



ASSEMBLEA DEI SOCI

Deliberazione n. 60 del 21.12.2011

OGGETTO: Progetto “Le dimissioni ospedaliere difficili della popolazione italiana e straniera e l’assistenza pediatrica consultoriale”

Allegato: Progetto

Ente rappresentato	Nome e Cognome	Carica	Quote	Presenti	Assenti
AUSL 4	Bruno Cravedi	Direttore generale	33,33	X	
Comune di Prato	Dante Mondanelli	Assessore delegato	50,15	X	
Comune di Montemurlo	Nicola Ciolini	Assessore delegato	4,99		X
Comune di Cantagallo	Grassulini Elisabetta	Assessore delegato	0,81		X
Comune di Carmignano	Fabrizio Buricchi	Assessore delegato	3,74	X	
Comune di Poggio a Caiano	Antonio Castellano	Assessore delegato	2,62	X	
Comune di Vaiano	Annalisa Marchi	Sindaco	2,70	X	
Comune di Vernio	Paolo Cecconi	Sindaco	1,66	X	

Il Presidente Dr. Dante Mondanelli

Il Direttore Dr. Riccardo Poli

Ufficio proponente: **Società della Salute Area Pratese**

Estensore: **Vania Mariotti**

Il giorno 21 dicembre 2011
presso i locali della Società della Salute,
su convocazione del Presidente Dr. Dante Mondanelli

L'Assemblea dei soci

PREMESSO che:

- in data 19.3.2010, con atto ai rogiti del Segretario del Comune di Prato, Dott. Del Regno Vincenzo, repertorio n.31548, gli enti aderenti hanno sottoscritto il nuovo Statuto e la nuova Convenzione della Società della Salute Area Pratese, ai sensi della LRT n. 40/'05 e smi, atti registrati a Prato il 2.4.2010 al n. 17 serie 1 ;
- la forma giuridica è quella del consorzio pubblico senza scopo di lucro ai sensi degli artt. 31 e 113 del D.Lgs. 267/2000, tra l'Azienda Sanitaria di Prato e i 7 Comuni della Provincia Pratese;
- in data 6.4.2010 con deliberazione n.1, dopo aver dato atto dell'approvazione del nuovo statuto e della nuova convenzione consortile, si è insediata l'Assemblea dei Soci;

VISTA:

- la deliberazione n. 3 del 24.5.2010 della Giunta Esecutiva della SdS Pratese con la quale si prendeva atto:
 - a) dell'avvenuta approvazione, da parte della Regione Toscana (DGRT n. 1282 del 28.12.2010), del progetto sperimentale presentato dalla Società della Salute Area Pratese denominato "*Dopo l'ospedale è meglio a casa*";
 - b) della conseguente sottoscrizione, in data 14.1.2010, di un protocollo d'intesa tra Regione Toscana, *nella persona dell'allora assessore alla sanità Dott. Enrico Rossi*, e Società della Salute Area Pratese, *nella persona del suo Presidente Dr. Dante Mondanelli*, per l'attivazione e svolgimento dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio previsti nel progetto di cui alla lettera a);
 - c) dell'impegno finanziario della Regione Toscana a sostenere il progetto mediante erogazione di un contributo di €250.000,00 a favore della Società della Salute, nella sua qualità di Soggetto pubblico titolare, gestore, in collaborazione con gli Enti consorziati, e attuatore del progetto;

VISTA:

- la deliberazione n. 16 del 06.09.2010 della Giunta Esecutiva della SdS Pratese con la quale si disponeva di affidare all'Azienda USL 4 di Prato, il reclutamento temporaneo (1 anno) dei tre operatori necessari per la realizzazione del progetto "*Dopo l'Ospedale meglio a casa*": un fisioterapista, un infermiere, un assistente sociale e l'attivazione del servizio di assistenza alla persona;

RICORDATA:

- la deliberazione di Assemblea dei Soci della SdS n. 12 del 14 marzo 2011 con la quale veniva approvato il progetto “ Assistenza sanitaria agli immigrati”, finanziato dalla Regione Toscana alla Azienda USL 4 .

PRESO ATTO:

- dell'esito assolutamente positivo del progetto sperimentale come si evince dalla relazione allegata al presente atto

PRESO ATTO ANCORA CHE:

- il progetto DHMAC rappresenta un efficace strumento di prevenzione rispetto ad inserimenti impropri in strutture residenziali, modificando, a favore dell'utenza, anche il grado di appropriatezza progettuale dell'UVM SCAHT.

RITENUTO OPPORTUNO:

- considerati gli ottimi risultati conseguiti, prorogare il DHMAC, senza soluzione di continuità, sino al 31 dicembre 2012 allargando il target agli stranieri STP in dimissione ospedaliera ed ai soggetti in età pediatrica non iscritti al SSR assistiti dai Consulteri aziendali, così come meglio descritto nel progetto” “Le dimissioni ospedaliere difficili della popolazione italiana e straniera e l'assistenza pediatrica consultoriale” allegato al presente atto di cui forma parte integrante e sostanziale.

VISTO il parere tecnico positivo espresso dal Direttore;

Con le modalità previste dall'art. 8 dello Statuto;

DELIBERA

di approvare la narrativa che precede e conseguentemente:

1. di approvare il progetto “Le dimissioni ospedaliere difficili della popolazione italiana e straniera e l'assistenza pediatrica consultoriale”
2. di affidare all'Azienda USL 4 di Prato, il reclutamento temporaneo dei tre operatori necessari per la realizzazione del progetto
3. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo;
4. di trasmettere copia del medesimo agli enti aderenti al Consorzio e al Collegio Sindacale;
5. di dare pubblicità alla presente deliberazione mediante affissione all'Albo on line del Consorzio per la durata di giorni 10 consecutivi.

Il Direttore
Dott. Riccardo Poli

Il Presidente
Dr. Dante Mondanelli

**DELIBERA ASSEMBLEA DEI SOCI
N. 60 del 21.12.2011**

Oggetto: Progetto “Le dimissioni ospedaliere difficili della popolazione italiana e straniera e l’assistenza pediatrica consultoriale”

Ai sensi dell’art. 49 – 1° comma del D.lgs 18.8.2000 n. 267, si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica del provvedimento.

