Territoriali	130	2,3	
Totale validi	5.617	100,0	
Non risposta	1.304	18,84	
Totale	6.921		

Per queste persone sono indicate le percentuali di bisogno: patologie cronic-degenerative e persone non autosufficienti con patologie cronic degenerative rappresentano la maggioranza.

Fig. 18 – Distribuzione dei bisogni documentati (% sul totale dei bisogni)



Tab. 19 – Numero di bisogni documentati per ogni valutazione

<i>N bisogni</i>	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Percentuale valida</i>
Nessun bisogno	1.152	16,64	
Un bisogno	5.473	79,08	94,87
Due bisogni	260	3,76	4,51
Tre bisogni	36	0,52	0,62
Totale	6.921	100,00	100,00

Nelle tabelle successive, si considerano le persone per le quali è stato indicato un bisogno prevalente alla prima valutazione (79% del totale delle valutazioni, 95% di chi ha espresso almeno un bisogno).

Tab. 20 – Distribuzione dei bisogni prevalenti alla prima valutazione

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Percentuale valida</i>	<i>Percentuale cumulata</i>
Detenuti	1	0,02	0,02	0,02
Dipendenze e patologie correlate	171	3,12	3,12	3,14
Disabili	630	11,51	11,51	14,65
Donna coppia e famiglia	1.005	18,36	18,36	33,02
Immigrazione	3	0,05	0,05	33,07
Malati terminali	257	4,70	4,70	37,77
Minori	369	6,74	6,74	44,51
Non autosuff. patologie cronico degenerative	1.113	20,34	20,34	64,85
Patologie cronico-degenerative	1.144	20,90	20,90	85,75
Patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva	374	6,83	6,83	92,58
Salute mentale	406	7,42	7,42	100,00
Totale	5.473	100	100	

Tab. 21 – Distribuzione dei bisogni per Asl

<i>Asl</i>	<i>Bisogni</i>	<i>Conteggio</i>	<i>% entro Asl</i>
AV1	Dipendenze e patologie correlate	2	1,72
	Disabili	12	10,34
	Malati terminali	4	3,45
	Minori	5	4,31
	Non autosufficienti con patologie cronico degenerative	59	50,86
	Patologie cronico-degenerative	30	25,86
	Patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva	4	3,45
	Totale	116	100,00
AV2	Disabili	9	7,03
	Malati terminali	2	1,56
	Non autosufficienti con patologie cronico degenerative	26	20,31
	Patologie cronico-degenerative	79	61,72
	Salute mentale	12	9,38
Totale	128	100,00	
BN	Disabili	33	18,97
	Donna coppia e famiglia	12	6,90

<i>Asl</i>	<i>Bisogni</i>	<i>Conteggio</i>	<i>% entro Asl</i>
	Minori	7	4,02
	Non autosufficienti con patologie cronico degenerative	98	56,32
	Patologie cronico-degenerative	8	4,60
	Patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva	15	8,62
	Salute mentale	1	0,57
	<i>Totale</i>	<i>174</i>	<i>100,00</i>
CE1	Disabili	216	52,05
	Donna coppia e famiglia	6	1,45
	Malati terminali	17	4,10
	Minori	2	0,48
	Non autosufficienti con patologie cronico degenerative	161	38,80
	Patologie cronico-degenerative	12	2,89
	Patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva	1	0,24
	<i>Totale</i>	<i>415</i>	<i>100,00</i>
CE2	Disabili	2	0,94
	Minori	2	0,94
	Non autosufficienti con patologie cronico degenerative	8	3,77
	Salute mentale	200	94,34
	<i>Totale</i>	<i>212</i>	<i>100,00</i>
NA1	Detenuti	1	0,20
	Dipendenze e patologie correlate	37	7,24
	Disabili	3	0,59
	Donna coppia e famiglia	27	5,28
	Immigrazione	1	0,20
	Malati terminali	2	0,39
	Minori	25	4,89
	Non autosufficienti con patologie cronico degenerative	36	7,05
	Patologie cronico-degenerative	379	74,17
	<i>Totale</i>	<i>511</i>	<i>100,00</i>
NA2	Disabili	3	3,90
	Donna coppia e famiglia	9	11,69
	Malati terminali	1	1,30
	Minori	20	25,97
	Non autosufficienti con patologie cronico degenerative	5	6,49
	Patologie cronico-degenerative	5	6,49
	Patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva	1	1,30
	Salute mentale	33	42,86
	<i>Totale</i>	<i>77</i>	<i>100,00</i>
NA3	Dipendenze e patologie correlate	5	0,43
	Disabili	71	6,04
	Donna coppia e famiglia	270	22,96
	Malati terminali	13	1,11
	Minori	91	7,74
	Non autosufficienti con patologie cronico degenerative	61	5,19
	Patologie cronico-degenerative	378	32,14
	Patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva	232	19,73
	Salute mentale	55	4,68
	<i>Totale</i>	<i>1.176</i>	<i>100,00</i>

<i>Asl</i>	<i>Bisogni</i>	<i>Conteggio</i>	<i>% entro Asl</i>
NA4	Dipendenze e patologie correlate	1	0,83
	Disabili	27	22,31
	Malati terminali	8	6,61
	Minori	1	0,83
	Non autosufficienti con patologie cronico degenerative	70	57,85
	Patologie cronico-degenerative	10	8,26
	Patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva	2	1,65
	Salute mentale	2	1,65
	<i>Totale</i>	<i>121</i>	<i>100,00</i>
NA5	Disabili	8	3,85
	Donna coppia e famiglia	3	1,44
	Malati terminali	1	0,48
	Minori	18	8,65
	Non autosufficienti con patologie cronico degenerative	144	69,23
	Patologie cronico-degenerative	22	10,58
	Patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva	6	2,88
	Salute mentale	6	2,88
<i>Totale</i>	<i>208</i>	<i>100,00</i>	
SA1	Dipendenze e patologie correlate	121	8,53
	Disabili	63	4,44
	Donna coppia e famiglia	544	38,34
	Immigrazione	1	0,07
	Malati terminali	142	10,01
	Minori	110	7,75
	Non autosufficienti con patologie cronico degenerative	277	19,52
	Patologie cronico-degenerative	23	1,62
	Patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva	97	6,84
	Salute mentale	41	2,89
<i>Totale</i>	<i>1.419</i>	<i>100,00</i>	
SA2	Dipendenze e patologie correlate	5	2,02
	Disabili	80	32,26
	Malati terminali	5	2,02
	Minori	2	0,81
	Non autosufficienti con patologie cronico degenerative	16	6,45
	Patologie cronico-degenerative	118	47,58
	Patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva	7	2,82
	Salute mentale	15	6,05
	<i>Totale</i>	<i>248</i>	<i>100,00</i>
SA3	Disabili	103	15,42
	Donna coppia e famiglia	134	20,06
	Immigrazione	1	0,15
	Malati terminali	62	9,28
	Minori	86	12,87
	Non autosufficienti con patologie cronico degenerative	152	22,75
	Patologie cronico-degenerative	80	11,98
	Patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva	9	1,35
	Salute mentale	41	6,14
	<i>Totale</i>	<i>668</i>	<i>100,00</i>

<i>Asl</i>	<i>Bisogni</i>	<i>Conteggio</i>	<i>% entro Asl</i>
Totale	Detenuti	1	0,02
	Dipendenze e patologie correlate	171	3,12
	Disabili	630	11,51
	Donna coppia e famiglia	1.005	18,36
	Immigrazione	3	0,05
	Malati terminali	257	4,70
	Minori	369	6,74
	Non autosufficienti con patologie cronico degenerative	1.113	20,34
	Patologie cronico-degenerative	1.144	20,90
	Patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva	374	6,83
	Salute mentale	406	7,42
	<i>Totale</i>	<i>5.473</i>	<i>100,00</i>

Se si considera la prima valutazione di ogni persona, risulta che per 3.935 persone su 6.921 (il 57% del totale) non è stato specificato alcuno strumento di valutazione, per 184 persone non sono stati selezionati gli strumenti di valutazione, sono stati però specificati nella voce "Altro".

Tab. 22 – Strumenti di valutazione utilizzati nella prima valutazione (2.902 casi documentati)

<i>Valori assoluti</i>	<i>Minore</i>	<i>Adulto</i>	<i>Anziano</i>	<i>Totale</i>
BMI	1	-	4	5
ADL: attività della vita quotidiana , scala funzionale globale	12	176	1329	1517
BINA (breve indice di non autosufficienza)	-	9	113	122
C.I.R.S: comorbidità	1	35	221	257
DMI	-	1	75	76
CBI	-	-	1	1
DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	6	136	28	170
G.D.S: depressione geriatrica	-	1	19	20
GDF	-	-	1	1
GEFI	1	38	546	585
Hachinski Ischemic Score	-	-	2	2
I.C.F. : grado di autonomia	76	213	67	356
IADL: attività strumentale della vita quotidiana	3	171	1312	1486
ICD 10: International Classification of Diseases	99	254	81	434
Indice di Karnosky	1	42	98	141
M.D.B. Mental Deterior Battery: deterioramento mentale	-	8	28	36
M.M.S.E. : cognitività	-	57	594	651
NPI: Neuropsychiatric Inventory	1	-	1	2
Scala di autonomia dell'OMS	3	3	-	6
Exton-Smith	-	1	46	47
Indice di Norton	-	4	88	92
Scala di Branden	-	-	8	8
Altro	227	213	28	468
<i>Totale</i>	<i>431</i>	<i>1362</i>	<i>4690</i>	<i>6483</i>
<i>% riga</i>	<i>Minore</i>	<i>Adulto</i>	<i>Anziano</i>	<i>Totale</i>

