

Zona socio-sanitaria "Pistoiese"

PIANO INTEGRATO DI SALUTE 2007-2009 [SETTORE ANZIANI]

Documento di programmazione

a cura del gruppo di lavoro nominato dalla Conferenza dei Sindaci

Febbraio 2007



*La salute non è un sentirsi, ma un esserci, un essere nel mondo, un essere insieme ad altri uomini ed essere occupati attivamente e positivamente dai compiti particolari della vita
(H.G. Gadamer)*

<u>Introduzione.....</u>	<u>4</u>
<u>Struttura del piano.....</u>	<u>6</u>
<u>Attivazione e implementazione di programmi di attività e iniziative di socializzazione.....</u>	<u>8</u>
<u>Vaccinazioni e somministrazione di vitamina d3.....</u>	<u>9</u>
<u>Promozione di stili di vita positivi.....</u>	<u>10</u>
<u>Miglioramento della mobilità e sicurezza stradale.....</u>	<u>11</u>
<u>Riqualificare i centri diurni.....</u>	<u>12</u>
<u>Consolidamento della rete dei servizi sviluppando forme di co-progettazione con gli attori del territorio.</u>	<u>14</u>
<u>Riorganizzazione del servizio di chiamata sociale.....</u>	<u>15</u>
<u>Potenziamento dei servizi per i soggetti affetti da demenza.....</u>	<u>16</u>
<u>Riorganizzazione delle RSA.....</u>	<u>18</u>
<u>Percorso frattura femore.....</u>	<u>19</u>
<u>Prevenzione della disabilità agli “Anziani Fragili” durante l’ospedalizzazione.....</u>	<u>21</u>
<u>Riabilitazione.....</u>	<u>22</u>
<u>Attività Motoria Adattata (AMA).....</u>	<u>24</u>
<u>Incentivo delle misure di sicurezza domestica.....</u>	<u>25</u>
<u>Istituzione di un Fondo per la non autosufficienza per gli anziani fragili.....</u>	<u>26</u>
<u>Albo zonale delle assistenti familiari.....</u>	<u>27</u>
<u>Somministrazione terapie a domicilio.....</u>	<u>28</u>
<u>Regolamentazione di forme di affido familiare.....</u>	<u>29</u>
<u>Organizzazione di gruppi di auto-mutuo aiuto.....</u>	<u>30</u>
<u>Realizzazione di una nuova comunità a dimensione familiare.....</u>	<u>31</u>
<u>Progetto Betania.....</u>	<u>32</u>

<u>Percorso Ictus.....</u>	<u>33</u>
<u>Responsabilità della gestione da parte del geriatra di alcuni casi clinici all'interno dell'area medica.....</u>	<u>35</u>
<u>Definizione dei bisogni e monitoraggio del sistema.....</u>	<u>36</u>
<u>Sviluppo della ricerca – Progetto Sifà.....</u>	<u>37</u>
<u>Crediti.....</u>	<u>39</u>

Introduzione

Il progetto è la traduzione tecnica di una scelta politica. Il progetto predispone le attività, le colloca nel tempo, vi alloca le risorse per il raggiungimento degli obiettivi che l'azione ha individuato. In prospettiva programmare per progetti implica per un sistema di servizi che anche la cosiddetta attività corrente entri a far parte di un flusso coerente di attività orientato da uno o più obiettivi, cosa che richiede al sistema una notevole flessibilità. Nel caso dei progetti PIS, alla flessibilità bisogna collegare anche l'attitudine a un lavoro integrato e partecipato.

Per ogni progetto è stato quindi individuato:

- responsabile di progetto;
- diagramma logico e temporale delle fasi, delle attività di ciascuna fase, dei prodotti attesi di ciascuna fase;
- risorse tecnologiche, umane, finanziarie e loro provenienza;
- risultati attesi;
- indicatori di realizzazione.

La possibilità di reiterare il PIS alla scadenza o di migliorarlo in corso d'opera è legata alla possibilità di valutarne i risultati in termini di raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna azione, così come il relativo progetto li ha quantificati come risultati attesi, e la loro congruenza rispetto all'obiettivo finale del miglioramento della salute della popolazione.