Prato, 21.12.2011

**IL DIRETTORE DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE
Dott. Riccardo Poli**



Allegato alla delibera Assemblea dei Soci SdS n. 60 del 21/12/2012

PROGETTO: LE DIMISSIONI OSPEDALIERE “DIFFICILI” DELLA POPOLAZIONE ITALIANA E STRANIERA E L’ASSISTENZA PEDIATRICA CONSULTORIALE

1. PREMESSA

L’aumento della vita media ha portato ad un incremento del numero delle persone anziane ed alla conseguente moltiplicazione di richieste di prestazioni e servizi adeguati a questa fascia d’età.

L’assenza, molto frequente, di una famiglia attiva (a volte impossibilitata ad occuparsi adeguatamente dell’anziano), di reti amicali, di buon vicinato, quando ancora la povertà, l’esclusione e la solitudine, hanno stimolato e continuano a stimolare, di necessità, il ricorso e la delega alle istituzioni e, conseguentemente, la deresponsabilizzazione del singolo e della collettività.

Questa opzione è stata sostenuta da difficoltà rilevanti nel reperire risorse utili a sostenere un intervento domiciliare tempestivo, temporaneo o continuativo nel tempo, in presenza di strumenti amministrativo-procedurali ancora troppo rigidi e burocratizzati.

Ciò ha determinato una progressiva tendenza ad attivare con maggior facilità, anche dietro la pressione crescente dei familiari, l’inserimento in una struttura assistenziale di tipo residenziale degli anziani con autonomia limitata o compromessa.

Per questo motivo occorre ripensare il modo con il quale il sistema dei servizi interviene nei momenti di maggiore criticità per il recupero dell’autonomia funzionale e sociale dell’anziano, per il rischio di rottura della tenuta dell’ambiente familiare ed assistenziale e per la necessità di valorizzare le risorse di assistenza personale presenti nelle famiglie. Uno di questi momenti è rappresentato proprio dalla dimissione ospedaliera di un anziano fragile.

C’è poi il problema dei percorsi di tutela sanitaria da garantire anche ai numerosi cittadini stranieri presenti in maniera irregolare sul nostro territorio (Stranieri Temporaneamente Presenti – STP) e che incorrono in gravi problemi di salute che richiedono ospedalizzazione e fase postacuta, resa ancor più critica dalla mancanza di supporto sociale e dalla perdita di autonomia produttiva. Il numero di questi casi difficili alla dimissione è peraltro in drammatico aumento e riguarda anche casi pediatrici e neonatali. Avere strutture e modalità che consentano non soltanto una convalescenza sanitaria, ma anche diano i tempi per mettere in moto quelle relazioni utili a trovare percorsi di uscita o reinserimento dello straniero STP, diverrà questione sempre più ordinaria.

Infine non si può dimenticare il tema dell’accesso pediatrico al consultorio da parte di assistiti nella fascia di età 0-14 anni stranieri e spesso figli di immigrati STP. Anche per loro è necessario pensare a forme di assistenza che, superando le attuali criticità e seguendo le indicazioni del PSR 2008-2010, sappiano intercettare il bisogno per dare risposte sempre più adeguate ed appropriate, con particolare riguardo all’accesso e alla fruibilità del servizio pediatrico.

2. LA SITUAZIONE DEMOGRAFICA ED EPIDEMIOLOGICA DELL’AREA PRATESE: BISOGNI DI SALUTE ATTUALI ED EMERGENTI (ANZIANI, MALATTIE CRONICHE, STRANIERI STP)

I cambiamenti demografici sono sicuramente il fattore meglio conosciuto e più utilizzato per prevedere il bisogno sanitario della popolazione. L’età degli individui è, infatti, in stretta

correlazione con la frequenza delle diverse malattie, in particolare di quelle cronico-degenerative prevalenti oggi in Italia, così come negli altri Paesi occidentali.

Contemporaneamente all'**invecchiamento della popolazione** un altro fenomeno che influenzerà i bisogni di salute, o meglio di assistenza, è la tendenza, già in atto da alcuni anni, all'aumento delle **famiglie "unipersonali"** (caratterizzate da un ridotto numero di componenti, in media 2,2).

Non esistono dati correnti sulla frequenza di **patologie croniche** nella popolazione anziana presente nella provincia di Prato. L'Agenda Regionale di Sanità della Toscana, sulla base di alcune indagini ad hoc effettuate nella popolazione toscana (INChianti, ILSA, ICare), ha stimato la prevalenza di anziani con malattie cronico-degenerative nelle varie Aziende Sanitarie della Regione (www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/).

Secondo questa stima a Prato vi sarebbero circa 6.957 anziani ad altissimo rischio di non autosufficienza, cosiddetti "*anziani fragili*", in prevalenza di sesso femminile (60,6%).

Gli ultra sessantatreenni *disabili* sarebbero invece 3.668, 990 maschi e 2.678 femmine, pari al 6,5% dei disabili stimati in Toscana.

Le cause più comuni di perdita di autonomia e delle relazioni sociali nell'anziano, che richiedono rilevanti bisogni assistenziali, sono soprattutto alcune patologie croniche neurologiche, come la demenza e il morbo di Parkinson e le malattie cerebrovascolari (ictus), ma anche il diabete, lo scompenso cardiaco, l'ipertensione, la BPCO, la frattura di femore.

A questo si aggiunga la già ricordata fragilità sociale e sanitaria dei cittadini **immigrati STP** nei difficili percorsi di cittadinanza.

L'immigrazione, oramai componente stabile e strutturale della nostra società, così come nel resto della Regione e del Paese, ha mostrato negli ultimi anni profonde modificazioni per la tendenza alla globalizzazione del fenomeno. A livello della provincia di Prato questo si traduce in una presenza molto consistente di migranti provenienti da 121 Paesi, in genere Paesi a Forte Pressione Migratoria.

La realtà della provincia di Prato si è trasformata negli ultimi anni in una società multi etnica, con la presenza nel 2009 su un totale di n. 248.174 abitanti, di n. 31.450 stranieri.

