



Comuni di Cerveteri e Ladispoli

A.S.L. RM F

Piano per la non autosufficienza 2011



Sommario

1.Aspetti demografici generali.....	3
1.1.Distribuzione della popolazione per classi di età (al 1° gennaio 2010).....	3
1.2 Alcuni dati sulla popolazione anziana del Distretto F2	4
2.Aumento della popolazione disabile	6
2.1 servizi domiciliari	8
2.2 Le demenze	8
2.3. I riferimenti normativi.....	9
3.I servizi attivi nell'area della non autosufficienza	10
3.1 il CAD – centro assistenza domiciliare della asl RMF2 (attivit� 2010).....	10
3.2 Residenze Sanitarie Assistite (R.S.A.) e case di riposo	12
3.3 I servizi di assistenza domiciliare comunali	13
3.4 Il nido dei nonni a Ladispoli	14
3.5 Il volontariato	15
4. Le politiche per l'agio ed il benessere della terza et� quale prevenzione della non autosufficienza.....	15
5. Il progetto Star bene a casa.....	17
5.1. Report del progetto “star bene a casa” anno 2010	17
5.1.1 Obiettivi generali.....	17
5.1.2 Obiettivi specifici.....	18
a)Segnalazione caso o domanda di accesso.....	18
b)Presenza in carico dell'utente.....	18
c)Immissione in assistenza	19
5.1.5 Criticit�	19
6. Progetto : “Il piano per la non autosufficienza 2011”	21
6.1 Il problema	21
6.2 Strategie e metodologie.....	21
6.5 Piano finanziario fondo per la non autosufficienza	22

1. Aspetti demografici generali

L' Italia, con i Paesi scandinavi, ha la più elevata aspettativa di, già oggi le persone con 65 anni e più rappresentano oltre il 20% della popolazione con una tendenza in costante e continua crescita nei prossimi anni.

Se nel censimento 2001 la popolazione oltre i 65 anni rappresentava il 18,7%, nel 2021 salirà al 23,9%.

Analizziamo il fenomeno dell'invecchiamento nel Distretto F2, nell'ambito della popolazione generale:

1.1. Distribuzione della popolazione per classi di età (al 1° gennaio 2010)

	0/14	%	15/64	%	Oltre 65	%	totale	%
Cerveteri	5402	15	24631	69	5659	16	35692	100
Ladispoli	6593	16	27846	69	5840	15	40279	100
totale	11995	15,50	52477	69	11499	15,50	75971	

Rispetto alla distribuzione provinciale:

	0/14	%	15/64	%	Oltre 65	%	totale	%
Provincia di Roma	589.202	14	2.741.066	66	824.416	20	4.154.684	100

Si rileva che la popolazione distrettuale rispetto a quella provinciale presenta una popolazione della fascia 0/14 superiore di un punto e mezzo e una popolazione anziana significativamente inferiore alla media provinciale di 4 punti e mezzo.

Ma se analizziamo nel quinquennio (2006/2010) l'incremento delle fasce di popolazione prese in esame osserviamo che l'andamento della popolazione non è omogeneo nei due comuni:

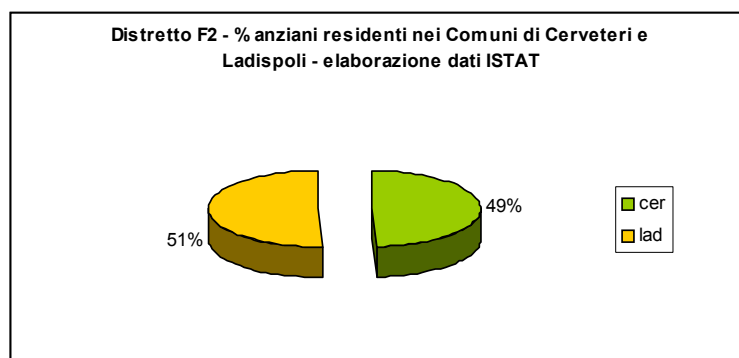
Incremento percentuale della popolazione distrettuale per fasce di età nel quinquennio 2006/2010:

	0/14%	15/64%	Oltre 65%
Cerveteri	6,7	6,1	18,6
Ladispoli	8,2	12,3	16,4

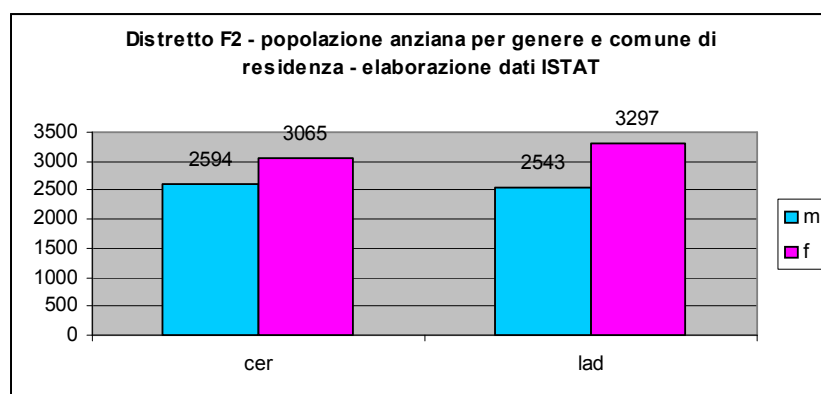
Mentre la popolazione di Cerveteri presenta un fenomeno di invecchiamento della popolazione più deciso, Ladispoli presenta uno sviluppo della popolazione minorile più elevato.