Mentre la verifica dei risultati specifici dei progetti attuati è essenzialmente una operazione tecnica, quella relativa alla finalità generale di un PIS è un processo che coinvolge soggetti tecnici e di governo, considerazioni tecniche e percezione dei soggetti di governo, amministratori e soggetti della partecipazione. Non si tratta di valutare soltanto i cambiamenti in termini di salute della popolazione intervenuti per effetto della realizzazione del PIS, cosa di per se già non sempre facile, ma anche quali problemi siano rimasti irrisolti e perché, di quanto è variato il grado di integrazione informativa e operativa.

Si tratta di realizzare una sintesi condivisa tra evidenze quantitative e oggettive espresse dagli indicatori di processo e di esito e l'espressione della soggettività collettiva in merito ai risultati di piano.

La valutazione prevede che il fenomeno oggetto dell'intervento progettuale possa essere misurato in modo da evidenziare se si sono prodotti cambiamenti e, se questi sono stati sufficienti rispetto alle aspettative; per fare questo si utilizzano indicatori in grado di descrivere il fenomeno e di misurarne i cambiamenti. La costruzione di tali indicatori deve essere contestuale alla definizione del progetto, poiché cercare delle misure quantitative a posteriori può rivelarsi estremamente complesso.

Nella realtà può succedere che si possano costruire solo le misure di processo. Gli esiti infatti spesso sono difficili da misurare: un intervento seppure efficace può tradursi in miglioramento della salute solo a distanza di molti anni. E' questo il caso, ad esempio, di un intervento come quello della vaccinazione per il quale è estremamente importante misurare la copertura vaccinale, mentre assume poco rilievo misurarne l'esito in termini di diminuzione della patologia legata alla vaccinazione e delle complicanze che da essa derivano, poiché questi elementi sono legati all'efficacia del vaccino che si presume sia già stata sufficientemente testata e documentata.

Sintesi da: Regione Toscana, Strumenti di lavoro per l'avvio dei Piani Integrati di Salute

SCHEDA PROGETTUALI

Struttura del Piano

- A - Implementazione e diffusione di interventi già attivi
 - B - Riorganizzazione e ristrutturazione di interventi già attivi
 - C - Attivazione e sperimentazione di nuovi interventi
- Il percorso di programmazione

Struttura del piano

Asse	Obiettivo	Area	Misura	Azione
1. L'anziano come risorsa	Creare e favorire spazi, luoghi e opportunità di protagonismo per le persone anziane	Socializzazione	A	1-Attivazione e implementazione di programmi di attività e iniziative di socializzazione
2. Preparare l'età anziana	Promuovere e diffondere l'adozione di comportamenti e abitudini compatibili con la prospettiva di un'età anziana in buona salute	Prevenzione	A	2-Vaccinazioni e somministrazione di vitamina d3 3-Promozione di stili di vita positivi 4-Miglioramento della mobilità e sicurezza stradale
			C	1-Attività Motoria Adattata (AMA) 2-Incentivo delle misure di sicurezza domestica
3. Prendersi cura dell'anziano	Prendersi cura dell'anziano in famiglia	Assistenza domiciliare	B	1-Consolidamento della rete dei servizi sviluppando forme di co-progettazione con gli attori del territorio 2-Riorganizzazione del servizio di chiamata sociale 3-Potenziamento dei servizi per i soggetti affetti da demenza
			C	3-Istituzione di un Fondo per la non autosufficienza per gli anziani fragili 4-Albo zonale delle Assistenti familiari 5-Somministrazione terapie a domicilio 6-Regolamentazione di forme di affidamento familiare 7-Organizzazione di gruppi di auto-mutuo aiuto
	Prendersi cura dell'anziano in struttura	Assistenza residenziale	A	5-Riqualificare i Centri Diurni
			B	4- Riorganizzare le RSA
			C	8-Realizzare una nuova comunità a dimensione familiare 9-Progetto Betania
	Prendersi cura dell'anziano in ospedale	Assistenza ospedaliera	B	5-Percorso frattura femore 6-Qualificazione dell'ospedale con un'organizzazione che garantisca la Valutazione Multidimensionale agli anziani 7-Riabilitazione
C			10-Percorso ictus 11-Responsabilità della gestione da parte del geriatra di alcuni casi clinici all'interno dell'area medica	
4. Sostenere il sistema	Predisporre interventi capaci di sostenere la fattibilità del programma e incrementare il livello di conoscenza	Sistema	C	12-Definizione dei bisogni e monitoraggio del sistema 13-Sviluppo della ricerca – Progetto Sifà