Per ciò che riguarda il solo Comune di Prato, al 1 gennaio 2009 hanno presentato una cittadinanza non italiana 24.153 residenti, pari all'13% della popolazione totale, valore superiore alla media della Toscana (7,5%) e italiana (5,8%) (www.istat.it al 1/1/08). Considerando anche gli stranieri non residenti, soggiornanti e non, si stima che gli stranieri presenti nella Provincia siano circa 32.000-35.000 (*elaborazione da Dossier statistico sull'immigrazione-Caritas Migrantes-2007*).

I Paesi d'origine degli stranieri residenti nella provincia pratese sono molto numerosi (121 nel 2008, tipico "policentrismo" dell'immigrazione italiana), il 12,6% proviene da Paesi comunitari, mentre i restanti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM 98%).

Caratteristica peculiare di Prato è, come noto, la numerosa comunità cinese, costituita da 10.914 soggetti, pari al 37,7% degli stranieri; al secondo posto vi sono gli albanesi (5.832 presenze pari al 20,1%) e quindi i romeni (2.631 soggetti, 9,1% degli stranieri) ed i marocchini (1.932, 6,7%), che hanno superato nel corso dell'anno i pachistani, i quali attualmente occupano il quinto posto (1.832 soggetti, pari al 6,3%).

L'83,4% degli stranieri è residente nel Comune capoluogo ed i restanti negli altri Comuni della Provincia.

Per ciò che riguarda i soggetti in età pediatrica, i dati 2009 ci dicono che, a Prato, sono nati 3.416 bambini, mentre i parti di donne straniere presso l'Ospedale di Prato sono stati 1.618, pari al 47,3%. Dall'analisi dell'accesso ai servizi sanitari della popolazione migrante nel territorio pratese, risulta che nella fascia di età 0-14 anni 1 straniero su 5 non è iscritto al SSR e pertanto non ha l'assistenza del pediatra di libera scelta. Tale criticità comporta un maggior ricorso al Pronto Soccorso, una minore adesione ai bilanci di salute previsti dall'Accordo Regionale Pediatri di Famiglia e una minore attenzione agli interventi preventivi.

Come già detto, tali numeri, riferiti alla popolazione straniera "regolare" (cittadinanza, residenza, permesso di soggiorno), sottendono una ulteriore massiccia presenza di immigrati non in regola col

permesso di soggiorno, che si stima siano circa 12.000 in tutta l'area pratese.

Nell'ambito del "Patto per Prato Sicura 2010" – Area tematica Salute e Immigrazione, coordinato dal Direttore Generale dell'ASL 4, sono stati effettuati alcuni incontri con i rappresentanti del Comune di Prato, della Provincia di Prato, dell'Ufficio Territoriale di Governo, dell'INAIL e delle Organizzazioni Sindacali, da cui sono emerse diverse aree prioritarie d'intervento, tra cui quella del riconoscimento della numerosità della popolazione straniera assistibile e della maggiore complessità dell'assistenza sanitaria agli immigrati.

Rispetto a quest'ultima osservazione va ricordato che, negli ultimi anni, una quota sempre maggiore di stranieri residenti si è rivolta ai servizi sanitari aziendali. Questo, oltre a causare un aumento del tempo medio di prestazione, rende obbligatoria la presenza di un servizio di mediazione linguistico – culturale finalizzato ad assicurare interventi appropriati e che si aggiunge ai normali costi dell'assistenza. A questo gruppo di stranieri, va aggiunta una quota di stranieri con regolare permesso di soggiorno, ma non residenti e gli stranieri non in regola con le norme relative al permesso di soggiorno (irregolari e clandestini). A tali persone vengono assicurate, in base alle normative nazionali e regionali vigenti, le specifiche forme di assistenza sanitaria, pur in assenza delle risorse previste.

Anche per il servizio sociosanitari la presenza di persone migranti non si presenta più, dunque, come problema contingente, ma costituisce un fenomeno strutturale che richiede adeguate risposte di salute.

L'uso e la conoscenza dei servizi socio-sanitari da parte dello straniero è pesantemente condizionato da variabili culturali e relazionali (il gruppo di appartenenza, le condizioni economiche, sociali e ambientali, il livello di istruzione e di integrazione). D'altra parte lo stesso concetto di salute, come quello di rischio, è diverso tra le comunità migranti e fortemente sbilanciato sulla cura piuttosto che sulla prevenzione e sul controllo della malattia. Questo fa sì che il migrante tenda ad utilizzare i servizi in maniera particolare e solo nei casi più urgenti.

Tali criticità vengono confermate anche dal recente Rapporto Diocesano sulle Povertà 2009, elaborato dalla Caritas Diocesana di Prato.

L'assistenza ospedaliera

Nel corso degli ultimi anni, presso l'Ospedale Misericordia e Dolce di Prato, si è verificato un progressivo aumento di ricoveri di persone straniere non in regola con le norme relative al permesso di soggiorno e quindi prive di una regolare iscrizione al Servizio sanitario nazionale.

Si tratta quasi sempre di soggetti che vivono ai margini della società e che, per lo stile di vita e per l'invecchiamento, hanno cominciato a manifestare problemi di salute importanti e che non consentono più di vivere "per strada".

I dati di Prato (Profilo di salute Area Pratese, Anno 2009) ci dicono che gli stranieri non residenti si ricoverano in prevalenza per le cause infettive (stranieri non residenti 7,8% vs 4,1% dei residenti) e per gli eventi traumatici (13,5% vs 7,3 %). L'analisi dei ricoveri presso l'Ospedale Misericordia e Dolce conferma la diversa modalità di ricorso al ricovero ospedaliero degli stranieri, che si ricoverano più frequentemente in condizioni di emergenza/urgenza e che presentano uno stato di salute, in gran parte sovrapponibile a quello dei coetanei italiani, con eccessi solo per le patologie infettive e i traumi.