<i>Valori assoluti</i>	<i>Minore</i>	<i>Adulto</i>	<i>Anziano</i>	<i>Totale</i>
BMI	20,0	-	80,0	100
ADL : attività della vita quotidiana , scala funzionale globale	0,8	11,6	87,6	100
BINA (breve indice di non autosufficienza)	-	7,4	92,6	100
C.I.R.S: comorbidità	0,4	13,6	86,0	100
DMI	-	1,3	98,7	100
CBI	-	-	100,0	100
DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	3,5	80,0	16,5	100
G.D.S: depressione geriatrica	-	5,0	95,0	100
GDF	-	-	100,0	100
GEFI	0,2	6,5	93,3	100
Hachinski Ischemic Score	-	-	100,0	100
I.C.F.: grado di autonomia	21,3	59,8	18,8	100
IADL: attività strumentale della vita quotidiana	0,2	11,5	88,3	100
ICD 10: International Classification of Diseases	22,8	58,5	18,7	100
Indice di Karnosky	0,7	29,8	69,5	100
M.D.B. Mental Deterior Battery: deterioramento mentale	-	22,2	77,8	100
M.M.S.E.: cognitiv�	-	8,8	91,2	100
NPI: Neuropsychiatric Inventory	50,0	-	50,0	100
Scala di autonomia dell'OMS	50,0	50,0	-	100
Exton-Smith	-	2,1	97,9	100
Indice di Norton	-	4,3	95,7	100
Scala di Branden	-	-	100,0	100
Altro	48,5	45,5	6,0	100
<i>Totale</i>	<i>6,6</i>	<i>21,0</i>	<i>72,3</i>	<i>100</i>

La mappa sotto riportata considera le percentuali indicate in Tab. 21 (Distribuzione dei bisogni per Asl). Lo sfondo colorato indica i tre bisogni più diffusi (blu indica il bisogno più diffuso).

Fig. 19 – Mappa dei bisogni per Asl

Asl	Detenuti	Dipendenze e patologie correlate	Disabili	Donna, coppia e famiglia	Immigrazione	Malati terminali	Minori	Non auto-sufficienti con patologie cronico-degenerative	Patologie cronico-degenerative	Patologie neuro psichiatriche dell'età evolutiva	Salute mentale
AV1		1,72	10,34			3,45	4,31	50,86	25,86	3,45	
AV2			7,03			1,56		20,31	61,72		9,38
BN			18,97	6,90			4,02	56,32	4,60	8,62	0,57
CE1			52,05	1,45		4,10	0,48	38,80	2,89	0,24	
CE2			0,94				0,94	3,77			94,34
NA1	0,20	7,24	0,59	5,28	0,20	0,39	4,89	7,05	74,17		0,00
NA2			3,90	11,69		1,30	25,97	6,49	6,49	1,30	42,86
NA3		0,43	6,04	22,96		1,11	7,74	5,19	32,14	19,73	4,68
NA4		0,83	22,31			6,61	0,83	57,85	8,26	1,65	1,65
NA5			3,85	1,44		0,48	8,65	69,23	10,58	2,88	2,88
SA1		8,53	4,44	38,34	0,07	10,01	7,75	19,52	1,62	6,84	2,89
SA2		2,02	32,26	0,00		2,02	0,81	6,45	47,58	2,82	6,05
SA3			15,42	20,06	0,15	9,28	12,87	22,75	11,98	1,35	6,14

Legenda:

Diffusione percentuale del bisogno

Primo
bisogno

Secondo
bisogno

Terzo
bisogno

Tab. 23 – Motivo dell'esenzione

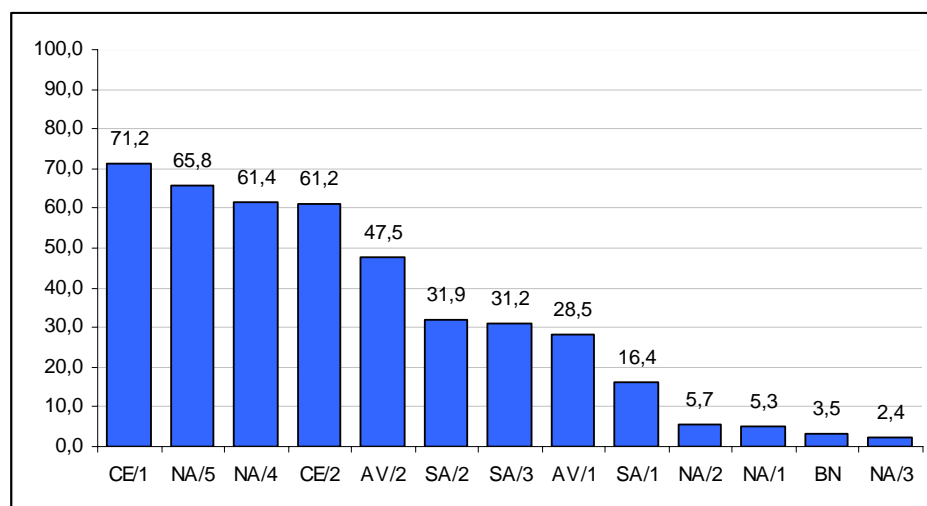
	<i>Esenzione x Età</i>	<i>Esenzione x Invalidità</i>	<i>Esenzione x Pataologia</i>	<i>Esenzione x Reddito</i>	<i>Non esenti</i>	<i>Totale</i>
AV1	38	45	24	9	21	137
AV2	32	66	24	27	9	158
BN	64	59	3	12	64	202
CE1	89	100	65	5	210	469
CE2	13	42	20	7	137	219
NA1	21	35	83	315	111	565
NA2	1	21	1	3	61	87
NA3	50	77	57	25	1.648	1.857
NA4	7	56	20	3	59	145
NA5	183	88	26	40	37	374
SA1	164	200	137	59	1.084	1.644
SA2	163	119	15	2	8	307
SA3	170	147	95	51	294	757
<i>Totale</i>	<i>995</i>	<i>1055</i>	<i>570</i>	<i>558</i>	<i>3743</i>	<i>6.921</i>
AV1	27,74	32,85	17,52	6,57	15,33	100
AV2	20,25	41,77	15,19	17,09	5,70	100
BN	31,68	29,21	1,49	5,94	31,68	100
CE1	18,98	21,32	13,86	1,07	44,78	100
CE2	5,94	19,18	9,13	3,20	62,56	100
NA1	3,72	6,19	14,69	55,75	19,65	100
NA2	1,15	24,14	1,15	3,45	70,11	100
NA3	2,69	4,15	3,07	1,35	88,75	100
NA4	4,83	38,62	13,79	2,07	40,69	100
NA5	48,93	23,53	6,95	10,70	9,89	100
SA1	9,98	12,17	8,33	3,59	65,94	100
SA2	53,09	38,76	4,89	0,65	2,61	100
SA3	22,46	19,42	12,55	6,74	38,84	100
<i>Totale</i>	<i>14,38</i>	<i>15,24</i>	<i>8,24</i>	<i>8,06</i>	<i>54,08</i>	<i>100</i>
AV1	3,82	4,27	4,21	1,61	0,56	1,98
AV2	3,22	6,26	4,21	4,84	0,24	2,28
BN	6,43	5,59	0,53	2,15	1,71	2,92
CE1	8,94	9,48	11,40	0,90	5,61	6,78
CE2	1,31	3,98	3,51	1,25	3,66	3,16
NA1	2,11	3,32	14,56	56,45	2,97	8,16
NA2	0,10	1,99	0,18	0,54	1,63	1,26
NA3	5,03	7,30	10,00	4,48	44,03	26,83
NA4	0,70	5,31	3,51	0,54	1,58	2,10
NA5	18,39	8,34	4,56	7,17	0,99	5,40
SA1	16,48	18,96	24,04	10,57	28,96	23,75
SA2	16,38	11,28	2,63	0,36	0,21	4,44
SA3	17,09	13,93	16,67	9,14	7,85	10,94
<i>Totale</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>

Tab. 24 – Esistenza di un Pai (per Asl)

	<i>Pai</i>	<i>%</i>
AV1	137	28,47
AV2	158	47,47
BN	202	3,47
CE1	469	71,22
CE2	219	61,19
NA1	565	5,31
NA2	87	5,75
NA3	1.857	2,42
NA4	145	61,38
NA5	374	65,78
SA1	1.644	16,42
SA2	307	31,92
SA3	757	31,18
<i>Totale</i>	<i>6.921</i>	<i>23,23</i>

L'ordinamento decrescente evidenzia che la Asl CE1 ha elaborato Pai per il 71,2% delle persone valutate, NA4 e NA5 si attestano tra il 60-70%, mentre le Asl NA2, NA1, BN e NA3 non arrivano al 6%.