A - Implementazione e diffusione di interventi già attivi

azioni in essere che è necessario proseguire, migliorandone
la diffusione e ottimizzando le risorse esistenti

A1	Settore	Azione		
SOCIALIZZAZIONE		Attivazione e implementazione di programmi di attività e iniziative di socializzazione		
Obiettivi		A) Realizzare da 3 a 5 manifestazioni annue in ogni Comune B) Presenza di almeno 1 spazio incontri in ogni Comune C) Realizzare gite giornaliere e minisoggiorni a livello locale anche tramite scambi di ospitalità fra le tre ADO D) Realizzare progetti mirati alla raccolta di storie individuali o di gruppo, di autobiografie, di racconti di sé in particolari periodi storici o della storia della propria famiglia attraverso l'attivazione di corsi di formazione per volontari sui temi del racconto di sé e della raccolta di storie E) Estendere le iniziative connesse al "Laboratorio del libro parlato" a tutta la zona F) Attivare "succursali" dell'Università del Tempo Libero		
Risultati attesi		Indicatori		
A) Aumento del livello di socializzazione attraverso la partecipazione a incontri specifici B) Aumento del livello di socializzazione attraverso la frequenza a spazi-incontri C) Aumento del livello di socializzazione attraverso la partecipazione a gite e minisoggiorni con scambi di ospitalità fra le tre ADO D) Aumento del livello di socializzazione e di cittadinanza attiva attraverso la realizzazione di corsi e la raccolta di storie E) Aumento del livello di socializzazione e di partecipazione attraverso l'individuazione di nuovi punti territoriali di supporto all'attività del Laboratorio in ambito zonale F) Aumento del livello di autonomia e di partecipazione attraverso l'attivazione di due sezioni decentrate dell'Università del Tempo Libero		A) N. partecipanti/N. anziani residenti B) N. frequentanti/N. anziani residenti C) N. partecipanti/N. anziani residenti D) N. partecipanti a corsi/N. medio partecipanti a iniziative simili N. storie raccolte/N. anziani residenti E) N. prestiti/N. anziani residenti F) N. iscritti ai corsi/N. anziani residenti		
Modalità di realizzazione degli indicatori: Utilizzo di schede di rilevazione delle presenze e dati demografici per l'anno di riferimento				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
Febbraio 2007	Aprile 2007	Settembre 2007	Dicembre 2007	Febbraio 2008
Data di inizio			1/1/2007	
Data di fine			31/12/2007	
Budget				
Comune di Serravalle			€ 8.500	
Comune di San Marcello			€ 1.500	
Comune di Agliana			€ 9.500	
Comune di Quarrata			€ 15.000	
Comune di Pistoia			€ 59.000	
Comune di Montale			€ 15.500	
ASL				
Altri				
Risorse umane				
Enti		N.	compiti-funzioni	
Comune di Serravalle		200 ore	Funzionario-personale amm.vo-ass.sociale	
Comune di Agliana		2		
Comune di Pistoia		3	1 Funzionario, 2 personale amm.vo; collaborazioni esterne con esperti e soggetti del privato sociale	
ASL				
Altri				
Responsabile di progetto		Dott.ssa Maria Laura Contini		