Le cure primarie

Per gli Stranieri STP, dal 2001, è attivo a Prato un ambulatorio per l'erogazione delle cure primarie e dell'assistenza farmaceutica, gestito dall'ASL 4 e dalla Caritas Diocesana Onlus. L'ambulatorio, attualmente situato presso il Centro Socio Sanitario R. Giovannini ed operativo per 3 giorni la settimana, vede la presenza di medici volontari, un infermiere professionale, un addetto all'accoglienza e un mediatore culturale di lingua cinese (quest'ultimo per 2 volte alla settimana). L'opportunità di un ambulatorio per l'erogazione dell'assistenza primaria è legata al fatto che gli STP possono accedere, come detto, per necessità di cura urgente o essenziale, al ricovero ospedaliero e al livello di assistenza specialistica ambulatoriale, mentre non è prevista l'erogazione

dell'assistenza primaria e dell'assistenza farmaceutica. Questo comporta un duplice ordine di problemi:

- frequente ricorso al Pronto Soccorso per patologie che possono meglio essere affrontate a livello di assistenza primaria;
- terapie farmacologiche non eseguite o eseguite in maniera parziale e/o incompleta a causa del costo dei farmaci.

L'ambulatorio è diventato in questi anni un punto di riferimento certo ed importante per gli STP, assicurando non solo l'assistenza sanitaria, ma anche un servizio di sportello informazione per i bisogni non sanitari. Nell'anno 2009 sono state erogate un numero di 1.276 visite, così ripartite per Stato estero di provenienza:

- Cina 64%
- Nigeria 8,8%
- Senegal 5,2%
- Georgia 4,3%
- Albania 3,1%
- Altri Paesi 14,6%.

Dal 1 gennaio 2009 al 31 dicembre 2009 gli utenti stranieri in età pediatrica hanno effettuato i seguenti accessi:

- ambulatori pediatri di libera scelta n. 59 accessi utenti STP;
- pronto soccorso ospedaliero n. 3.220 accessi utenti extracomunitari in età pediatrica.

Sulla base dei dati sopra riportati si rende necessario facilitare l'accesso, dei cittadini stranieri nella fascia di età fra 0 e 14 anni non iscritti al SSR, a servizi e prestazioni offerti dal SSR, garantendo la tutela della salute fisica del bambino e la copertura vaccinale, nonché l'auspicato processo di integrazione.

Il consultorio rappresenta un punto di riferimento sanitario territoriale che garantisce un accesso facilitato ai servizi, in particolare per utenti in situazioni svantaggiate, pertanto rappresenta la struttura che può intervenire nell'offerta attiva di visite pediatriche ambulatoriali, garantendo la presa in carico del bambino e l'invio, se e ove necessario, a livelli assistenziali superiori.

La necessità del progetto per gli stranieri STP nell'area pratese

Come noto, l'attuale organizzazione ospedaliera "per intensità di cura", finalizzata ad intervenire su pazienti affetti da patologie acute o croniche con problemi legati ad episodi di riacutizzazione della malattia, necessita di tutta una serie di azioni che possano facilitare le dimissioni, ad iniziare proprio da quelle più difficili per problematiche di continuità assistenziale e sociali.

Il tal senso la DGRT 1010/2008 invita le Aziende sanitarie ed ospedaliere a presentare progetti finalizzati a favorire questo processo.

Dato quindi per acquisito il diritto imprescindibile di queste persone ad essere accolte e curate a livello ospedaliero, sia per ciò che riguarda le prestazioni urgenti che per quelle definite essenziali da un punto di vista clinico, rimangono le innegabili difficoltà presenti al momento della dimissione ospedaliera, in quanto, molto spesso, o le condizioni di salute non sono tali da consentire le stesse condizioni di vita precedenti, ovvero sussiste la necessità di un intervento riabilitativo intensivo che consenta di far recuperare al paziente il massimo delle sue capacità funzionali, con lo scopo di poterlo far rientrare poi al Paese d'origine o di farlo rimanere sul territorio nazionale con le sufficienti garanzie.

Questi pazienti non riescono attualmente a trovare alcuna risposta al loro problema e rimangono per tempi talvolta molto lunghi nei reparti che li hanno accolti in fase acuta. Occupano così in modo inappropriato posti letto che dovrebbero essere dedicati ad altri pazienti, oltre a vedere posticipato l'inizio dell'intervento riabilitativo con conseguenti minori probabilità di successo.

Sia per gli stranieri comunitari senza fissa dimora, così come per gli italiani, sia per gli Stranieri Temporaneamente Presenti, è attivo un percorso dedicato, nell'ambito delle "Dimissioni Difficili".

In particolare, nel caso di dimissione dal presidio ospedaliero di pazienti senza fissa dimora, bisognosi di cure, continuità assistenziale sanitaria post-ricovero e di un ambiente idoneo per la convalescenza, ma privi di condizioni ambientali idonee ed in alternativa al proseguimento della degenza ospedaliera, ormai da diversi anni, in seguito alla collaborazione fra Azienda USL, Solidarietà Caritas - Ramo ONLUS della Diocesi di Prato e Comune di Prato, è stato allestito un ambiente (originariamente in Via Zarini, successivamente presso la struttura Casa Betania di via Pistoiese, 247) dove questi possono ricevere le cure e l'assistenza sanitaria necessaria.

L'attuale convenzione del progetto "Casa d'accoglienza Betania" prevede:

- a) l'accoglienza, in numero di due in via ordinaria e con possibilità di estensione a tre, degli STP e cittadini comunitari senza fissa dimora che necessitano di cure e assistenza sanitaria post-ricovero;
- b) l'accompagnamento degli ospiti da parte del personale Caritas alle strutture sanitarie di riferimento, in quanto soggetti bisognosi di cure ed assistenza sanitaria, laddove questa non sia da erogarsi in forma domiciliare.

L'utilizzo per questo fine della struttura Casa Betania comporta i seguenti vantaggi:

- a) maggiori standard qualitativi di assistenza a cittadini svantaggiati che sarebbero stati dimessi al termine del percorso ospedaliero;
- b) riduzione di degenza ospedaliera, impropria ma onerosa, dovuta alla difficoltà di trovare strutture adeguate per il proseguimento delle cure post-ospedaliere.