1.2 Alcuni dati sulla popolazione anziana del Distretto F2¹

Gli anziani residenti nel Distretto F2, al 01/01/2010, sono 11.499, di cui 5.840 vivono a Ladispoli e 5.659 a Cerveteri (a livello distrettuale sono rispettivamente il 51% e il 49%).

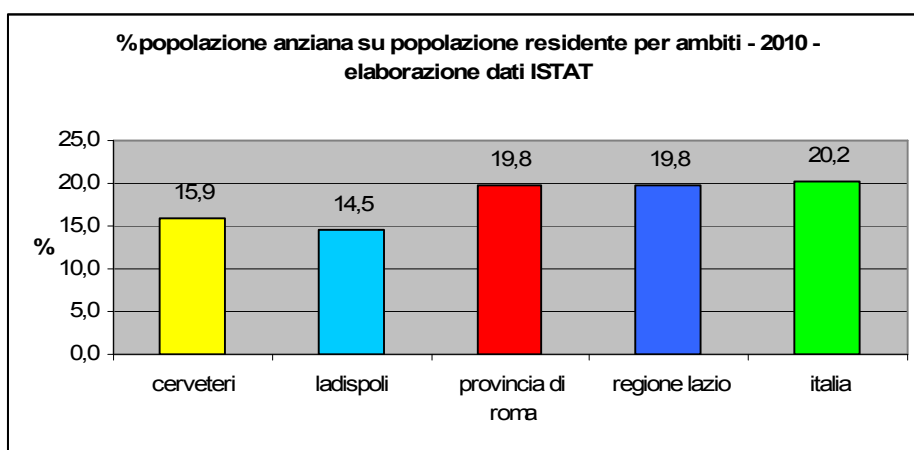


Le femmine dai 65 anni in su nel Comune di Ladispoli sono 3.297, mentre i maschi sono 2.543; a Cerveteri sono rispettivamente 3.005 e 2.594.

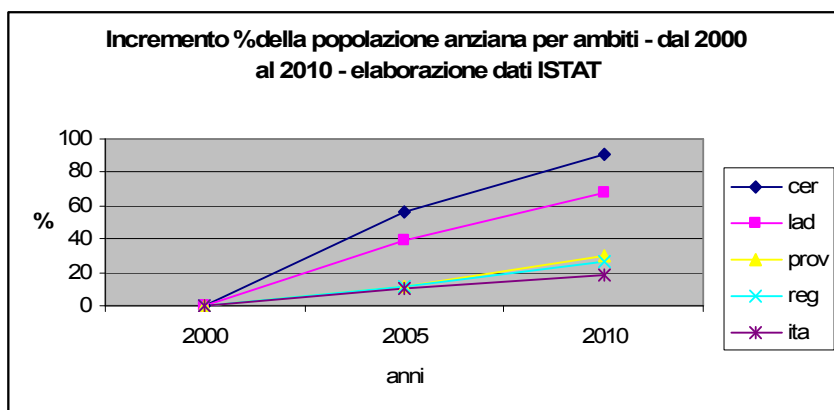


¹ Dati elaborati ISTAT elaborati con la collaborazione del Dott Lorenzo Impronta

Nel Distretto la popolazione anziana si attesta intorno al 15% circa della popolazione generale. Tale percentuale, se rapportata alla Provincia di Roma, della Regione Lazio, e dell'Italia (rispettivamente il 19,8% per Provincia e Regione e il 20,2% a livello nazionale) mostra come il Distretto F2 abbia relativamente una popolazione anziana in percentuale inferiore. Tale fenomeno in realtà è spiegato dal notevole incremento demografico che i 2 Comuni hanno avuto nell'ultimo decennio, tendenza che generalmente, anche per il forte afflusso di popolazione straniera, tende a "ringiovanire" il tessuto sociale.



In realtà se consideriamo l'incremento percentuale della popolazione anziana a livello distrettuale F2, della Provincia di Roma, della Regione Lazio e dell'Italia, osserviamo che i Comuni di Cerveteri e Ladispoli, negli anni dal 2000 al 2010, hanno avuto un incremento notevolmente superiore rispetto agli altri ambiti (rispettivamente del 90,7%, e del 67,7% rispetto al 29,6% della Provincia, al 26,7% della Regione e al 18,4% dell'Italia). È comunque da registrare, osservando il grafico, che tale incremento, dal 2005 al 2010, nei 2 Comuni ha la tendenza a crescere meno intensamente, mentre negli altri ambiti la tendenza è inversa.