Fig. 20 – Esistenza di un Pai (per Asl)



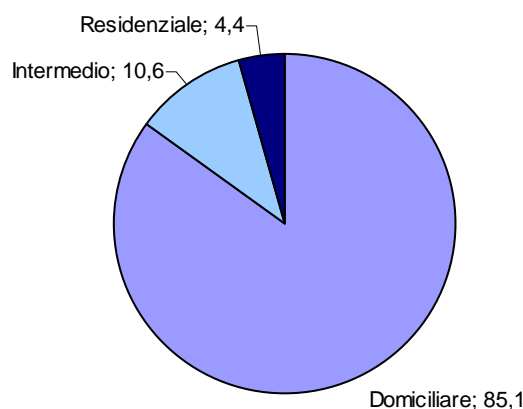
Tab. 25 – Esistenza di un Pai per Asl e classe d'età

	<i>Minore</i>		<i>Adulto</i>		<i>Anziano</i>	
	<i>Pai</i>	<i>%</i>	<i>Pai</i>	<i>%</i>	<i>Pai</i>	<i>%</i>
AV1	3	30	2	9	34	32
AV2	1	100	19	58	55	44
BN	-	-	3	4	4	4
CE1	128	84	79	69	127	63
CE2	2	50	106	63	26	57
NA1	23	70	1	1	5	1
NA2	-	-	2	4	3	16
NA3	18	2	13	2	14	3
NA4	2	25	38	72	49	58
NA5	2	4	7	25	237	80
SA1	1	-	37	4	232	45
SA2	12	75	71	68	15	8
SA3	39	20	85	32	112	38
<i>Totale persone</i>	<i>1.527</i>	<i>15%</i>	<i>2.511</i>	<i>18%</i>	<i>2.856</i>	<i>32%</i>

Gli interventi erogati

Per ogni persona è stato indicato il livello assistenziale in cui si colloca l'intervento, suddiviso in domiciliare, intermedio e residenziale. Il livello intermedio è suddiviso a sua volta in intermedio ambulatoriale e intermedio diurno. Complessivamente sono stati erogati oltre 5.165 interventi a seguito di 2.326 valutazioni. Riguardano 1.680 persone (con una media di 3,1 prestazione a persona).

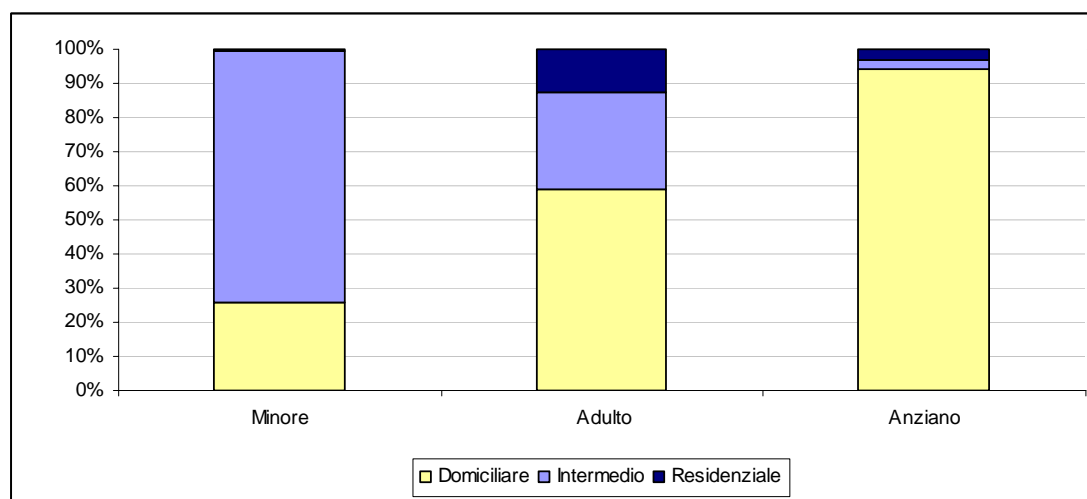
Fig. 21 – Prestazioni erogate per livello



Tab. 26 – Prestazioni erogate per livello e classe d'età

	<i>Minore</i>	<i>Adulto</i>	<i>Anziano</i>	<i>Totale</i>
Ambulatoriale	171	179	120	470
Diurno	8	63	3	74
Domiciliare	63	501	3.823	4.387
Residenziale	1	107	118	226
Totale	243	850	4.064	5.157

Fig. 22 – Prestazioni erogate per classe d'età



La successiva tabella considera il numero di prestazioni per persona e per singola Asl. Nella Asl AV1 3 persone hanno una prestazione, 5 persone 2 prestazioni, 10 persone 3 prestazioni. La media della Asl AV1 è di 2,4 prestazioni a persona.

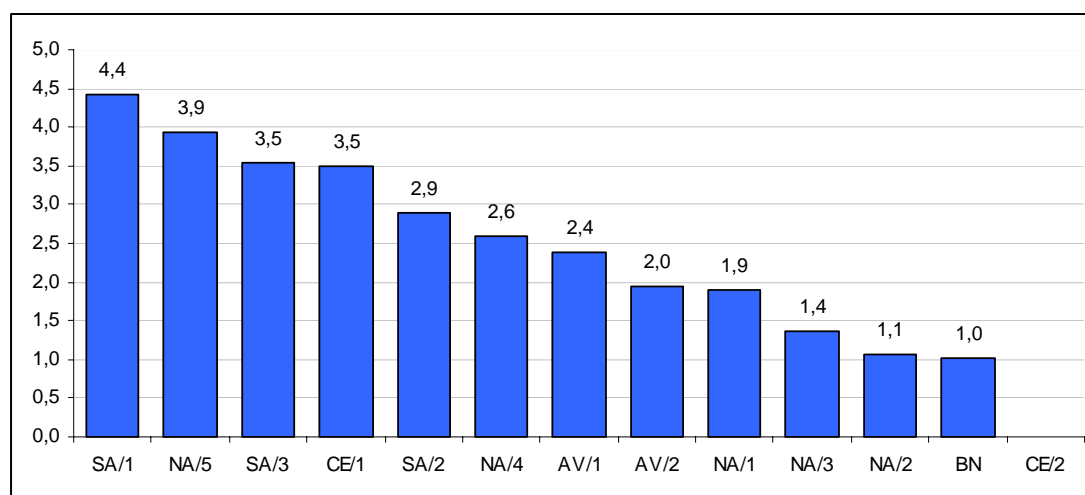
Tab. 27 – Distribuzione delle prestazioni erogate per persona e per Asl

<i>Asl</i>		<i>N prestazioni</i>	<i>N pers con n prestazioni</i>	<i>Percentuale</i>
AV1	1		3	16,67
	2		5	27,78
	3		10	55,56
	<i>Totale persone</i>		<i>18</i>	<i>100</i>
	<i>Totale prestazioni</i>		<i>43</i>	
	<i>N medio prestazioni/persona</i>		<i>2,39</i>	
AV2	1		30	47,62
	2		12	19,05
	3		16	25,40
	4		4	6,35
	5		1	1,59
	<i>Totale persone</i>		<i>63</i>	<i>100</i>
	<i>Totale prestazioni</i>		<i>123</i>	
	<i>N medio prestazioni/persona</i>		<i>1,95</i>	
BN	1		35	97,22
	2		1	2,78
	<i>Totale persone</i>		<i>36</i>	<i>100</i>
	<i>Totale prestazioni</i>		<i>37</i>	
	<i>N medio prestazioni/persona</i>		<i>1,03</i>	
CE1	1		45	19,23
	2		46	19,66
	3		38	16,24
	4		57	24,36
	5		11	4,70
	6		9	3,85
	7		9	3,85
	8		15	6,41
	10		2	0,85
	>10		2	0,86
	<i>Totale persone</i>		<i>234</i>	<i>100</i>
	<i>Totale prestazioni</i>		<i>818</i>	
	<i>N medio prestazioni/persona</i>		<i>3,50</i>	
CE2	1		1	100
	<i>Totale persone</i>		<i>1</i>	<i>100</i>
	<i>Totale prestazioni</i>		<i>1</i>	
	<i>N medio prestazioni/persona</i>		<i>1,00</i>	
NA1	1		19	65,52
	2		1	3,45
	3		3	10,34
	4		5	17,24
	5		1	3,45
	<i>Totale persone</i>		<i>29</i>	<i>100</i>

<i>Asl</i>		<i>N prestazioni</i>	<i>N pers con n prestazioni</i>	<i>Percentuale</i>
	<i>Totale prestazioni</i>		55	
	<i>N medio prestazioni/persona</i>		1,90	
NA2	1		34	94,44
	2		2	5,56
	<i>Totale persone</i>		36	100
	<i>Totale prestazioni</i>		38	
	<i>N medio prestazioni/persona</i>		1,06	
NA3	1		244	78,46
	2		51	16,40
	3		10	3,22
	4		3	0,96
	8		2	0,64
	>10		1	0,32
	<i>Totale persone</i>		311	100
	<i>Totale prestazioni</i>		428	
	<i>N medio prestazioni/persona</i>		1,38	
NA4	1		32	32,32
	2		28	28,28
	3		10	10,10
	4		17	17,17
	5		6	6,06
	6		3	3,03
	7		2	2,02
	8		1	1,01
	<i>Totale persone</i>		99	100
	<i>Totale prestazioni</i>		256	
	<i>N medio prestazioni/persona</i>		2,59	
NA5	1		42	25,15
	2		30	17,96
	3		38	22,75
	4		12	7,19
	5		15	8,98
	6		15	8,98
	7		2	1,20
	8		1	0,60
	9		7	4,19
	>10		5	2,99
	<i>Totale persone</i>		167	100
	<i>Totale prestazioni</i>		656	
	<i>N medio prestazioni/persona</i>		3,93	
SA1	1		52	14,99
	2		14	4,03
	3		67	19,31
	4		55	15,85
	5		44	12,68
	6		38	10,95
	7		43	12,39
	8		30	8,65