L'accesso si articola nelle seguenti fasi:

1. *Identificazione del paziente;*
2. *Segnalazione del caso;*
3. *Prima valutazione del bisogno;*
4. *Attivazione del percorso;*
5. *Invio del paziente a "Casa Betania";*
6. *Durata del soggiorno a "Casa Betania".*

Il progetto "Casa d'accoglienza Betania", pur avendo risposto in piccola parte al bisogno rilevato, non può far fronte ai numeri crescenti espressi dall'Ospedale di Prato e comunque non può far fronte a dimissioni che richiedono un prolungamento più o meno intensivo dell'assistenza sociosanitaria e riabilitativa.

3. LIVELLO DI RISPOSTA ATTUATO DAL 2010 NELLA ZONA/DISTRETTO

Alla luce delle considerazioni fatte, anche in linea con quanto indicato dalla Delibera GRT n. 1010 del 1/12/2008, l'Azienda USL 4 di Prato ha attivato, nel 2008, il **Servizio per la Continuità Assistenziale Ospedale – Territorio (SCAHT)** che ha avuto come obiettivo quello di rendere fluida l'attivazione e lo svolgimento dei percorsi di dimissione, fornendo un reale supporto/intervento sia agli operatori ospedalieri e territoriali che agli assistiti e ai loro familiari. A questa nuova risposta si è aggiunto successivamente (2010 -2011) il progetto **Dopo l'Ospedale Meglio a Casa (DHMAC)**, con l'obiettivo di potenziare, per la persona anziana, la risposta domiciliare immediatamente successiva al ricovero e favorire, laddove possibile, il rientro a casa senza transitare da un inappropriato e gravoso ricovero in RSA temporanea.

Per verificare la funzionalità e i risultati di una nuova e diversa modalità di risposta alle problematiche di pazienti difficili in dimissione ospedaliera, con riconoscimento precoce del bisogno in fase di ricovero e attivazione di un'assistenza domiciliare intensiva e temporanea attraverso personale OSS, riabilitativo e infermieristico, la SDS dell'Area Pratese ha elaborato tale progetto, finanziato dalla Regione Toscana. Esso ha ampliato le possibilità a disposizione del Servizio dello SCAHT.

In particolare, le attività svolte dallo SCAHT sono: l'individuazione del paziente a rischio da parte del personale di reparto, entro 48-72 ore dal ricovero, il contatto con il Medico di Medicina Generale del paziente, la prima valutazione dei bisogni sociosanitari, il contatto con i familiari del paziente, l'individuazione del percorso da attivare alla dimissione.

DHMAC costituisce, invece, una sperimentazione di 12 mesi, in cui si è previsto di seguire circa 120 utenti. Il servizio è rivolto prioritariamente agli anziani fragili ricoverati presso l'Ospedale Misericordia e Dolce di Prato, identificati dal servizio SCAHT come eleggibili al servizio. I criteri principali di eleggibilità sono: età maggiore di 65 anni, limitata autonomia funzionale, contesto familiare presente, ma non in grado di farsi carico del bisogno o di parte di esso.

Il servizio è previsto per un massimo di 30gg, in via ordinaria, prorogabili fino ad un massimo di 45gg. L'accesso al servizio è gratuito, indipendentemente dal reddito personale e familiare.

4. IL PROGETTO “SCAHT – DOPO L’OSPEDALE MEGLIO A CASA” E I SUOI RISULTATI

I risultati della sperimentazione (dicembre 2010-agosto 2011) sono confortanti:

I casi presi in carico dal Progetto sono stati n. 124 con una media mensile di 13,8.

Il Tempo di valutazione SCAHT è di 1,2 giorni.

Il Tempo di valutazione non autosufficienza è di 2 giorni.

Il Tempo UVM/PAP è di 5 giorni.

Per rendere più intelleggibili i dati, abbiamo provato a suddividere in trimestri i casi attivati come progetti DHMAC. Procedendo ad analizzare nel dettaglio i periodi così suddivisi, abbiamo notato come nel primo periodo (dicembre 2010-febbraio 2011) sono stati attivati complessivamente 25 progetti corrispondenti ad una quota del 20,2%, nel secondo periodo (marzo-maggio 2011) 41 e nel terzo e ultimo trimestre (giugno-agosto 2011) addirittura 58, rappresentando in quest'ultimo caso il 46,7% del totale. Questi dati a nostro parere appaiono concordanti nel tracciare un **trend in costante aumento dei progetti DHMAC attivati nel corso di questo primo anno** di vigenza del progetto e, seppur con l'inevitabile variabilità imputabile ai numeri relativamente contenuti, possiamo affermare che, una volta superata l'iniziale fase di “rodaggio”, ci stiamo assestando su una media di progetti attivati che supera i 19 casi mensili, riuscendo così a soddisfare i bisogni assistenziali di un numero sempre maggiore di persone senza un adeguato supporto assistenziale al momento della dimissione ospedaliera.

Anche l'**incidenza complessiva dei progetti sul totale delle segnalazioni aumenta costantemente** nel tempo fino a rappresentare nell'ultimo trimestre il quasi naturale sbocco delle segnalazioni effettuate dai reparti, arrivando a rappresentare oltre un terzo del totale (35%).

Per ciò che riguarda la **distribuzione dei casi per presidi sociosanitari di appartenenza**, la concentrazione maggiore di utenti si ha nel presidio di Piazza Lippi con 45 casi, seguita dal presidio di Via Roma con 23 casi, poi da quello di Via Giubilei con 18 e infine da quello di Via Clementi con 17 casi. In totale gli assistiti che hanno usufruito del progetto DHMAC e che afferiscono ai presidi distrettuali del comune di Prato sono 103 su 124 casi, costituendo così la larga maggioranza di utenti presi in carico (83%). Per completare l'analisi della distribuzione geografica degli utenti del DHMAC, il primo presidio non localizzato all'interno dei confini del Comune Capoluogo sia Montemurlo con 7 casi, seguito da Vaiano con 5, Carmignano e Poggio a Caiano entrambi con 4 e infine Cantagallo con 1.