2. Aumento della popolazione disabile

Come già evidenziato nei precedenti Piani per la Non Autosufficienza non esiste in Italia un sistema informativo in grado di delineare il numero e le caratteristiche delle persone con disabilità, secondo i criteri previsti dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) approvato dall'OMS nel 2001. La disabilità, quale "conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo", rappresenta una evoluta concezione della salute della persona e delle condizioni, conseguenze e determinanti ad essa correlate, ma è ancora oggi difficilmente riconducibile in idonei strumenti di misurazione.

L'unica fonte nazionale oggi disponibile per delineare un primo quadro del fenomeno, sia pur per macro aspetti, è quella fornita dall'indagine ISTAT sulle 'Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari' costruito sulla base di questa definizione di disabilità:

"Sono considerate persone con disabilità coloro che, escludendo le condizioni riferite e limitazioni temporanee, hanno dichiarato di non essere in grado di svolgere le abituali funzioni quotidiane, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc...).

Le funzioni essenziali comprendono le attività della vita quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare), il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle), in casa, e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere, parlare).

A seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa, l'ISTAT definisce quattro tipologie di disabilità: confinamento, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà nella comunicazione.

Per confinamento si intende la costrizione permanente a letto, su una sedia (non a rotelle) o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici.

Le persone con difficoltà nel movimento hanno problemi nel camminare (riescono soltanto a fare qualche passo senza aver bisogno di fare soste), non sono in grado di salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra.

Le difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana riguardano la completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliandosi il cibo.

Nelle difficoltà della comunicazione sono, infine, comprese le limitazioni nel sentire (non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l'uso di apparecchi acustici), le limitazioni nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza) e le difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà).

L'indagine ISTAT 2007 individua in 2.600.000 le persone in condizione di disabilità che vivono in famiglia, pari al 4.8% della popolazione. L'indagine non tiene conto dei minori di 6 anni, che si stimano attorno alle 200.000. Ben 2.000.000 sono persone anziane.

La stima sulle persone non autosufficienti non comprende anche le persone che, soffrendo di una qualche forma di disabilità mentale, anche grave, versano tuttavia in difficoltà di vario genere per la gestione della vita quotidiana (come usare il telefono, fare la spesa, preparare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, utilizzare mezzi di trasporto, assumere medicine, gestire le proprie finanze).

L'INDAGINE ISTAT NON E' STATA ANCORA AGGIORNATA, MA ILLUSTRRA UN TREND ANCORA ATTUALE

Non esiste in Italia una sola definizione della non autosufficienza

E' pertanto difficile connotarla in modo univoco.

Diversi sono gli strumenti presenti per l'accertamento del bisogno assistenziale della persona e per la conseguente attivazione dei servizi: il riconoscimento della invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento (INPS), gli accertamenti per l'accesso ai servizi sanitari(ASL) e ai servizi sociali (Comuni).

L'offerta di servizi rivolta ai non autosufficienti ha in Italia una caratteristica netta e distintiva: il ruolo assistenziale svolto dalla famiglia (soprattutto nella cura a domicilio).

L'area degli interventi socio-sanitari e sanitari è invece quasi interamente svolta dal settore pubblico, secondo forme di collaborazione e modalità operative differenziate da Regione a Regione.

Il nostro Paese è inoltre caratterizzato dalla presenza di "assistenti familiari", spesso donne straniere a diretto carico delle famiglie.

La famiglia e l'assistente familiare diventano fattori fondamentali nella gran parte delle funzioni assistenziali dell'aiuto domestico, dell'assistenza sanitaria, della mobilità e dei trasporti.

Tornando ai bisogni della popolazione non autosufficiente, sempre secondo il Rapporto nazionale sulla non autosufficienza 2010, si stima che **un quarto della spesa sanitaria e sociosanitaria-assistenziale sia legata alla cronicità e alla non autosufficienza, con prevalenza della risposta ospedaliera**. Rispetto al resto dei paesi europei la diffusione in Italia dei servizi domiciliari e residenziali è ridotta: Infatti il nostro dato medio si assesta sul 4.9% contro il 13% dell'Europa

settentrionale per l'assistenza domiciliare e sul 3% nell'area della residenzialità contro valori europei pari al 6-8%.

Infine va rilevato che rispetto ad altri Paesi europei, l'Italia è troppo sbilanciata verso i trasferimenti monetari. In Italia la spesa monetaria verso il long term care è del 42% contro il 24% della Germania.

2.1 servizi domiciliari

I servizi domiciliari costituiscono un insieme coordinato di servizi forniti all'anziano non autosufficiente presso la sua abitazione.