<i>Asl</i>		<i>N prestazioni</i>	<i>N pers con n prestazioni</i>	<i>Percentuale</i>
	9		2	0,58
	10		1	0,29
	>10		1	0,29
	<i>Totale persone</i>		<i>347</i>	<i>100</i>
	<i>Totale prestazioni</i>		<i>1.532</i>	
	<i>N medio prestazioni/persona</i>		<i>4,41</i>	
SA2	1		13	36,11
	2		6	16,67
	3		3	8,33
	4		4	11,11
	5		6	16,67
	6		4	11,11
	<i>Totale persone</i>		<i>36</i>	<i>100</i>
	<i>Totale prestazioni</i>		<i>104</i>	
	<i>N medio prestazioni/persona</i>		<i>2,89</i>	
SA3	1		100	33,00
	2		52	17,16
	3		44	14,52
	4		33	10,89
	5		13	4,29
	6		17	5,61
	7		9	2,97
	8		11	3,63
	9		5	1,65
	10		8	2,64
	>10		11	3,63
	<i>Totale persone</i>		<i>303</i>	<i>100</i>
	<i>Totale prestazioni</i>		<i>1.074</i>	
	<i>N medio prestazioni/persona</i>		<i>3,54</i>	
Totale	1		650	38,69
	2		248	14,76
	3		239	14,23
	4		190	11,31
	5		97	5,77
	6		86	5,12
	7		65	3,87
	8		60	3,57
	9		14	0,83
	10		11	0,65
	>10		2	1,19
	<i>Totale persone</i>		<i>1.680</i>	<i>100</i>
	<i>Totale prestazioni</i>		<i>5.165</i>	
	<i>N medio prestazioni/persona</i>		<i>3,07</i>	

Fig. 23 – Numero medio di prestazioni per persona per Asl



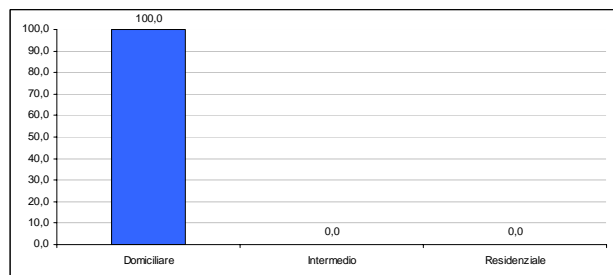
Tab. 28 – Prestazioni erogate per Asl, livello e classe d'età

		<i>Minore</i>	<i>Adulto</i>	<i>Anziano</i>	<i>Totale</i>
AV1	Domiciliare		6	37	43
	Totale		6	37	43
AV2	Ambulatoriale		4	34	38
	Diurno	1		2	3
	Domiciliare		8	72	80
	Residenziale		2		2
	Totale	1	14	108	123
BN	Ambulatoriale	18	14		32
	Domiciliare		1		1
	Residenziale			4	4
	Totale	18	15	4	37
CE1	Ambulatoriale	25	3		28
	Diurno	5	9		14
	Domiciliare		103	666	769
	Residenziale		5	2	7
	Totale	30	120	668	818
CE2	Domiciliare	1			1
	Totale	1			1
NA1	Ambulatoriale	4	39	1	44
	Diurno		1		1
	Domiciliare		2	8	10
	Totale	4	42	9	55
NA2	Ambulatoriale	11			11
	Domiciliare	3		2	5
	Residenziale	1	20	1	22

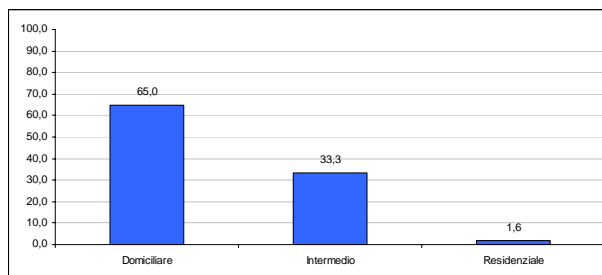
		<i>Minore</i>	<i>Adulto</i>	<i>Anziano</i>	<i>Totale</i>
	<i>Totale</i>	<i>15</i>	<i>20</i>	<i>3</i>	<i>38</i>
NA3	Ambulatoriale	104	16		120
	Diurno		8		8
	Domiciliare	51	64	176	291
	Residenziale		5		5
	<i>Totale</i>	<i>155</i>	<i>93</i>	<i>176</i>	<i>424</i>
NA4	Diurno	1	24		25
	Domiciliare		35	195	230
	Residenziale		1		1
	<i>Totale</i>	<i>1</i>	<i>60</i>	<i>195</i>	<i>256</i>
NA5	Ambulatoriale	4	4	38	46
	Domiciliare		28	582	610
	<i>Totale</i>	<i>4</i>	<i>32</i>	<i>620</i>	<i>656</i>
SA1	Ambulatoriale	3	88	44	135
	Diurno		6	1	7
	Domiciliare		161	1.226	1.387
	Residenziale		3		3
	<i>Totale</i>	<i>3</i>	<i>258</i>	<i>1.271</i>	<i>1.532</i>
SA2	Ambulatoriale	2	4	1	7
	Domiciliare	2	6	25	33
	Residenziale		64		64
	<i>Totale</i>	<i>4</i>	<i>74</i>	<i>26</i>	<i>104</i>
SA3	Ambulatoriale		7	2	9
	Diurno	1	15		16
	Domiciliare	6	87	834	927
	Residenziale		7	111	118
	<i>Totale</i>	<i>7</i>	<i>116</i>	<i>947</i>	<i>1.070</i>
Totale	Ambulatoriale	171	179	120	470
	Diurno	8	63	3	74
	Domiciliare	63	501	3.823	4.387
	Residenziale	1	107	118	226
	<i>Totale</i>	<i>243</i>	<i>850</i>	<i>4.064</i>	<i>5.157</i>