A2	Settore	Azione		
PREVENZIONE		Vaccinazioni e somministrazione di vitamina d3		
Obiettivi	Somministrazione di vitamina D3 a tutti gli ultrasessantacinquenni ad esclusione dei soggetti a cui non è indicata a giudizio del Medico curante con le modalità indicate dal programma regionale per la prevenzione delle complicanze della carenza di vitamina D3.			
Risultati attesi		Indicatori		
Aumento del numero dei pazienti ultrasessantacinquenni che assumono la vitamina D3. Nell'anno 2005/06 circa 500/37.671 elegibili Riduzione del numero di fratture femore nella popolazione trattata, stimata intorno al 20%		<p>Processo Consegna/somministrazione di una dose di vitamina D3 da parte dei MMG in occasione della vaccinazione antinfluenzale od altro contatto da ripetere entro 6 mesi. Incontri con i MMG per aumentare la loro adesione al progetto regionale. Nell'anno 2005/06 hanno aderito 16/138. Pubblicizzazione della campagna a mezzo comunicati stampa ed incontri con la popolazione da parte dei medici della Zona-Distretto.</p> <p>Esito - Percentuale dei pazienti trattati sul totale degli elegibili. - Percentuale della riduzione delle fratture femore, valutata a due anni, nella popolazione trattata.</p>		
Modalità di realizzazione degli indicatori: - Rilevazione del numero degli anziani che hanno assunto vitamina D3, fornita dai MMG entro maggio 2007. - Valutazione del numero fratture femore, a due anni, nella popolazione trattata rilevata dalle SDO del reparto di ortopedia dei nostri Presidi Ospedalieri.				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
Data di inizio		Ottobre 2006		
Data di fine		Ottobre 2008		
Budget				
Comuni		Non è previsto alcun costo aggiuntivo al momento attuale.		
ASL				
Altri				
Risorse umane				
Enti	N.	compiti-funzioni		
Comuni				
ASL		MMG		
Altri				
Responsabile di progetto				

A3	Settore	Azione		
PREVENZIONE		Promozione di stili di vita positivi		
Obiettivi		Valutazione del rischio nutrizionale negli anziani istituzionalizzati e in quelli assistiti a domicilio con fornitura giornaliera di pasti e attivazione e/o implementazione del percorso assistenziale della nutrizione compresa la programmazione di interventi rivolti a target fragili presenti nella popolazione generale.		
Risultati attesi		Indicatori		
Miglioramento della qualità di vita dei soggetti istituzionalizzati e non attraverso la valutazione del rischio nutrizionale e l'attivazione e/o implementazione del percorso assistenziale della nutrizione		Processo A) Somministrazione Mini Nutritional Assessment – MNA - B) Valutazione antropometrica e bioimpedenziometrica dello stato nutrizionale C) Per i soggetti valutati a rischio di malnutrizione: -valutazione degli intake nutrizionali (e degli acquisti alimentari per gli anziani assistiti a domicilio) tramite diario alimentare con pesata per 7gg -valutazione clinica globale -Trattamento dietetico-alimentare specifico (es. fortificazione del cibo, modificazione della consistenza, ecc.) per 12 settimane		Esito Riduzione del numero dei soggetti francamente malnutriti rilevati al momento della valutazione del rischio nutrizionale
Modalità di realizzazione degli indicatori Rilevazione dati e monitoraggio mediante gli strumenti sopra indicati.				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
	Marzo 2007	Settembre 2007- Settembre 2008	Dicembre 2009	Giugno 2010
Data di inizio		Marzo 2007		
Data di fine		Dicembre 2009		
Budget				
Comuni			Non è previsto alcun costo aggiuntivo al momento attuale.	
ASL				
Altri				
Risorse umane				
Enti		N.	compiti-funzioni	
Comuni				
ASL		- UFS Igiene Alimenti e Nutrizione – Zona-Distretto Pistoia (2 Dirigenti Medici + 1 Dietista) - U.O aziendale Geriatria UFC ASC Zona-Distretto Pistoia - U.O. Assistenza sociale	Realizzazione, elaborazione dati e valutazione complessiva delle attività sopra descritte Attività di supporto logistico	
Università di Firenze		Dipartimento di Sanità Pubblica	Collaborazione alla realizzazione delle attività pratiche	
Responsabile di progetto		Dr.ssa Paola Picciolli		

Da rivedere (Laura Contini)