Le "formule" assistenziali codificate sono:

- _ l'assistenza domiciliare programmata (ADP);
- _ l'assistenza domiciliare integrata (ADI);
- _ l'ospedalizzazione domiciliare (OD);
- _ l'assistenza domiciliare sociale (SAD).

Le prime tre sono svolte dal SSN, la quarta dai Comuni

Negli ultimi anni si riscontra una crescita delle prestazioni in ADI anche se con percentuali e modalità diverse da Regione a Regione: quasi ovunque, comunque, tali prestazioni sono erogate con la filosofia dei servizi a rete, la presa in carico del paziente, la valutazione multidisciplinare, il progetto di assistenza individualizzato.

In generale tale servizio è ben lungi dall'assicurare la presa in carico completa del paziente non autosufficiente se si considera che l'assistenza domiciliare impegna appena l' 1,08% della spesa sanitaria.

2.2 Le demenze

Le demenze sono una delle principali cause di disabilità e di disagio sociale con un impatto notevole in termini socio-sanitari: sia perché un sempre maggior numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte, sia perché richiedono una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Come tale rappresenta una priorità assistenziale la cui rilevanza, soprattutto in termini di costi sociali, è destinata ad aumentare nei prossimi anni a causa, come abbiamo visto, del progressivo invecchiamento della popolazione associato anche all'aumento dell'aspettativa di vita.

Stime di prevalenza indicano che, rispetto al 2001, nei Paesi europei ci si dovrà aspettare un incremento del 43% del numero di persone affette da demenza entro il 2020, e del 100% entro il 2040.

In Europa si stima che la demenza di Alzheimer (DA) rappresenti il 54% di tutte le demenze. Attualmente, le demenze costituiscono un insieme di patologie non guaribili che devono essere affrontate con un approccio globale alla cura delle persone colpite, perché globale e progressivo è il coinvolgimento della persona e dei suoi familiari.

Poiché i farmaci utilizzati nel trattamento delle demenze hanno un valore terapeutico molto limitato, risulta evidente la necessità di una forte progettualità relativamente ad altri approcci terapeutici non farmacologici e agli aspetti assistenziali dei malati e dei loro familiari.

A questo proposito è importante ricordare che in letteratura sono sempre più spesso presenti evidenze che mostrano come **un intervento sulla rete dei servizi** sia efficace ed efficiente nel modificare la storia naturale delle demenze.

In sintesi

possiamo affermare che la non autosufficienza rappresenta una problematica socio-sanitaria di carattere complesso, multifattoriale strettamente correlata alla senescenza ed alla disabilità.

Una valutazione ed una stima della popolazione distrettuale non autosufficiente è difficile da realizzare poiché a tutt'oggi esistono numerose fonti di dati purtroppo parziali e non correlabili fra loro.

Le persone non autosufficienti attraversano molti servizi e strutture socio-sanitarie non sempre tutte presenti nel territorio distrettuale.

2.3. I riferimenti normativi

Legge regionale n.80 del 02.12.1988	Norme per l'assistenza domiciliare
Legge n.104 del 05.02.1992	Legge quadro per l'assistenza e l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate
Legge n.162 del 21,05.1998	Modifiche alla Legge 5 febbraio 1992, concernenti misure di sostegno in favore delle persone con handicap grave
Legge n.328/2000	"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".
Legge regionale n.20 del 23.11.2006	Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza
Legge nazionale n.296 del 27.12.2006, art.1	Istituzione del fondo nazionale per la non autosufficienza

3.I servizi attivi nell'area della non autosufficienza

3.1 il CAD – centro assistenza domiciliare della asl RMF2 (attività 2010)

ATTIVITA' SVOLTA	QUANTIFICAZIONE
n. pazienti in ADP nell'anno	915
di cui nuovi pazienti	421
n. visite per autorizzazione ADP	850
n. visite per verifica	332
n. accessi programmata da parte dei mmg	7671
Richieste di ADI	201
n. pazienti in ADI nell'anno	231
di cui nuovi pazienti	201
n. prime visite équipe multidisciplinare	201
n. verifiche piani di trattamento	378
n. visite specialistiche	2352
n. accessi infermieristici personale CAD	297
n. accessi infermieristici personale cooperativa	12115
n. accessi riabilitativi personale cooperativa	2724
n. visite mediche domiciliari	733
n. accessi infermieristici	12412
n. UVT effettuate per ricovero in RSA o lungodegenza	83

Presso il CAD opera una équipe di operatori sanitari così composta:

- un medico coordinatore del servizio;
- medici specialisti (cardiologia, geriatria, neurologia)
- n.1 caposala (in condivisione con il poliambulatorio)
- n.3 infermieri (2 infermiere hanno usufruito per tutto il 2008 di congedo part-time)

Il personale del CAD (1 infermiera e 1 amministrativa) partecipano, per 10 ore settimanali, all'attività del Punto Unico di Accesso attivo nel Distretto presso il Poliambulatorio di Ladispoli.