Fig. 24 - Prestazioni erogate per livello e Asl

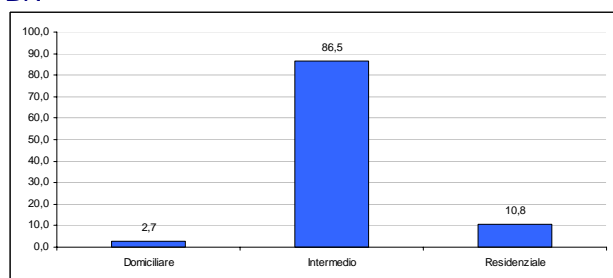
AV1



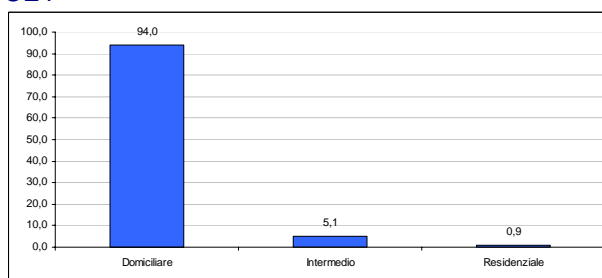
AV2



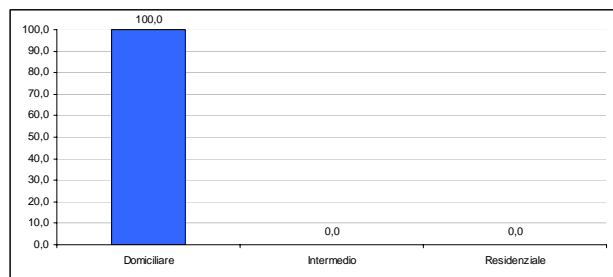
BN



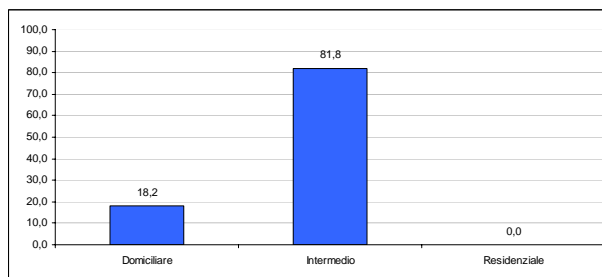
CE1



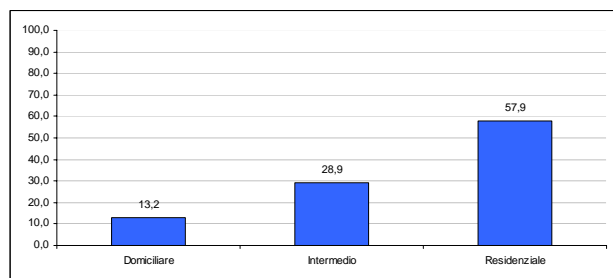
CE2



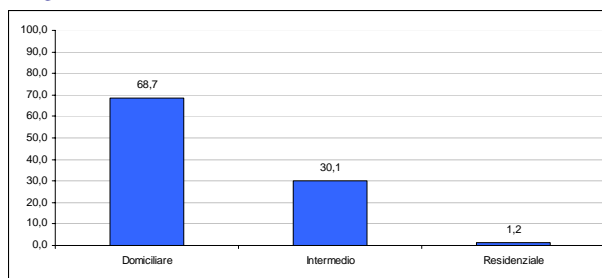
NA1



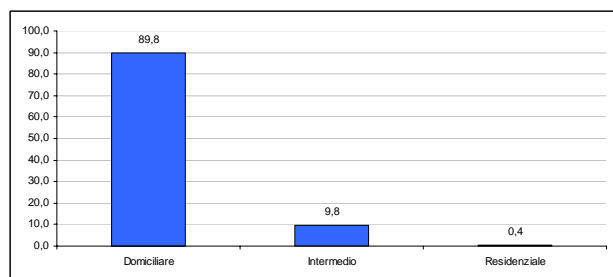
NA2



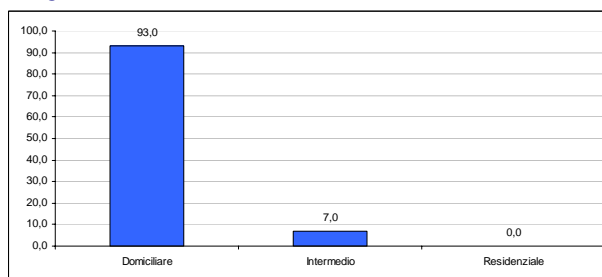
NA3



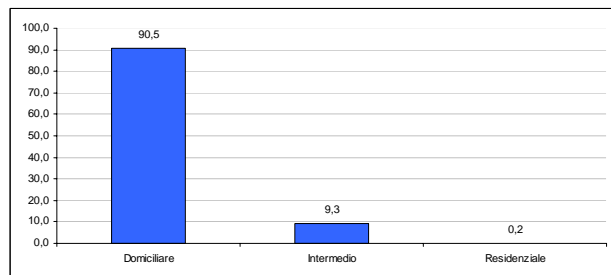
NA4



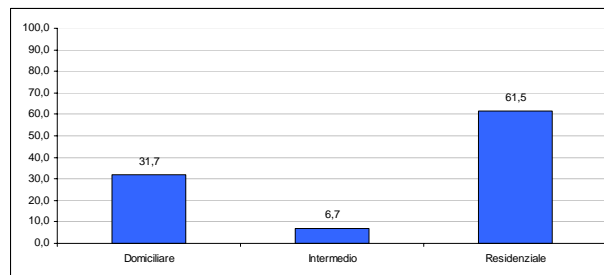
NA5



SA1



SA2



SA3

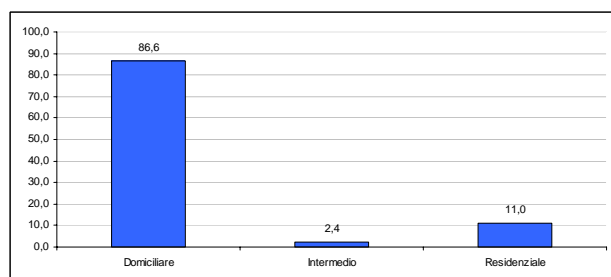


Fig. 25 - Minori – Distribuzione percentuale di tutte le prestazioni erogate per livello, per Asl

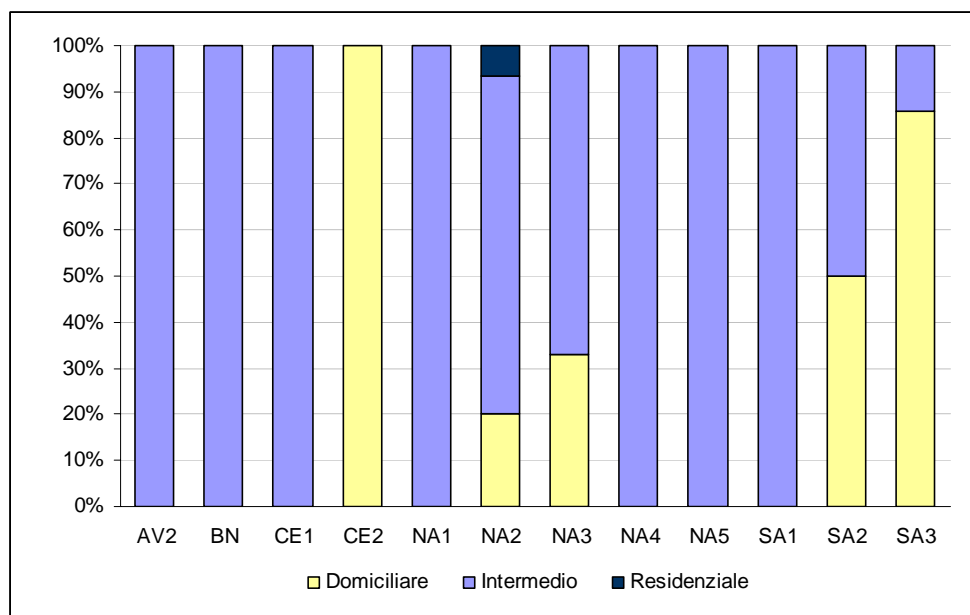


Fig. 26 - Adulti – Distribuzione percentuale di tutte le prestazioni erogate per livello, per Asl

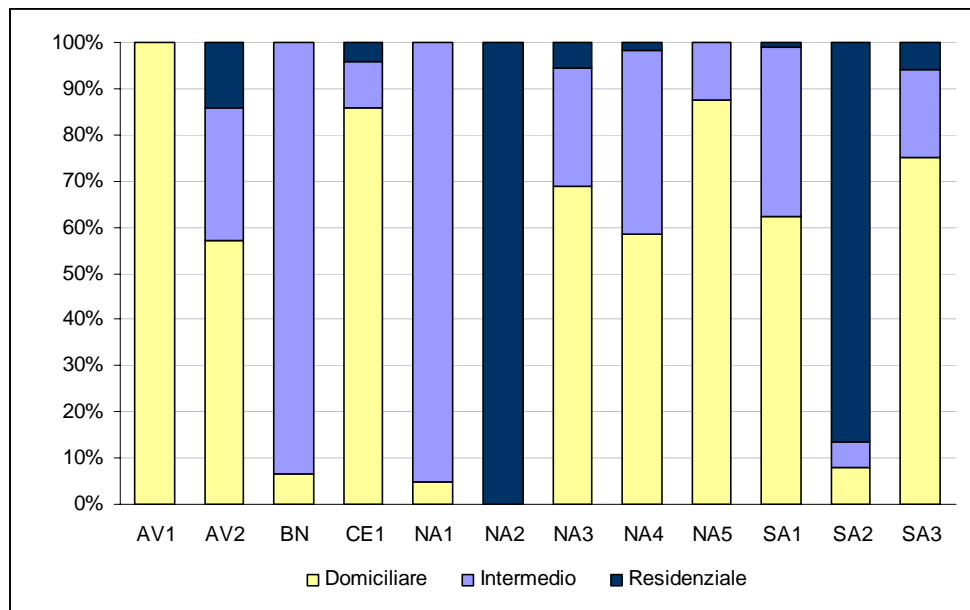
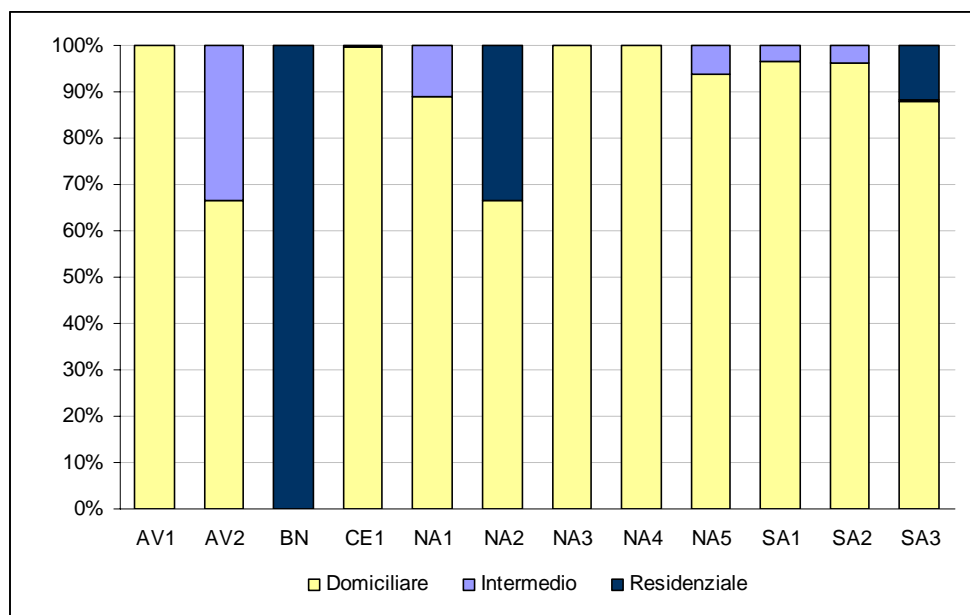


Fig. 27 - Anziani – Distribuzione percentuale di tutte le prestazioni erogate per livello, per Asl



Tab. 29 – Tipo di prestazioni erogate per Asl e livello

	<i>Ambulatoriale</i>	<i>Diurno</i>	<i>Domiciliare</i>	<i>Residenziale</i>	<i>Totale</i>
AV1 Assistenza Infermieristica			25		25
Assistenza riabilitativa neuromotoria			8		8
Medicina Generale			10		10
Totale			43		43
AV2 Assistenza Infermieristica	4		28		32
Assistenza Specialistica	30	1	5	2	38
Assistenza psicologica	4		2		6
Assistenza riabilitativa neuromotoria			19		19
Assistenza riabilitativa psico sociale		2			2
Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva			1		1
Assistenza sociale			2		2
Medicina Generale			23		23
Totale	38	3	80	2	123
BN Assistenza Specialistica	18				18
Assistenza riabilitativa neuromotoria	1		1	4	6
Attività di consulenza socio assistenziale in raccordo con i servizi sociali degli enti locali e il TM	13				13
Totale	32		1	4	37
CE1 Assistenza Infermieristica			253		253
Assistenza Specialistica	2		248		250
Assistenza per IVG	1				1
Assistenza psicologica	1				1
Assistenza riabilitativa neuromotoria	8	1	10	2	21
Assistenza riabilitativa psico sociale		10		5	15
Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva	15	3			18
Medicina Generale			257		257
Pediatria di libera scelta			1		1
Spazio adolescenti / giovani	1				1
Totale	28	14	769	7	818
CE2 Assistenza Specialistica			1		1
Totale			1		1
NA1 Assistenza Infermieristica	7		2		9
Assistenza Specialistica	13		7		20
Assistenza di diagnostica strumentale e di laboratorio	1				1
Assistenza per IVG	1				1
Assistenza psicologica	10	1			11
Assistenza riabilitativa neuromotoria			1		1
Assistenza sociale	9				9
Consulenza socio assistenziale in raccordo con i servizi sociali e il TM	1				1
Attività di consulenza socio assistenziale su richiesta dell'autorità giudiziaria in raccordo con i servizi sociali	1				1
Spazio adolescenti / giovani	1				1
Totale	44	1	10		55
NA2 Assistenza Infermieristica			1		1
Assistenza Specialistica			1		1
Assistenza psicologica	2				2
Assistenza riabilitativa neuromotoria	2		3		5
Assistenza riabilitativa psico sociale				22	22
Assistenza riabpsicom e/o neuro cog.	7				7
Totale	11		5	22	38