A4	Settore	Azione		
PREVENZIONE		Miglioramento della mobilità e sicurezza stradale		
Obiettivi	A) Estendere il servizio di trasporto personalizzato a tutti i Comuni B) Stendere un programma di intervento per l'eliminazione delle situazioni di maggior rischio per la mobilità urbana C) Partecipare all'attività dell'Osservatorio delle barriere architettoniche D) Mappare le abitazioni di edilizia popolare con barriere			
Risultati attesi		Indicatori		
A) Incremento dell'utilizzo dei servizi destinati alla mobilità personalizzata B) Miglioramento della sicurezza degli attraversamenti pedonali (tempi di percorrenza, semafori a chiamata, piazzole salvavita, rallentatori di velocità) C) Miglioramento dell'accessibilità dei luoghi pubblici attraverso la raccolta di segnalazioni e la loro mappatura D) Miglioramento dell'accessibilità delle abitazioni di edilizia popolare		A) N. trasporti annui/N. utenti potenziali B) N. incidenti su attraversamenti pedonali/N. incidenti rete viaria urbana C) Interventi di eliminazione barriere/N.segnalazioni Osservatorio D) Interventi di eliminazione barriere/N. interventi mappati		
Modalità di realizzazione degli indicatori: Utilizzo di apposite schede di rilevazione Raccolta dati sulla sicurezza stradale Monitoraggio annuale delle barriere architettoniche Monitoraggio edifici edilizia popolare con barriere Ricognizione richieste di contributo per abbattimento barriere architettoniche di edifici privati				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
Febbraio 2007	Maggio 2007	Novembre 2007	Dicembre 2008	Marzo 2009
Data di inizio			1 febbraio 2007	
Data di fine			31 marzo 2009	
Budget				
Comune di Agliana			€ 10.000	
Comune di Pistoia			€ 64.000 per punto a)	
ASL				
Altri				
Risorse umane				
Enti		N.	compiti-funzioni	
Comune di Agliana		2		
Comune di Pistoia		3	1 Funzionario, 2 personale amministrativo, soggetti del terzo settore, personale CO.PI.T	
ASL				
Altri				
Responsabile di progetto		Dott. Stefano Lomi		

A5	Settore	Azione		
ASSISTENZA RESIDENZIALE		Riqualificare i centri diurni		
Obiettivi		Riorganizzazione delle frequenze ai centri diurni per aumentarne la fruizione ad un maggior numero di utenti		
Risultati attesi		Indicatori		
Aumento del numero di anziani frequentanti attraverso una riorganizzazione dei servizi offerti: diminuzione delle giornate nell'arco della settimana con contestuale attivazione di assistenza domiciliare		Anziani frequentanti/posti disponibili		
Modalità di realizzazione degli indicatori Verifica e rilevazione delle esigenze assistenziali e familiari di tutte le persone presenti ai centri diurni attraverso le UVM Rilevazione delle presenze effettuata giornalmente e monitorata trimestralmente				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
marzo 2007	luglio 2007	settembre 2007	marzo 2008	giugno 2008
Data di inizio			03/2007	
Data di fine			06/2008	
Budget				
Comuni				
ASL			116.555.100,00 euro annui	
Altri				
Risorse umane				
Enti		N.	compiti-funzioni	
Comuni		1950 ore annue	Assistenti sociali per la verifica dei bisogni dei nuclei familiari	
		330 ore annue	Referenti di ADO per la verifica delle UVM	
ASL		50 ore annue	Responsabili di RSA per il monitoraggio dei centri diurni	
		330 ore annue	Referenti sanitari di ADO per la verifica delle UVM	
		400 ore annue	Geriatrici per la verifica dei bisogni degli anziani	
		400 ore annue	Infermieri per la verifica dei bisogni degli anziani	
Altri				
Responsabile di progetto		Dott.ssa Luciana Chiti		

B - Riorganizzazione e ristrutturazione di interventi già attivi

azioni che, pur attive, necessitano di una loro riorganizzazione

B1	Settore	Azione
ASSISTENZA DOMICILIARE		Consolidamento della rete dei servizi sviluppando forme di co-progettazione con gli attori del territorio