Le prestazioni infermieristiche e riabilitative domiciliari sono prevalentemente svolte da una cooperativa esterna (accreditata dalla Regione Lazio) che ha in appalto l'attività domiciliare di tutta la ASL RMF.

Il personale dipendente del CAD effettua, solo in minima parte, prestazioni infermieristiche a domicilio, mentre fondamentalmente svolge le attività di triage e accettazione, valutazioni (tramite la UVT) per la presa in carico ADI e la verifica del piano di trattamento e per l'inserimento in RSA (o proroga), coordina gli interventi dei medici specialisti, effettua la vigilanza e il controllo sull'attività dei Medici di MG/Pediatri di LS e sull'attività degli operatori della Cooperativa, definisce insieme ai medici di Assistenza Primaria, ai Medici Ospedalieri del Territorio ed ai Servizi Sociali dei Comuni i Piani di trattamento ed i percorsi assistenziali nell'ambito della Continuità Assistenziale.

3.2 Residenze Sanitarie Assistite (R.S.A.) e case di riposo

Nel territorio distrettuale è attiva la Residenza Sanitaria Assistita "S. Luigi Gonzaga" dove sono ricoverate n.111 persone di cui 60 (pari al 54,05% del totale) appartenenti al territorio distrettuale

Per i ricoveri in RSA bisogna osservare che negli anni, se si esclude la lieve flessione del 2010, si è verificato un aumento significativo e dai primi dati relativi al 2011 si rileva un ulteriore forte incremento.

RICOVERATI RSA APPARTENENTI AL TERRITORIO DISTRETTUALE

2006			2007		2008		2009		2010	
Comuni	ospiti	%	ospiti	%	ospiti	%	ospiti	%	ospiti	%
Ladispoli	36	56,25	33	55,00	39	55,71	57	58,77	55	60,44
Cerveteri	28	43,75	27	45,00	31	44,29	40	41,23	36	39,56
TOTALE	64	100	60	100	70	100	97	100	91	100

2010 - SPESA DEI COMUNI PER RICOVERO ANZIANI IN CASA DI RIPOSO

COMUNI	ANZIANI RICOVERATI IN CASE DI RIPOSO
LADISPOLI	19 (€ 119.245,00)
CERVETERI	8 (€ 30.393,00)

I comuni di Ladispoli e Cerveteri sostengono economicamente anche il ricovero di anziani e disabili in case di riposo e comunità.

Si tratta di situazioni sociali particolari (isolamento, emarginazione sociale etc) per le quali le amministrazioni, su proposta del servizio sociale, contribuiscono alla retta di ospitalità.

Anche se la casa di riposo è un servizio per anziani parzialmente autosufficienti, in realtà la gran parte degli attuali ospiti è rappresentata da persone che nel corso degli anni invecchiando ha perso l'autosufficienza.

3.3 I servizi di assistenza domiciliare comunali

Il Servizio di Assistenza Domiciliare per le persone anziane e adulte non autosufficienti (SAISA) si attua nell'ambito dei servizi sociali comunali. Costituisce l'espressione primaria e fondamentale dell'intervento sul territorio per la tutela della salute e del benessere dell'individuo anziano e adulto non autosufficiente a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche, in un'ottica di prevenzione secondaria e di riabilitazione.

Gli interventi privilegiano l'ambito della vita quotidiana e il domicilio. Non sono da considerarsi come somma di prestazioni, ma come azioni coerenti al raggiungimento di obiettivi/risultati del maggior benessere possibile della persona, all'interno di progetti personalizzati.

Gli obiettivi generali del Servizio sono:

- **la tutela delle condizioni fisiche**, attraverso un'attenzione particolare alle autonomie motorie, alle capacità sensoriali e agli stati delle patologie degenerative;
- **la promozione delle autonomie individuali**, soprattutto riferite ai bisogni personali e domiciliari;
- **la prevenzione dell'isolamento sociale** e degli stati di emarginazione, anche attraverso la "cura" delle relazioni sociali e affettive.

Il servizio è finalizzato al mantenimento della persona non più autosufficiente nel proprio nucleo familiare. L'assistenza viene concessa su valutazione del Servizio Sociale.

Nel corso degli anni, per il citato invecchiamento generale della popolazione, è aumentato il numero degli anziani bisognosi di tale servizio a tal punto che attualmente in ambedue i comuni c'è una lista d'attesa.