	<i>Ambulatoriale</i>	<i>Diurno</i>	<i>Domiciliare</i>	<i>Residenziale</i>	<i>Totale</i>
NA3 Accesso e valutazione sociale	1				1
Assistenza Infermieristica	1	1	98	1	101
Assistenza Specialistica	1		1		2
Assistenza di supporto socio assistenziale	1				1
Assistenza farmaceutica		1	30	1	32
Assistenza integrativa			14		14
Assistenza per IVG				1	1
Assistenza protesica			107		108
Assistenza psicologica	17		1		18
Assistenza riabilitativa neuromotoria	24		32		56
Assistenza riabilitativa psico sociale	8	6		1	15
Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva	67		1		68
Assistenza tutelare socioassistenziale				1	1
Medicina Generale			10		10
Totale	121	8	294	5	428
NA4 Accesso e valutazione sociale			1		1
Assistenza Infermieristica			86		86
Assistenza Specialistica			80		80
Assistenza riabilitativa neuromotoria		9	2	1	12
Assistenza riabilitativa psico sociale		13			13
Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva		3			3
Assistenza tutelare socioassistenziale			4		4
Medicina Generale			57		57
Totale		25	230	1	256
NA5 Accesso e valutazione sociale	40		5		45
Assistenza Infermieristica	1		496		497
Assistenza Specialistica			47		47
Assistenza protesica			1		1
Assistenza psicologica	3				3
Assistenza riabilitativa neuromotoria			17		17
Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva	2				2
Assistenza tutelare socioassistenziale			2		2
Medicina Generale			42		42
Totale	46		610		656
SA1 Accesso e valutazione sociale	48	2	154		204
Assistenza Infermieristica	1	1	253	1	256
Assistenza Specialistica	25	1	433		459
Assistenza di diagnostica strumentale e di laboratorio	12				12
Assistenza di supporto socio assist.	2	1	74		77
Assistenza entrante/parenterale			5		5
Assistenza farmaceutica	4				4
Assistenza per IVG	18				18
Assistenza protesica	1		8		9
Assistenza psicologica	2				2
Assistenza riabilitativa neuromotoria	1		27		28
Assistenza riabilitativa psico sociale				2	2
Assistenza sociale	15	1	176		192
Medicina Generale		1	257		258
Sostegno del percorso nascita per la sicurezza e umanizzazione dellevento nascita della partoriente e nascituro	6				6
Totale	135	7	1387	3	1532

	<i>Ambulatoriale</i>	<i>Diurno</i>	<i>Domiciliare</i>	<i>Residenziale</i>	<i>Totale</i>
SA2 Accesso e valutazione sociale	2		1	2	5
Assistenza Infermieristica			6	4	10
Assistenza Specialistica	3		14	10	27
Assistenza di diagnostica strumentale e di laboratorio			1		1
Assistenza integrativa			2		2
Assistenza protesica	1		5		6
Assistenza psicologica	1				1
Assistenza riabilitativa neuromotoria			3		3
Assistenza riabilitativa psico sociale				38	38
Assistenza sociale				10	10
Assistenza tutelare socioassistenziale			1		1
Totale	7		33	64	104
SA3 Assistenza Infermieristica	3		547	83	633
Assistenza Specialistica	2		82	2	86
Assistenza di supporto socio assistenziale		3			3
Assistenza entrale/parenterale			2		2
Assistenza farmaceutica			15	12	27
Assistenza protesica			1		1
Assistenza psicologica	2		2		4
Assistenza riabilitativa neuromotoria			3	13	16
Assistenza riabilitativa psico sociale		11		1	12
Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva		2		1	3
Assistenza sociale	2		3	2	7
Assistenza tutelare socioassistenziale				4	4
Attività di consulenza socio assistenziale in raccordo con i servizi sociali degli enti locali e il TM			2		2
Attività di consulenza socio assistenziale su richiesta dell'autorità giudiziaria in raccordo con i servizi sociali			3		3
Copertura vaccinale	1				1
Medicina Generale			269		269
Pediatria di libera scelta			1		1
Totale	10	16	930	118	1074
Tot. Accesso e valutazione sociale	91	2	161	2	256
Assistenza Infermieristica	17	2	1795	89	1903
Assistenza Specialistica	94	2	919	14	1029
Assistenza di diagnostica strumentale e di laboratorio	13		1		14
Assistenza supporto socio assist.	3	4	74		81
Assistenza entrale/parenterale			7		7
Assistenza farmaceutica	4	1	45	13	63
Assistenza integrativa			16		16
Assistenza per IVG	20			1	21
Assistenza protesica	3		122		125
Assistenza psicologica	42	1	5		48
Assistenza riabilitativa neuromotoria	36	10	126	20	192
Assistenza riabilitativa psico sociale	8	42		69	119
Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva	91	8	2	1	102
Assistenza sociale	26	1	181	12	220
Assistenza tutelare socioassistenziale			7	5	12
Attività di consulenza socio assistenziale in raccordo con i servizi sociali degli enti locali e il TM	14		2		16

	<i>Ambulatoriale</i>	<i>Diurno</i>	<i>Domiciliare</i>	<i>Residenziale</i>	<i>Totale</i>
Attività di consulenza socio assistenziale su richiesta dell'autorità giudiziaria in raccordo con i servizi sociali	1		3		4
Copertura vaccinale	1				1
Medicina Generale		1	925		926
Pediatria di libera scelta			2		2
Sostegno del percorso nascita	6				6
Spazio adolescenti / giovani	2				2
Totale	472	74	4393	226	5165

Tab. 30 – Descrizione attività per Asl

<i>Asl</i>	<i>Descrizione attività</i>	<i>Prestazioni</i>	<i>Percentuale</i>
AV1	Assistenza Infermieristica	25	58,1
	Assistenza riabilitativa neuromotoria	8	18,6
	Medicina Generale	10	23,3
	Totale	43	100,0
AV2	Assistenza Infermieristica	32	26,0
	Assistenza Specialistica	38	30,9
	Assistenza psicologica	6	4,9
	Assistenza riabilitativa neuromotoria	19	15,4
	Assistenza riabilitativa psico sociale	2	1,6
	Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva	1	0,8
	Assistenza sociale	2	1,6
	Medicina Generale	23	18,7
Totale	123	100,0	
BN	Assistenza Specialistica	18	48,6
	Assistenza riabilitativa neuromotoria	6	16,2
	Attività di consulenza socio assistenziale in raccordo con i servizi sociali e TM	13	35,1
	Totale	37	100,0
CE1	Assistenza Infermieristica	253	30,9
	Assistenza Specialistica	250	30,6
	Assistenza per IVG	1	0,1
	Assistenza psicologica	1	0,1
	Assistenza riabilitativa neuromotoria	21	2,6
	Assistenza riabilitativa psico sociale	15	1,8
	Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva	18	2,2
	Medicina Generale	257	31,4
	Pediatria di libera scelta	1	0,1
	Spazio adolescenti / giovani	1	0,1
Totale	818	100,0	
CE2	Assistenza Specialistica	1	100
	Totale	1	100
NA1	Assistenza Infermieristica	9	16,4
	Assistenza Specialistica	20	36,4
	Assistenza di diagnostica strumentale e di laboratorio	1	1,8
	Assistenza per IVG	1	1,8
	Assistenza psicologica	11	20,0
	Assistenza riabilitativa neuromotoria	1	1,8
	Assistenza sociale	9	16,4
	Attività di consulenza socio assistenziale in raccordo con i servizi sociali e TM	1	1,8
	Attività di consulenza socio assistenziale su richiesta dell'autorità giudiziaria	1	1,8
	Spazio adolescenti / giovani	1	1,8
Totale	55	100,0	
NA2	Assistenza Infermieristica	1	2,6
	Assistenza Specialistica	1	2,6
	Assistenza psicologica	2	5,3
	Assistenza riabilitativa neuromotoria	5	13,2