Obiettivi	<i>L'azione sarà sperimentata nel Comune di Pistoia</i>			
	<p>A) Co-progettare il servizio di Assistenza domiciliare del comune capoluogo con imprese sociali, organizzazioni di volontariato, organizzazioni spontanee di reti di vicinato, Servizi Sanitari, associazioni di categoria</p> <p>B) Riprogettare gli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti già in carico ai Servizi</p> <p>C) Ottimizzare ed estendere la copertura assistenziale del 20% sulla base delle risorse disponibili nell'anno 2006</p> <p>D) Incrementare il numero di anziani assistiti sul valore numerico dell'anno 2006 secondo criteri di compartecipazione del diretto interessato o dei familiari di riferimento</p> <p>E) Organizzare un servizio di sollievo assistenziale per fasce temporali brevi attraverso l'individuazione di volontari disponibili a brevi sostituzioni e il miglioramento dell'informazione alle famiglie</p>			
Risultati attesi		Indicatori		
A) Coinvolgimento delle reti formali e informali nella co-progettazione del servizio di assistenza domiciliare		A) Soggetti partecipanti/Soggetti individuati		
B) Miglioramento delle condizioni degli anziani non autosufficienti in carico ai servizi		B) Anziani soddisfatti/Anziani in carico		
C) Incremento del 20% dell'investimento assistenziale		C) Spesa per assistenza domiciliare 2006/spesa per assistenza domiciliare 2009		
D) Incremento del 10% del numero di anziani assistiti		D) Anziani assistiti 2006/Anziani assistiti 2009		
E) Miglioramento delle forme di sostegno alle famiglie nell'azione di caregiving		E) Utenti soddisfatti/utenti totali Utenti informati/Utenti totali		
Modalità di realizzazione degli indicatori: rilevazione dell'utenza e della spesa; Somministrazione di questionari di soddisfazione e conoscitivi				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
Dicembre 2006	Gennaio 2007	Dicembre 2007	Dicembre 2009	Gennaio 2010
Data di inizio			01-2007	
Data di fine			12-2009	
Budget				
Comune Pistoia			€ 410.000	
ASL				
Altri				
Risorse umane				
Enti		N.		compiti-funzioni
Comune Pistoia		5		1 funzionario, 1 personale amministrativo
ASL		1		Assistente sociale
Altri				Soggetti del terzo settore
Responsabile di progetto		Dott.ssa Maria Laura Contini		

B2	Settore	Azione		
ASSISTENZA DOMICILIARE		Riorganizzazione del servizio di chiamata sociale		
Obiettivi		A) Realizzare un servizio integrato di chiamata attiva e passiva senza soluzione di continuità con l'individuazione di un numero verde unico di chiamata B) Organizzazione di una rete di associazioni di volontariato e di organizzazioni del privato sociale in risposta a bisogni di prima necessità segnalati dagli anziani C) Costruzione di una mappa delle situazioni "a rischio" presenti sul territorio		
Risultati attesi		Indicatori		
A) Diffusione del servizio di sorveglianza attiva degli anziani ultrasettantacinquenni in situazione di fragilità individuati secondo i parametri elaborati dalla Regione Toscana B) Attivazione della segnalazione tramite i medici di famiglia e tramite il Servizio Sociale C) Aumentare il coinvolgimento del volontariato e del privato sociale nella rete dei servizi D) Miglioramento della conoscenza delle situazioni di rischio		A) Anziani in sorveglianza attiva/Anziani residenti B) Segnalazioni da MMG e SS/Segnalazioni totali C) N.enti coinvolti/N.enti presenti D) Nuove attivazioni/Attivazioni totali		
Modalità di realizzazione degli indicatori: Report apposito sull'attività del progetto "Chiamata sociale" a fine dicembre 2006, a fine dicembre 2007, a fine dicembre 2008				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
Giugno 2006	Luglio 2006	Dicembre 2006/07/08	Dicembre 2008	Febbraio 2009
Data di inizio			06-2006	
Data di fine			12-2008	
Budget				
Comuni			€ 33.000 annui	
ASL				
Altri				
Risorse umane				
Enti	N.	compiti-funzioni		
Comuni		Funzionari referenti dei singoli Comuni, Servizi sociali territoriali		
ASL		Referenti Servizio sociale ASL e Servizi socio-sanitari territoriali,		
Altri		Referente Provincia Soggetti del terzo settore		
Responsabile di progetto			Dott.ssa Maria Laura Contini	