Dati al 31.12.2010 ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI – N. ASSISTITI E SPESA COMUNALE

COMUNI	ANZIANI ASSISTITI SAISA	SPESA ANNUA COMUNALE
LADISPOLI	52	235.000,00
CERVETERI	31	126.000,00

DATI al 31.12.2010 ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI – NUMERO ASSISTITI E SPESA COMUNALE

	DISABILI ASSISTITI	SPESA ANNUA COMUNALE
Ladispoli	64	410.000,00
Cerveteri	48	182.398,00

- Compresa spesa per Centro Diurno “CSP” e SOGGIORNI ESTIVI PER DISABILI

In ambedue i comuni è presente una lista d’attesa. La lista d’attesa non viene seguita quando arrivano (soprattutto nel caso del Comune di Ladispoli) segnalazioni di casi urgenti e complessi da parte dei medici curanti, CAD, vicini di casa, forze dell’ordine: in genere si tratta di anziani non più autosufficienti che vivono soli, spesso in situazioni di “barbonismo domestico”, difficili da prendere in carico.

3.4 Il nido dei nonni a Ladispoli

Da tre anni è attivo il progetto sperimentale “Nido dei nonni”, realizzato con la collaborazione dell’AVO (Associazione Volontari Ospedalieri) e della Cooperativa sociale CASSIAVASS.

Il progetto, nato dall’esigenza di diminuire il numero degli anziani in lista d’attesa, è svolto con la collaborazione di personale volontario (AVO) e personale dipendente delle cooperative. Rappresenta una anticipazione di un centro diurno per anziani fragili.

La sperimentazione ha evidenziato risultati positivi: gli anziani coinvolti vengono prelevati la mattina con il pulmino e portati al Centro sociale anziani dove durante la mattinata svolgono attività di gruppo, risocializzanti.

Una volta alla settimana gli ospiti si fermano anche a pranzo. Quando è possibile sono svolte anche attività all’esterno del centro (gite).

Gli anziani coinvolti, parzialmente autosufficienti, nel tempo hanno migliorato le loro condizioni psicologiche.

3.5 Il volontariato

Oltre all'Associazione dei Volontari Ospedalieri, altri gruppi di volontari operano in favore di persone non autosufficienti:

- a Ladispoli, nell'ambito del servizio di **risocializzazione**, oltre agli anziani che si offrono di sorvegliare i bambini all'entrata ed all'uscita delle scuole e quelli che si occupano delle piccole pulizie dei giardini, abbiamo un gruppo di anziani che nell'ambito dell'attività "L'anziano per l'anziano" scelgono di tenere compagnia ad anziani che per le loro condizioni di salute non sono più autonomi;
- a Cerveteri **l'AUSER** (organizzazione di volontariato dello SPI) con un gruppo di volontari svolge la stessa attività;
- infine le parrocchie, tramite i loro **"centri ascolto"**, supportano quei nuclei familiari che si rivolgono loro perché in difficoltà legate alla presenza di persone non autosufficienti.

4. Le politiche per l'agio ed il benessere della terza età quale prevenzione della non autosufficienza

Per quanto riguarda i servizi che le due amministrazioni comunali offrono agli anziani nell'ambito della **socialità, del tempo libero e più in generale delle attività ludiche**, sportive e ricreative, si possono rilevare un buon programma di vacanze estive, altre attività nel settore della promozione di agevolazioni di vario tipo (a Ladispoli la carta d'argento) e programmi di ginnastica dolce (Ladispoli e Cerveteri). Tali attività hanno comunque un'influenza sulla non autosufficienza poiché è ormai opinione generale che il mantenere uno stile di vita attivo, utile alla collettività rallenta i processi dell'invecchiamento e della non autosufficienza.

COMUNI	ANZIANI COINVOLTI IN SOGGIORNI ESTIVI 2010	SPESA ANNUA COMUNALE
LADISPOLI	95	46.000,00
CERVETERI	93	49.939,50

COMUNI	N. centri sociali	n. complessivo degli iscritti
<i>LADISPOLI</i>	<i>1</i>	<i>1.000</i>
<i>CERVETERI</i>	<i>4</i>	<i>1520</i>

I centri sociali sono presenti nel territorio, raccolgono numerosi iscritti e sono particolarmente attivi.

Anche la **risocializzazione** (impiego degli anziani in servizi di pubblica utilità), soprattutto a Ladispoli ha un peso particolare ed interessa numerosi anziani.

Risocializzazione 2010

COMUNI	ANZIANI COINVOLTI	SPESA ANNUA
<i>LADISPOLI</i>	<i>109</i>	<i>€ 140.000,00</i>
<i>CERVETERI</i>	<i>21</i>	<i>32.000,00</i>

5. Il progetto Star bene a casa

Dal 1° gennaio 2007 è stato attivato il progetto *“Star bene a casa”*. Il progetto si occupa dei bisogni delle persone non autosufficienti, anziane o adulte. A monte del progetto, che utilizza i fondi **sia del Piano di Zona che della non autosufficienza**, è stato sottoscritto con il CAD della RMF2 un protocollo di intesa per l’assistenza **domiciliare integrata**, che ha individuato strategie e linee operative del modello di intervento.