Delle 445 segnalazioni pervenute allo SCAHT nel periodo in osservazione, i **casi effettivamente presi in carico e per i quali sono stati predisposti Piani di Assistenza Personalizzati (PAP)** da parte della pUVM SCAHT sono stati in totale 234. Di questi 234 casi ben 131 (55,9%) hanno trovato una soluzione assistenziale appropriata attraverso la definizione di un progetto domiciliare con l'attivazione di supporti integrati di tipo socio-assistenziale.

Nello specifico il progetto Dopo l'Ospedale Meglio a Casa contribuisce con una quota del 94,6% all'erogazione di servizi di sostegno alla persona non autosufficiente a livello domiciliare, sostituendosi in pratica al tradizionale servizio di assistenza domiciliare (SAD): fatto ulteriormente confermato nel corso dell'annualità corrente (2011), in cui la quota di PAP domiciliari attribuibili al SAD scende addirittura al di sotto del 1%.

Per contro i progetti che hanno avuto come esito un PAP di tipo residenziale sono stati in totale 99 (41,5 %) e includono sia gli inserimenti in RSA, intesa come struttura sanitaria assistenziale di base (67), che quelli effettuati presso l’RSA riabilitativa “Rosa Giorgi” (32 casi).

Per effettuare un **confronto con l’attività progettuale del servizio SCAHT nell’anno precedente** a quello in cui il progetto DHMAC ha preso il via, abbiamo utilizzato il periodo che va dal mese di gennaio a quello di settembre 2010, avendo così come termine di comparazione un identico lasso temporale (9 mesi), seppur con uno slittamento di un mese rispetto a quello finora analizzato.

Confrontando i due periodi con e senza il progetto Dopo l’Ospedale Meglio a Casa, possiamo affermare che questo progetto sperimentale ha contribuito in maniera significativa a modificare la progettualità dell’Unità Valutativa Multidisciplinare, indirizzandola verso interventi mirati al mantenimento dell’anziano non autosufficiente nel proprio ambiente di vita e limitando al contempo gli inserimenti residenziali a quei casi dove effettivamente le condizioni cliniche e ambientali non consentivano l’attivazione di altri tipi di supporti.

Per concludere, possiamo asserire che sicuramente il progetto DHMAC rappresenta un efficace strumento di prevenzione rispetto ad inserimenti impropri in strutture residenziali, modificando, a favore dell’utenza, anche il grado di appropriatezza progettuale dell’UVM SCAHT.

Se analizziamo la **tipologia di utenti DHMAC** suddividendola in classi di **età**, notiamo come il 78% dell’utenza presenti un’età compresa tra i 75 ed i 94 anni, la cui maggioranza ricade nell’intervallo tra 80 e 89 anni. Questo per confermare come il target iniziale del progetto ovvero gli anziani non autosufficienti, residenti nell’Area pratese e ricoverati presso l’Ospedale Misericordia e Dolce di Prato, sia stato pienamente centrato e questo grazie anche alla rigorosa attività di screening effettuata dal servizio SCAHT e dai reparti responsabili della segnalazione.

Se invece ci soffermiamo ad analizzare la casistica delle **patologie**, quest’ultime sono state divise in “Aree omogenee di diagnosi” in base alla patologia prevalente della persona al momento della dimissione dal reparto ospedaliero, come avvenuto per le classi di età. Anche in questo caso possiamo dimostrare come il target del servizio, inizialmente previsto verso quei pazienti con problemi originati da episodi traumatici (frattura arto inferiore, traumi cranici da caduta ecc), disturbi neurologici (esiti di stroke) o con disturbi cognitivo-comportamentali riacutizzati, sia stato rispettato in misura largamente maggioritaria.

Infatti le due aree principalmente rappresentate sono due aree target del progetto come quella ortopedica e quella neurologica, che insieme riproducono quasi il 70% di tutta la casistica, seguite dall’area respiratoria e cardiologica con 11% ciascuno e da quella geriatrica con il 5%..

Per l’**analisi dei bisogni** della persona è stato usato quale strumento di rilevazione l’Indice di Barthel modificato (MBI) sia all’ingresso nel progetto (rientro al domicilio) che al termine (generalmente dopo un periodo di 30 giorni).

La suddivisione operata in questo caso per identificare il grado di bisogno assistenziale è la seguente :

- dipendenza completa	score	0-4
- dipendenza severa	score	5-12
- dipendenza moderata	score	13-18
- dipendenza minima	score	19-20

Come era ovvio aspettarsi il primo gruppo, che include soggetti con disabilità totale (Media Performance all’ingresso 1,55), è anche quello che beneficia maggiormente dell’intervento riabilitativo e assistenziale, raggiungendo un punteggio medio all’uscita pari a 5,87, con un guadagno netto di oltre 4 punti. Il secondo gruppo analizzato, quello cioè dei disabili severi con una media della performance all’ingresso di 6,9, ha raggiunto all’uscita dal progetto uno score di 9,7, con un guadagno più contenuto rispetto al primo gruppo, ma comunque significativo. Infine l’ultimo gruppo, composto da soli 4 soggetti, non ha modificato in maniera apprezzabile il proprio grado di disabilità, conseguendo in 3 casi su 4 un identico punteggio sia in ingresso che in uscita.

Strumenti e indicatori per il monitoraggio e la valutazione riabilitativi

Durante il periodo di riferimento Dicembre 2010 – Agosto 2011 sono stati presi in carico per un intervento riabilitativo **99 casi** sui 124 totali (11 casi non necessitavano della fisioterapia o è intervenuto un evento clinico avverso prima della valutazione riabilitativa, 14 casi sono ancora in corso e perciò non conteggiati).

Dei suddetti 99 assistiti, di cui 84 residenti nel territorio del Comune di Prato e 15 in altri comuni limitrofi, il 55% è rappresentato da pazienti di sesso femminile e il restante 45% da quelli di sesso maschile, con una età media stimata di circa 83,9 anni.