Integrare con progetto regionale Alzheimer (Laura Contini)

B3	Settore	Azione		
ASSISTENZA DOMICILIARE		Potenziamento dei servizi per i soggetti affetti da demenza		
Obiettivi		<p>Obiettivo generale: Miglioramento della qualità di vita della persona affetta da demenza e dei propri familiari al proprio domicilio</p> <p>Obiettivi specifici: Istituzione di un ambulatorio complesso per la diagnosi e cura dei disturbi cognitivi con prenotazione diretta di tutti gli esami e consulenze necessari / Utilizzo del day Hospital di Area medica e Chirurgica per esami ed interventi su soggetti con demenza e disturbi comportamentali / Realizzazione di un modulo Alzheimer nella RSA di Bonelle per la cura temporanea dei pazienti con demenza e disturbi comportamentali / Implementazione dell'attività del centro Diurno Alzheimer più ADI (con stesso personale) / Potenziamento del monitoraggio a domicilio con controlli periodici da parte degli infermieri della UO Geriatria / Attivazione di gruppi di auto-mutuo aiuto rivolti ai Caregiver in collaborazione con volontariato / Organizzazione di incontri formativi ed informativi con professionisti esperti (geriatri, neurologi, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, legali) / Valutazione cognitivo-funzionale e comportamentale dei soggetti affetti da demenza e rilevazione dello stress del caregiver attraverso scale di valutazione validate / Definizione di protocolli condivisi con tutte le strutture organizzative ospedaliere e territoriali coinvolte nel percorso assistenziale</p>		
Risultati attesi		Indicatori		
<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del 10% dei ricoveri (in modo permanente) in Struttura di persone affette da demenza con familiari Riduzione dello stress del Caregiver di persone affette da demenza Aumento del numero di persone affette da demenza assistite nei servizi intermedi (ricoveri temporanei in RSA, Centri diurni, ADI) - Aumento del numero delle persone affette da demenza monitorate costantemente a domicilio (persone "sole" affette da demenza in fase iniziale e persone affette da demenza con disturbi comportamentali che vivono in famiglia) - Miglioramento dell'intervento diagnostico-terapeutico e chirurgico alle persone affette da demenza - Attivazione di interventi a sostegno della famiglia tramite l'elaborazione di progetti personalizzati di assistenza domiciliare all'anziano (es nei giorni festivi, in orari notturni, ecc) - Attivazione di azioni di 'accompagnamento' della famiglia e dell'eventuale assistente familiare nell'acquisire le necessarie consapevolezza ed abilità nella cura dell'anziano -Organizzazione di un "Alzheimer caffè" sostanziato da opportunità di incontro con professionisti e specialisti in tema di Alzheimer e altre demenze - Attivazione di gruppi di automutuo aiuto - Formazione di volontari per la temporanea sostituzione dei familiari durante la loro partecipazione agli incontri suddetti 		<p>Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero di persone affette da demenza assistite nei servizi intermedi - Numero di persone "sole" affette da demenza in fase iniziale e di quelle con disturbi comportamentali che vivono in famiglia monitorate a domicilio - % di diagnosi di demenza effettuate in ambulatorio complesso - Numero di persone affette da demenza ricoverate in DH medico e DS -Numero degli interventi assistenziali attivati -Numero di interventi effettuati -Numero di incontri e numero medio di partecipanti -Numero di incontri e numero di partecipanti -Numero di volontari formati disponibili per l'attivazione del progetto 		<p>Esito</p> <ul style="list-style-type: none"> - % di persone affette da demenza (con familiari) ricoverate in Struttura in modo permanente - % di riduzione del livello di stress del Caregiver
Modalità di realizzazione degli indicatori:				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST

Data di inizio	2007	
Data di fine	2008	
Budget		
Comuni		
ASL	Euro 311.394/annue	
Altri		
Risorse umane		
Enti	N.	compiti-funzioni
Comuni		
ASL	200 ore/annue 1600 ore/annue 4.000 ore/annue	Specialisti geriatri Infermieri professionali Assistenti sociali (compreso anche personale comunale)
Altri		
Responsabile di progetto	Dr. Carlo Biagini	