L’assistenza domiciliare integrata, quale primo passo verso l’obiettivo di unificare gli interventi dell’assistenza domiciliare sociale e sanitaria, rappresenta uno strumento fondamentale per farsi carico dei bisogni delle persone non più autosufficienti con un approccio globale che tenga conto anche dei bisogni di sollievo dei nuclei familiari.

Con il progetto si è costituito un gruppo di lavoro distrettuale che, con frequenza bisettimanale, analizza le situazioni e propone dei piani di lavoro individuali.

Dopo una fase di mappatura dei bisogni, il progetto si è avviato positivamente e purtroppo ad oggi già abbiamo persone in lista d’attesa.

5.1. Report del progetto *“Star bene a casa”* anno 2010

La finalità del progetto Star Bene A Casa è essenzialmente quella di migliorare la qualità della vita dei soggetti destinatari del servizio stesso e delle loro famiglie, consentendo tramite servizi ad integrazione socio- sanitaria, la permanenza nel proprio ambiente di vita a persone affette da malattie cronico degenerative stabilizzate, parzialmente, totalmente, temporaneamente e permanentemente non autosufficienti, prevenendo, quindi, il ricovero in strutture sia sociali che sanitarie. La programmazione di tale servizio, prevede la complementarietà tra i diversi moduli assistenziali in collaborazione con le famiglie, le strutture sanitarie (CAD , Ospedali, RSA etc.), sociali (Servizi Sociali Comunali, organizzazioni del Terzo settore) e le risorse del volontariato (Avo , Croce Rossa, ASSOVOCE) per realizzare progetti unitari, cioè mirati a rispondere il più possibile e nella maniera più completa, alla diversa natura dei bisogni di cui l’utenza è portatrice.

5.1.1 Obiettivi generali

Gli obiettivi macro sono:

- a)** favorire la permanenza presso il proprio domicilio di utenti adulti o anziani totalmente o parzialmente non autosufficienti;
- b)** riduzione delle liste di attesa
- c)** integrazione degli interventi socio- sanitari
- d)** prevenzione i ricoveri impropri
- e)** sostegno al nucleo familiare
- f)** prevenzione o riduzione il rischio di istituzionalizzazione
- g)** mantenimento dei legami affettivi e relazionali

5.1.2 Obiettivi specifici

Gli interventi saranno pensati, concordati e co-progettati con tutti i soggetti, le figure istituzionali impegnate, e saranno volti a

- ❖ favorire lo sviluppo dell'autonomia personale,
- ❖ favorire l'integrazione e le relazioni sociali
- ❖ favorire la scoperta e lo sviluppo di capacità personali e delle potenzialità individuali

5.1.3 Destinatari degli interventi

Adulti con patologie gravi assimilabili a quelle geriatriche

Anziani non autosufficienti

5.1.4 Modalità di attuazione del Servizio

a) Segnalazione caso o domanda di accesso

Le richieste di inserimento nel servizio possono essere effettuate tramite :

- segnalazione da parte del medico di base;
- segnalazione da parte dei servizi sociali comunali;
- segnalazione da parte degli operatori CAD
- segnalazione da parte dell'utente e/o da un suo familiare

b) Presa in carico dell'utente

Le modalità di presa in carico dell'utente segue il seguente percorso:

L'equipe socio-sanitaria (composta da personale CAD, dai Servizi Sociali dei Comuni di Ladispoli e Cerveteri in collaborazione con la Responsabile del Servizio) all'interno della riunione quindicinale valuta tutte le domande di assistenza pervenute, verificata l'esistenza dei requisiti previsti per l'accesso al servizio, concorda con la famiglia e/o con l'utente la data per la prima visita domiciliare.

La visita domiciliare viene effettuata congiuntamente da personale CAD e Responsabile del servizio, sia per valutare le reali necessità dell'utente che le condizioni socio-sanitarie. Durante l'incontro viene compilata la Scheda utente contenente le informazioni necessarie.

Tali dati permettono all'equipe socio – sanitaria di valutare l'immissione diretta nel servizio o l'inserimento dell'utente in lista d'attesa.

Sono previste, infatti, riunioni quindicinali dell'equipe per valutare:

- nuovi ingressi;
- verifica piano individuale di intervento utenti già in assistenza
- aumento di prestazioni
- dimissioni
- andamento del servizio

c) Immissione in assistenza

L'immissione in assistenza dei nuovi utenti viene autorizzata dall'equipe socio- sanitaria che concorda anche il piano individuale di intervento e il numero di prestazioni da erogare. Il servizio sociale del comune di appartenenza invia autorizzazione scritta all'inserimento in assistenza.