<i>Asl</i>	<i>Descrizione attività</i>	<i>Prestazioni</i>	<i>Percentuale</i>
	Assistenza riabilitativa psico sociale	22	57,9
	Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva	7	18,4
	Totale	38	100,0
NA3	Accesso e valutazione sociale	1	0,2
	Assistenza Infermieristica	101	23,6
	Assistenza Specialistica	2	0,5
	Assistenza di supporto socio assistenziale	1	0,2
	Assistenza farmaceutica	32	7,5
	Assistenza integrativa	14	3,3
	Assistenza per IVG	1	0,2
	Assistenza protesica	108	25,2
	Assistenza psicologica	18	4,2
	Assistenza riabilitativa neuromotoria	56	13,1
	Assistenza riabilitativa psico sociale	15	3,5
	Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva	68	15,9
	Assistenza tutelare e socio assistenziale	1	0,2
	Medicina Generale	10	2,3
	Totale	428	100,0
NA4	Accesso e valutazione sociale	1	0,4
	Assistenza Infermieristica	86	33,6
	Assistenza Specialistica	80	31,3
	Assistenza riabilitativa neuromotoria	12	4,7
	Assistenza riabilitativa psico sociale	13	5,1
	Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva	3	1,2
	Assistenza tutelare e socio assistenziale	4	1,6
	Medicina Generale	57	22,3
	Totale	256	100,0
NA5	Accesso e valutazione sociale	45	6,9
	Assistenza Infermieristica	497	75,8
	Assistenza Specialistica	47	7,2
	Assistenza protesica	1	0,2
	Assistenza psicologica	3	0,5
	Assistenza riabilitativa neuromotoria	17	2,6
	Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva	2	0,3
	Assistenza tutelare e socio assistenziale	2	0,3
	Medicina Generale	42	6,4
	Totale	656	100,0
SA1	Accesso e valutazione sociale	204	13,3
	Assistenza Infermieristica	256	16,7
	Assistenza Specialistica	459	30,0
	Assistenza di diagnostica strumentale e di laboratorio	12	0,8
	Assistenza di supporto socio assistenziale	77	5,0
	Assistenza entrale/parenterale	5	0,3
	Assistenza farmaceutica	4	0,3
	Assistenza per IVG	18	1,2
	Assistenza protesica	9	0,6
	Assistenza psicologica	2	0,1
	Assistenza riabilitativa neuromotoria	28	1,8
	Assistenza riabilitativa psico sociale	2	0,1
	Assistenza sociale	192	12,5
	Medicina Generale	258	16,8
	Sostegno del percorso nascita	6	0,4
	Totale	1.532	100,0
SA2	Accesso e valutazione sociale	5	4,8
	Assistenza Infermieristica	10	9,6
	Assistenza Specialistica	27	26,0
	Assistenza di diagnostica strumentale e di laboratorio	1	1,0
	Assistenza integrativa	2	1,9
	Assistenza protesica	6	5,8
	Assistenza psicologica	1	1,0

<i>Asl</i>	<i>Descrizione attività</i>	<i>Prestazioni</i>	<i>Percentuale</i>
	Assistenza riabilitativa neuromotoria	3	2,9
	Assistenza riabilitativa psico sociale	38	36,5
	Assistenza sociale	10	9,6
	Assistenza tutelare e socio assistenziale	1	1,0
	<i>Totale</i>	104	100,0
SA3	Assistenza Infermieristica	633	58,9
	Assistenza Specialistica	86	8,0
	Assistenza di supporto socio assistenziale	3	0,3
	Assistenza entrale/parenterale	2	0,2
	Assistenza farmaceutica	27	2,5
	Assistenza protesica	1	0,1
	Assistenza psicologica	4	0,4
	Assistenza riabilitativa neuromotoria	16	1,5
	Assistenza riabilitativa psico sociale	12	1,1
	Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva	3	0,3
	Assistenza sociale	7	0,7
	Assistenza tutelare e socio assistenziale	4	0,4
	Attività di consulenza socio assistenziale in raccordo con i servizi sociali e TM	2	0,2
	Attività di consulenza socio assistenziale su richiesta dell'autorità giudiziaria	3	0,3
	Copertura vaccinale	1	0,1
	Medicina Generale	269	25,0
	Pediatria di libera scelta	1	0,1
	<i>Totale</i>	1074	100,0
Tot.	Accesso e valutazione sociale	256	5,0
	Assistenza Infermieristica	1903	36,8
	Assistenza Specialistica	1029	19,9
	Assistenza di diagnostica strumentale e di laboratorio	14	0,3
	Assistenza di supporto socio assistenziale	81	1,6
	Assistenza entrale/parenterale	7	0,1
	Assistenza farmaceutica	63	1,2
	Assistenza integrativa	16	0,3
	Assistenza per IVG	21	0,4
	Assistenza protesica	125	2,4
	Assistenza psicologica	48	0,9
	Assistenza riabilitativa neuromotoria	192	3,7
	Assistenza riabilitativa psico sociale	119	2,3
	Assistenza riabilitativa psicomotoria e/o neuro cognitiva	102	2,0
	Assistenza sociale	220	4,3
	Assistenza tutelare e socio assistenziale	12	0,2
	Attività di consulenza socio assistenziale in raccordo con i servizi sociali e TM	16	0,3
	Attività di consulenza socio assistenziale su richiesta dell'autorità giudiziaria	4	0,1
	Copertura vaccinale	1	0,0
	Medicina Generale	926	17,9
	Pediatria di libera scelta	2	0,0
	Sostegno del percorso nascita	6	0,1
	Spazio adolescenti / giovani	2	0,0
	<i>Totale</i>	5.165	100,0

Terza parte

Conclusioni

Potenzialità e sviluppi futuri

Tiziano Vecchiato

Potenzialità e sviluppi futuri

Tiziano Vecchiato

Potenzialità

Le potenzialità di sviluppo della metodologia utilizzata si concentrano soprattutto sul tema del lavoro socio-sanitario basato su progetti personalizzati di assistenza. La ragione è semplice: la maggiore possibilità di governare l'accesso e la valutazione del bisogno è anche premessa necessaria per meglio organizzare le successive fasi di presa in carico e di erogazione dell'intervento.

In particolare l'adozione del percorso denominato "accesso unitario" al sistema locale di offerta socio-sanitaria è anche condizione tecnica e organizzativa per garantire una valutazione multidimensionale, multiprofessionale e laddove necessario interistituzionale del bisogno.

Da qui una prima fonte di garanzia dei livelli essenziali di assistenza, già in fase di accesso: la valutazione appropriata del bisogno, in quanto processo necessario e quindi da garantire in condizioni di equità nel territorio.

La seconda è conseguente, si basa sul passaggio dalla valutazione interprofessionale del bisogno alla predisposizione del progetto personalizzato di assistenza. Esso è tale quando si supera la logica del lavoro per prestazioni e si definisce il percorso assistenziale più idoneo per affrontare le difficoltà personali e familiari, avendo in mente i bisogni di natura organica, funzionale, cognitiva, comportamentale, socioambientale e relazionale.

In questa nuova e più articolata capacità di visione del problema, e delle condizioni di affrontarlo, possono mettere radici percorsi decisionali e operativi integrati. Sono integrati se basati sul concorso collaborativo di diversi centri di responsabilità e risorse, verificando complessità, durata, costi, indici di efficacia.

È infatti nei progetti personalizzati di assistenza che si concretizza e si esprime la reale capacità degli interventi socio-sanitari di dare risposta a bisogni complessi, multifattoriali, di lunga durata, che penalizzano soprattutto i soggetti deboli e le loro famiglie. È a questi soggetti che i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria sono chiamati a dare nuove e più efficaci risposte.

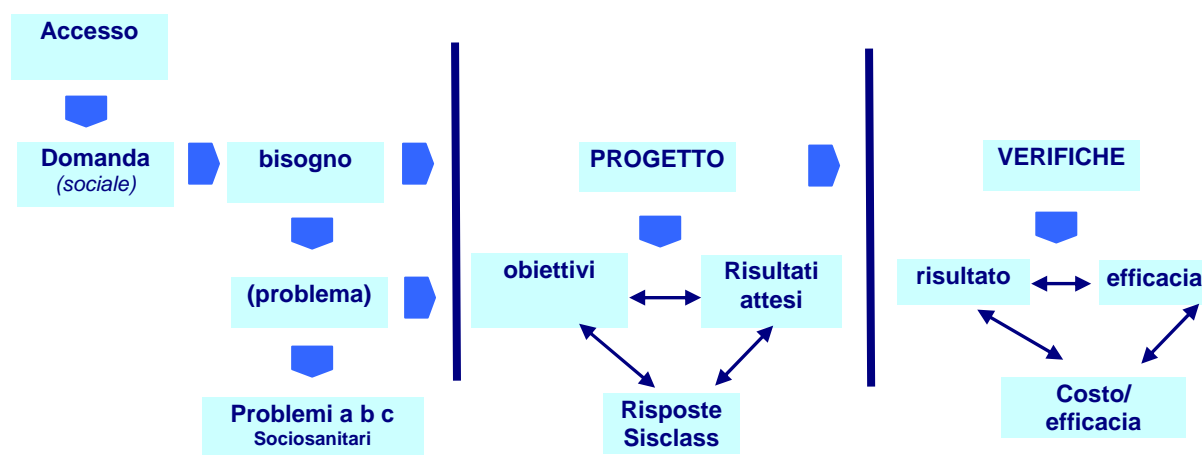
Progetto personalizzato

È lo strumento di attuazione della presa in carico, realizzata attraverso un insieme di azioni e di interventi tesi a rimuovere i problemi evidenziati nelle prime fasi del monitoraggio.

Scopo del progetto personalizzato è quello di superare le “logiche prestazionali” a favore di globalità e continuità assistenziale, coinvolgendo gli attori interessati su progetti di cura, intorno ai bisogni della persona.

In questa prospettiva alla valutazione multiprofessionale del bisogno fa seguito la elaborazione del piano assistenziale, che concretizza la “presa in carico”, non in senso formale ma in termini sostanziali.

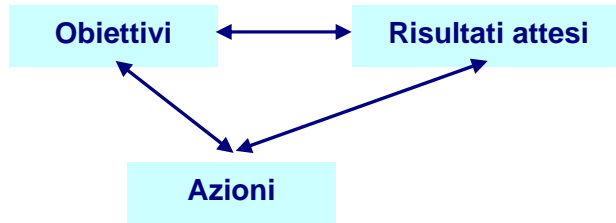
Il progetto cioè è strumento e condizione necessaria per l'integrazione delle responsabilità con risposte multidimensionali ai problemi di salute e disagio sociale. È in definitiva un elemento costitutivo dei livelli essenziali di assistenza, che salda la valutazione del bisogno alla valutazione di efficacia.