I pazienti presi in carico risultavano essere dimessi principalmente dal reparto di Medicina (31 pz.) e dal reparto di Ortopedia (28 pz.); i restanti provenivano invece dai reparti di Geriatria, Neurologia, RRF e Pneumologia.

La maggior parte degli assistiti facenti parte del progetto sono stati dimessi con diagnosi di sindrome da immobilizzazione e frattura di femore (trattata con impianto di protesi, osteosintesi o chiodo gamma); i restanti con diagnosi di ictus ischemico o emorragico.

Sul totale dei 99 pazienti, il 90% ha concluso il progetto nei termini stabiliti, il 9% ha interrotto a causa di un evento clinico avverso e/o morte improvvisa e l'1% si è dimesso volontariamente dal progetto stesso.

Durante il progetto, il fisioterapista, ove ritenuto necessario ha proposto ausili o protesi in base alle necessità dei pazienti, in particolare ciò è accaduto nel 39% dei casi.

Alla conclusione del progetto, il fisioterapista, utilizzando i risultati dei test precedentemente descritti, ha potuto valutare i miglioramenti ottenuti dai pazienti in termini di capacità motoria, funzionalità residua, performance deambulatoria e recupero dell'autonomia nelle ADL e ha potuto constatare l'eventuale raggiungimento degli obiettivi precedentemente fissati.

Si è ottenuto in media un incremento nel punteggio del test SPPB pari ad 1,4 punti ed un incremento nel punteggio del test WHS pari a 1,2 punti. Ciò, in termini strettamente riabilitativi sta a significare un iniziale miglioramento nella funzionalità degli arti inferiori, nella capacità di alzarsi autonomamente da una sedia e nella capacità di camminare ad una velocità normale, (con o senza ausilio), durante le principali attività della vita quotidiana.

Dopo l'intervento riabilitativo effettuato dal fisioterapista durante tutta la durata del progetto, solo 24 pazienti sono stati inseriti in un programma di riabilitazione ambulatoriale presso il CSS Giovannini, 3 pazienti hanno necessitato invece di un programma riabilitativo domiciliare e i restanti 72 pazienti sono stati ritenuti in grado di proseguire al proprio domicilio, grazie anche al corretto addestramento dei care-givers, gli esercizi appresi per il mantenimento e/o miglioramento dell'autonomia residua.

Analisi dei questionari di soddisfazione

Agli utenti che hanno usufruito del progetto DHMAC è stato somministrato un **questionario di soddisfazione** per valutare in che misura il servizio sia stato apprezzato e realmente efficace.

E' stato chiesto agli utenti di esprimere il loro **grado di soddisfazione** con un valore compreso tra 1 e 10, dove 1 equivale a "pessimo" e 10 ad "ottimo".

L'**85%** degli utenti si ritiene complessivamente molto soddisfatto del servizio ricevuto, collocando il proprio grado di soddisfazione tra l'8 e il 10.

Accogliere degli estranei nell'intimità della propria casa non è sempre facile, specie in un momento delicato come quello della dimissione dall'ospedale, in cui l'anziano e il proprio nucleo familiare, destabilizzati dalla malattia, devono ricreare nuovi equilibri. Per questo è stato importante che gli operatori coinvolti nel progetto siano stati capaci di instaurare una relazione di fiducia e collaborazione con gli utenti.

Il **76%** degli utenti è **molto soddisfatto** della cortesia e disponibilità degli operatori che l'hanno seguito a domicilio. Il clima di collaborazione creatosi in questi casi ha permesso agli operatori di educare i *caregiver*, accrescere le loro competenze e, di conseguenza, garantire all'anziano una maggiore soddisfazione dei bisogni assistenziali.

Il **93%** degli utenti, infatti, ritiene che il DHMAC li abbia aiutati ad affrontare i problemi legati all'assistenza quotidiana dell'anziano. Inoltre, il **45%** degli utenti si ritiene molto soddisfatto delle

indicazioni ricevute dagli operatori per mantenere o migliorare i risultati raggiunti durante il progetto.

Per garantire il soddisfacimento dei bisogni di cura dell'anziano è fondamentale che la salute del *caregiver* sia tutelata.

Il 72% degli utenti dichiara che il proprio stato di salute ha trovato giovamento dal DHMAC, confermando così l'importanza di un sostegno nel periodo successivo all'ospedalizzazione dell'anziano.

Il Progetto DHMAC ha permesso di monitorare costantemente la situazione sociosanitaria dell'anziano e quindi di dare, dove possibile, risposte quasi immediate ai bisogni emersi.

Il 74% degli anziani che hanno avuto bisogni urgenti ha ricevuto dagli operatori una risposta in tempi ragionevoli. Questo ha evitato l'attivazione da parte delle famiglie di risorse non congrue ai bisogni dell'anziano, come l'accesso improprio al pronto soccorso.

Per quanto riguarda i risultati, possiamo affermare, come dimostrano i dati, che questo progetto sperimentale ha contribuito in maniera significativa a modificare la progettualità dell'Unità

5. IL NUOVO PROGETTO

Durata complessiva dell'intervento

Sperimentazione di 12 mesi (1 gennaio 2012 – 31 dicembre 2012).

Si prevede di seguire, in termini di sperimentazione nel corso dei 12 mesi, circa 300 utenti.

Target assistiti

Il servizio è rivolto a:

1. anziani fragili ricoverati presso l'Ospedale Misericordia e Dolce di Prato, identificati dal servizio SCAHT come eleggibili al servizio (età maggiore di 65 anni, residente nell'area pratese; paziente con limitata autonomia funzionale con bisogno di assistenza alla persona e di supporto educativo, personale o familiare, per la tutela delle autonomie residue ed il parziale recupero delle capacità personali o del *caregiver* familiare; contesto familiare presente, ma non in grado di farsi carico del bisogno o di parte di esso);
2. stranieri temporaneamente presenti, non in regola con il permesso di soggiorno e necessitanti di assistenza sanitaria post ricovero sul territorio.
3. soggetti in età 0-14 anni non iscritti al SSR, seguiti presso il Consultorio dell'Azienda.