5.1.5 Utenti in assistenza

Per dare un' idea concreta del lavoro svolto nel 2010 riportiamo di seguito i numeri del servizio:
L'UOD ha effettuato ben 50 visite domiciliari in tutto il territorio del Distretto della ASL RMF2;
L'UOD ha autorizzato l'inserimento di 32 utenti nel progetto di cui:

Tipologia	Fasce di età	Età	Numeri
Area Anziani	Da 65 a 89	Da 65 a 70	5
		Da 71 a 77	11
		Da 78 a 84	11
		Da 85 a 89	1

Area della Disabilità	Da 19 a 60	Da 19 a 27	
		Da 28 a 34	1
		Da 35 a 42	
		Da 43 a 50	3
		Da 51 a 59	
		Da 60 a 70	

Gli utenti assistiti risultano essere affetti dalle seguenti patologie:

Area Anziani	Area Disabilità
morbo di Krohn, psicosi, vasculopatia cerebrale, SLA, Demenza senile, Mielite dorsale, Alzheimer, paralisi sopranucleare, diabete ,Esito di ictus,obesità, emiparesi sx post ictus, cancro colon,carcinoma mammella	Cancro al cervello, demenza fronto-temporale ipertensione polmonare, disturbo psichiatrico

5.1.5 Criticità

Tutti gli utenti presi in carico hanno situazioni socio sanitarie tali da richiedere un intervento cospicuo a domicilio. L'esiguità dei fondi non permette l'ingresso nel servizio a tutti gli utenti che ne fanno richiesta e che sono stati valutati idonei.

Per quanto abbiamo potuto osservare, le principali caratteristiche degli utenti che rimangono attualmente scoperti dal servizio sono:

- dimissioni protette (utenti che rientrano al domicilio dopo un ricovero e hanno momentaneo, tempestivo e massiccio bisogno di assistenza per superare le difficoltà)
- post-acuzie (utenti che dopo un trauma non possono o non vogliono un ricovero in riabilitazione e che se tempestivamente inseriti in ADI potrebbero evitare il ricovero)
- sollievo (ad es. utenti che hanno patologie geriatriche o cronico degenerativo i cui familiari hanno bisogno di un aiuto differente dall'assistenza domiciliare classica e necessitano di una presa in carico di tipo residenziale o semi residenziale)

6. Progetto : “Il Piano per la Non Autosufficienza 2011”

6.1 Il problema

Il Problema	I servizi sociali dei due Comuni rilevano un netto aumento di disagio riferito soprattutto agli anziani soli e disabili, privi di una adeguata rete familiare e non più autosufficienti.
Obiettivi Generali	Riduzione delle istituzionalizzazioni e della lista di attesa con particolare riferimento ad anziani ed adulti non autosufficienti.
Obiettivi Specifici	Presenza in carico tramite l'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) degli anziani e disabili in condizione di gravità, non autosufficienti, per ridurre la ospedalizzazione e la istituzionalizzazione.
Destinatari	adulti e anziani non autosufficienti, segnalati dai servizi sociali e dai medici di base.
Risultati Attesi	Presenza in carico di circa n.35 utenti, finalizzata al mantenimento a casa ed al miglioramento della qualità della vita.

6.2 Strategie e metodologie

Strategie	Metodologie
<ul style="list-style-type: none">• Presenza in carico dell'utenza con progetti di intervento integrati di tipo socio-sanitario, mirati al mantenimento a casa;• Sostegno del nucleo familiare;• Mantenimento nei limiti del possibile dei legami con l'ambiente e con la comunità.	<ul style="list-style-type: none">• Assistenza domiciliare sociale e sanitaria integrata;• Sostegno alla vita in casa tramite:<ol style="list-style-type: none">1. Pulizia personale;2. Mantenimento igiene ambiente;3. Preparazione e somministrazione pasti;4. Segretariato sociale e supporto al PUA;• Attività di integrazione con la comunità tramite l'intervento del volontariato.

6.3 Le sinergie previste e gli attori coinvolti nella rete del progetto

Rete 1° Livello	Con gli operatori responsabili del progetto; con gli altri operatori della unità operativa distrettuale per l'assistenza domiciliare integrata.
Rete 2° Livello	Con i medici di base e i servizi sanitari territoriali e non.
Rete 3° Livello	Associazionismo ed organizzazioni del volontariato locale.

6.4 Il monitoraggio e la valutazione

Strumenti di monitoraggio	Scansione temporale del monitoraggio: 6 mesi. Indicatori di processo: a) Numero anziani e/o disabili assistiti; b) Numero accessi a domicilio realizzati; c) n. colloqui svolti presso il PUA.
Verifica risultati	Valutazione della qualità della integrazione raggiunta tra servizi A.S.L. e servizi sociali territoriali, tramite un questionario per gli operatori coinvolti

6.5 Piano Finanziario fondo per la non autosufficienza

N. ore di assistenza 7000 X € 18,00 a ora di assistenza	126.000,00
N.1 assistente sociale Ore 25 x € 20,00x 4.33x12 mesi	25.980,00
Spese generali	1020,00
<u>TOTALE</u>	<u>153.000,00</u>