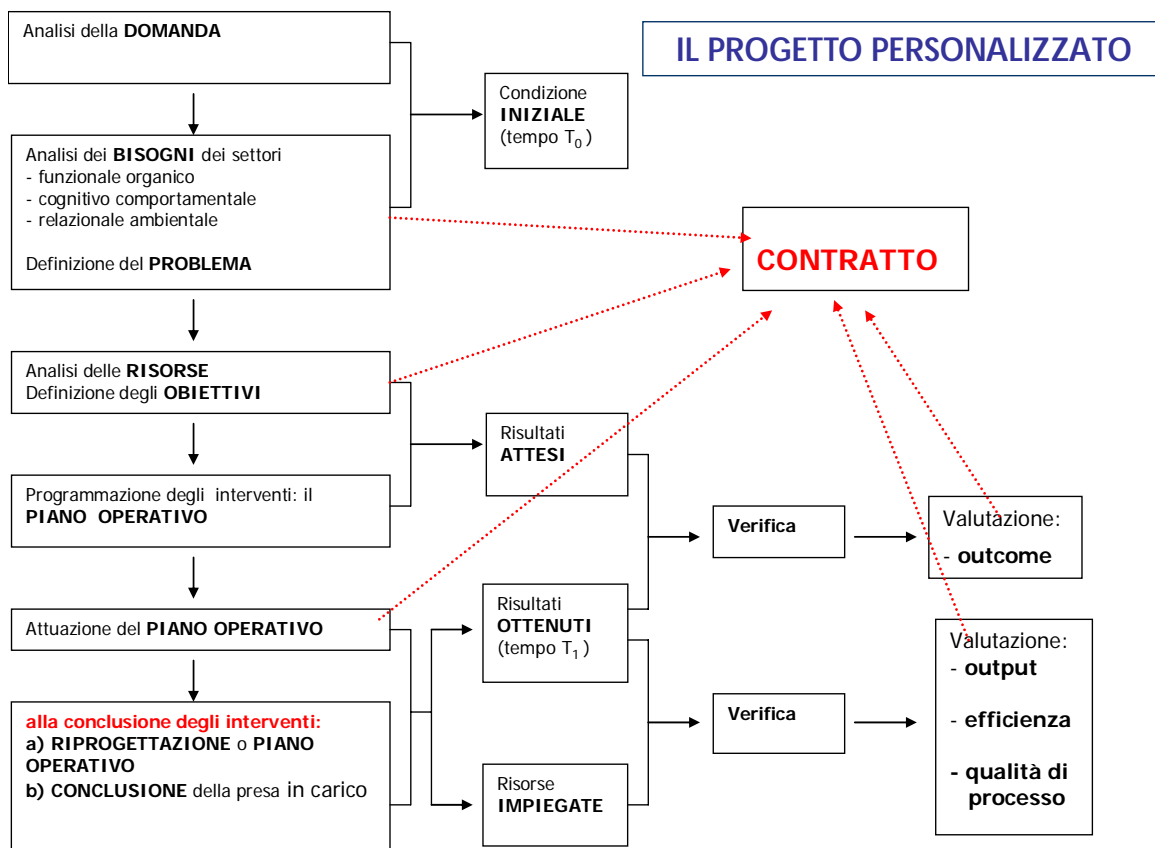
Non a caso, nel progetto personalizzato, gli obiettivi sono trasformati, già in fase valutativo/decisionale, in risultati attesi, quindi misurabili. Il passaggio da obiettivo a risultato atteso è un passaggio culturale e tecnico utile ai fini di una migliore finalizzazione degli interventi, non solo per monitorarli ma per incrementare la loro efficacia. Questo implica un approccio metodologico che mette in relazione la situazione attuale con la mappa del bisogno dopo l'intervento. Significa pensare in termini di presente e futuro possibile. Un'ulteriore conseguenza è riconoscibile nella sostenibilità, grazie a una più accurata selezione delle azioni e delle risorse idonee a conseguire i risultati di efficacia.

È nello stesso tempo un approccio relazionale e contrattuale: *relazionale* perché integra forze in campo e dimensioni dei problemi; *contrattuale* perché promuove l'incontro delle responsabilità per meglio conseguire i risultati attesi.

In particolare, il contratto verte sul rapporto tra:



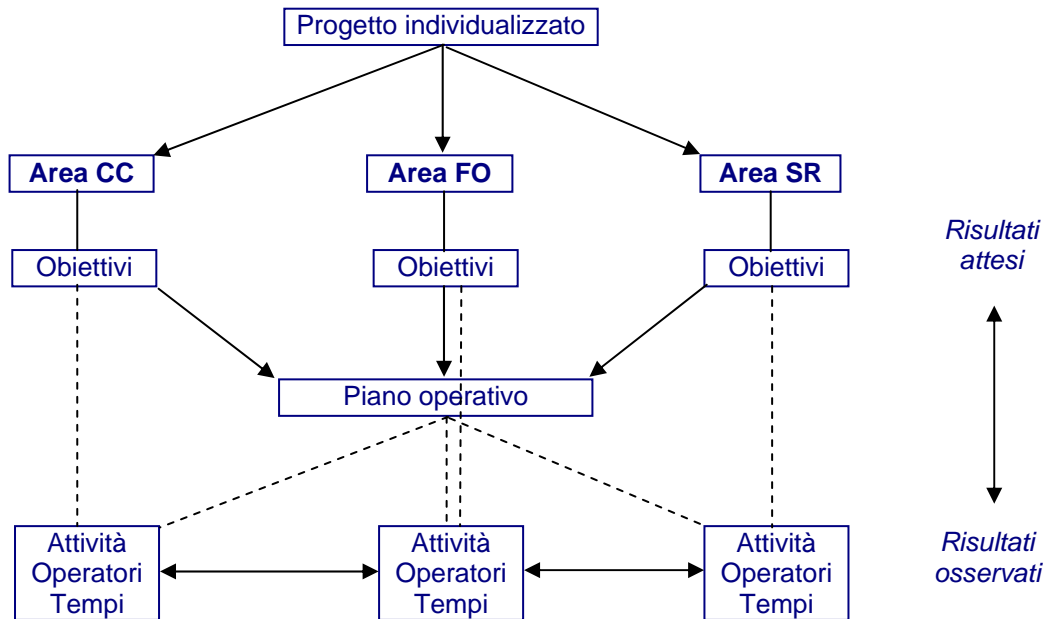
In questo modo il progetto personalizzato può essere considerato anche base di confronto e negoziazione con la persona in condizione di bisogno, che sa ed è responsabilizzata su cosa aspettarsi da una presa in carico, che ha le proprie radici nella volontà e capacità di perseguire obiettivi e benefici da condividere. Lo schema concettuale per una presa in carico basata sulla triade “governo dei processi” - “governo delle relazioni” - “incontro delle responsabilità” ha al proprio interno sia la dimensione contrattuale che quella valutativa.



Fonte: Pompei A. modificato in Vecchiato T. Mazzini E. (2008)

Quest'ultima in particolare è condizione necessaria per evidenziare e meglio restituire i risultati, perché possano essere condivisi da tutte le parti in gioco.

La personalizzazione del progetto richiede che gli obiettivi siano orientati su almeno tre ambiti di analisi e valutazione del bisogno: cognitivo comportamentale, funzionale e organico, socioambientale e relazionale, come evidenziato nella successiva figura.



Personalizzazione per una maggiore efficacia delle risposte

Possiamo avere diverse forme di personalizzazione, in ragione della capacità di approfondire l'incontro tra professionisti e persone destinatarie dei servizi. La personalizzazione può arrivare alla condivisione del problema. Può spingersi oltre: alla condivisione degli obiettivi e delle responsabilità per raggiungerli. Non sempre bastano le volontà e le motivazioni perché questo avvenga. Dipende da come l'incontro crea e costruisce condivisione tra professionisti, tra operatori e persone che esprimono il bisogno, tra operatori e loro familiari.

Tutto questo va oltre il lavoro "per prestazioni", anche quando sono erogate in modo curato ed efficiente. Tutto questo è premessa, ma non può bastare per fare dell'attività di servizio un "servizio alla persona". È guardando a questa frontiera che il progetto regionale muove i suoi passi, senza bruciare le tappe, evitando di dichiarare obiettivi non praticabili nel breve periodo. Solo creando le condizioni per conseguirli, si potrà raggiungerli in modo stabile e duraturo.

Bibliografia sui temi del progetto

- AA.VV. (2007), *Studio e monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria - Sintesi*, Regione Campania e Fondazione Zancan.
- Bezze M., *Livelli essenziali di assistenza e costi dell'integrazione socio-sanitaria*, Studi Zancan 2/2003.
- Bezze M., Vecchiato T. (2007), *Tipologie di prestazioni e servizi socio-sanitari e valutazione dei relativi costi*, ed. Provincia autonoma di Trento, Assessorato alle Politiche per la salute, Trento.
- Bezze M., Vecchiato T., *I livelli essenziali di assistenza tra proclami e realtà*, in Federazione nazionale pensionati Cisl (a cura di), *Anziani 2003-2004, Realtà e attese. Quinto rapporto sulla condizione della persona anziana*, Edizioni Lavoro, Roma.
- Canali C., Cerato P., Romano R., Vecchiato T., *Monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria in Campania*, Studi Zancan 6/2007.
- Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K., a cura di (2008), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Fondazione Zancan, a cura di (2007), *Equità, solidarietà e livelli di cittadinanza sociale*, Fondazione Zancan, Padova.
- Pilati G., a cura di (2008), *Programmazione unitaria delle politiche per la salute*, Fondazione Zancan, Padova.
- Vecchiato T., *Livelli essenziali di assistenza e servizi alle persone*, Studi Zancan 2/2003.
- Vecchiato T., Mazzini E.L.L. (2008), *L'integrazione socio-sanitaria: risultati di sperimentazioni e condizioni di efficacia*, Fondazione Zancan, Padova.