Modalità di attivazione

L'attivazione del servizio per le dimissioni difficili avviene per iniziativa e responsabilità del Servizio SCAHT, che identifica l'assistito sulla base della valutazione fatta in vigenza di ricovero; lo SCHAT ratifica, assumendo le funzioni della UVM zonale, il progetto assistenziale, precisando il numero di accessi e le tipologie di prestazione.

Il coordinamento del servizio specifico è affidato al medico di comunità delegato dal responsabile della UVM zonale.

Per ciò che riguarda le attività consultori ali pediatriche (attività del medico pediatra, dell'infermiere e del mediatore culturale), le modalità di attivazione e le procedure sono quelle già in essere presso quell'Unità Funzionale.

Modalità di erogazione

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Territoriale (ADT) è garantito attraverso una équipe di professionisti composta da un infermiere, un assistente sociale e un terapeuta della riabilitazione (fisioterapista) che, a seconda della tipologia, complessità e intensità del bisogno rilevato, predispongono un piano assistenziale personalizzato.

L'assistenza alla persona è realizzata attraverso una convenzione con cooperative sociali che mettono a disposizione personale OSS adeguatamente formato (6.500 ore di OSS).

L'operatore della cooperativa agisce con la supervisione dell'infermiere dello SCHAT e garantisce il raccordo con gli operatori sociali o sanitari del distretto di residenza.

Per ciò che riguarda i **soggetti anziani e le dimissioni difficili dei pazienti immigrati STP**, il progetto prosegue con le stesse modalità, procedure ed azioni previste per "SCAHT-Dopo l'ospedale meglio a casa" (2010-2011), con l'aggiunta di un finanziamento specifico per l'inserimento, ove richiesto, dei secondi in: strutture di riabilitazione intensiva post acuta extraospedaliera (Percorsi 2 e 3); strutture di ricovero per lungo assistenza; in strutture a bassa soglia per convalescenze protratte (Casa Betania ed altre strutture simili anche extracomprendorio).

È anche previsto l'acquisto degli ausili necessari in base al progetto riabilitativo avviato e dei farmaci per il primo periodo post dimissione ospedaliera;

Per assicurare l'**assistenza pediatrica ai soggetti in età 0-14 anni non iscritti al SSR**, considerando che, fra i nuovi nati extracomunitari, i non iscritti rappresentano la maggioranza rispetto agli iscritti, si prevedono i seguenti interventi:

- a. I bilanci di salute previsti dall'accordo regionale pediatri di libera scelta (entro 45 gg. dalla nascita o max. 25 gg. dall'iscrizione al SSR, 3°, 6°, 8°, 12°, 18° mese, 3,6,10,14, anni);
- b. accessi al bisogno, garantendo l'apertura degli ambulatori consultoriali dal lunedì al sabato con accesso diretto dell'utenza;
- c. vaccinazioni obbligatorie;
- d. diminuzione degli accessi al Pronto Soccorso da parte dell'utenza, per casi non riconducibili a vere e proprie urgenze;
- e. completa copertura per le vaccinazione previste dal calendario regionale.

A tal fine, le risorse da attivare, presso le sedi consultori ali di via Roma, 424 e di via Clementi, 24, sono: un medico pediatra, alcune ore settimanali di mediazione culturale e un infermiere.

Risultati attesi

- Riduzione della durata della degenza di ricoveri con dimissione difficile;
- Incremento del numero di anziani e di stranieri STP presi in carico alla dimissione ospedaliera;
- Diminuzione degli inserimenti urgenti, alla dimissione, con riduzione delle liste di attesa per l'ingresso in RR.SS.AA.;
- Aumento degli anziani beneficiari dei servizi di prossimità attivi nell'ambito della Sorveglianza Attiva Anziani Fragili;
- Aumento dei soggetti in età pediatrica non iscritti al SSR assistiti dai Consultori aziendali.

Strumenti ed indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Per quanto attiene gli strumenti e gli indicatori di monitoraggio e valutazione si intende procedere nel seguente modo:

- Valutare il gradimento del servizio attraverso un questionario da somministrare ad utenti o loro familiari al termine della fase di presa in carico.
- Valutare i ricoveri ospedalieri nonché gli accessi al Pronto Soccorso alla scadenza del progetto e a distanza di 3, 6 e 12 mesi successivi alla presa in carico.
- Valutare gli inserimenti in RSA degli anziani a distanza di 3, 6 e 12 mesi successivi alla presa in carico in ADT.
- Valutare il miglioramento della condizione funzionale dell'anziano e del paziente straniero STP a distanza di 3, 6 e 12 mesi successivi al termine della presa in carico dell'ADT.
- Effettuare al termine della sperimentazione una valutazione del sistema sperimentale introdotto, attraverso focus group integrati con MMG, Medici Ospedalieri, componente infermieristica e sociale, rappresentanti delle associazioni. I risultati della sperimentazione e dei focus group saranno presentati in occasione di un evento pubblico dedicato alla fragilità e cronicità.

Periodicamente i risultati intermedi del Progetto saranno fatti oggetto di una specifica relazione per l'Assemblea della Società della Salute dell'Area Pratese.

Monitoraggio

Il monitoraggio è effettuato attraverso sia le informazioni inviate al PUA operativo dallo SCHAT al momento dell'attivazione del servizio che mediante i report del sistema informativo integrato delle cure domiciliari.

Il progetto verrà seguito e monitorato trimestralmente dal Gruppo SCAHT (Servizio di Continuità Assistenziale Ospedale – Territorio) della Zona – Distretto dell'Area Pratese, che si farà carico di collaborare con gli organismi preposti alla pianificazione del progetto successivo (rimpatrio, permanenza sul territorio nazionale con le necessarie garanzie, ecc.).

Stima dei costi

	costo/anno in euro
Assistenza domiciliare territoriale (assistente sociale, infermiere, fisioterapista) e RSA/Riabilitazione	300.000,00
Risorse di personale per consultorio	100.000,00
TOTALE	400.000,00

N.B. – Nel costo complessivo del progetto non sono comprese le spese relative al personale addetto alle funzioni ordinarie e continuative e i costi fissi inerenti l'ordinaria gestione delle attività relative all'Azienda USL.