B4	Settore	Azione			
ASSISTENZA RESIDENZIALE		Riorganizzazione delle RSA			
Obiettivi		A) Realizzare i nuclei previsti dalla Del. 402 B) Diminuire il numero di accessi in RSA di persone giovani affette da disabilità o da problemi di salute mentale C) Realizzare e approvare delle linee guida concertate a livello locale per l'individuazione di modalità concordate di intervento nei casi di apertura di strutture non autorizzate (COSTITUZIONE DI UN APPOSITO GRUPPO DI LAVORO NOMINATO DALLA CONFERENZA DEI SINDACI)			
Risultati attesi		Indicatori			
A) Aumento dell'offerta di servizi B) Aumento dell'offerta di servizi per anziani con più di 65 anni C) Eliminazione di strutture residenziali non autorizzate C) Diminuzione del numero di segnalazioni di strutture non autorizzate.		A) numero di persone accolte nei nuclei/numero posti dei nuclei B) Numero di persone <65 con problemi di disabilità fisica e psichica accolte in RSA/Ospiti totali C) Strutture autorizzate definitivamente/Strutture totali C) Segnalazioni/Strutture totali			
Modalità di realizzazione degli indicatori Rilevazioni trimestrali sul numero di persone accolte nei nuclei Rilevazioni semestrali sul numero di persone <65 con problemi di disabilità fisica e psichica accolte in RSA Rilevazioni a seguito delle verifiche della commissione di vigilanza e controllo					
Diagramma logico temporale delle fasi					
	VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
A	Giugno 2007	Settembre 2007	Gennaio 2008	Dicembre 2008	Giugno 2009
B	Dicembre 2006	Gennaio 2007	Giugno 2007 Gennaio 2008 Giugno 2008	Dicembre 2008	Giugno 2009
C	Dicembre 2006	Gennaio 2007	Gennaio 2008	Dicembre 2008	Giugno 2009
Data di inizio			A) 09/2007		
Data di fine			B) 06/2007		
			C) 06/2007		
			12/2008		
Budget					
Comuni					
ASL			A) 98.000,00 euro annui		
Altri					
Risorse umane					
Enti		N.		compiti-funzioni	
Comuni		C) 150 ore		Funzionari per la predisposizione delle linee guida	
ASL		A) 60 ore annue B) 60 ore annue C) 1.200 ore annue		Responsabili di RSA per il monitoraggio dei nuclei Responsabili di RSA per il monitoraggio degli ospiti accolti Componenti commissione vigilanza e controllo	
Altri					
Responsabile di progetto		Dott.ssa Luciana Chiti			

B5	Settore	Azione		
ASSISTENZA OSPEDALIERA		Percorso frattura femore		
Obiettivi		<p>Obiettivo generale : Riportare la persona allo stato precedente l'evento acuto, sia in termini funzionali che psicofisici, nel più breve tempo possibile, mediante un piano assistenziale riabilitativo integrato (PARI) a seguito di una valutazione multidimensionale.</p> <p>Obiettivi specifici: Offrire assistenza dedicata clinico-riabilitativa integrata per la fase ospedaliera / Promuovere percorsi integrati tra ospedale e territorio.</p>		
Risultati attesi		Indicatori*		
<ul style="list-style-type: none"> - Tutti i pazienti elegibili per l'intervento di femore entro le 48 ore, vengono operati entro tale termine - 100% di schede specifiche di percorso vengono compilate e inviate al gruppo multidisciplinare - stesura del 100% dei Piani Assistenziali Riabilitativi Integrati entro 36 ore dall'intervento - 100% di pazienti dimessi con il piano assistenziale riabilitativo presi in carico in modo tempestivo - Riduzione della mortalità ad un mese, tre mesi e un anno. - Riduzione del grado di disabilità e aumento dei soggetti con completo recupero 		Processo <ul style="list-style-type: none"> - % di pazienti elegibili per intervento di femore entro 48 ore effettivamente operati - % di schede specifiche di percorso compilate e inviate al gruppo multidisciplinare - % di elaborazione di P.A.R.I. entro 36 ore - % di pazienti dimessi con il P.A.R.I - % di pazienti trasferiti direttamente dall'ospedale in struttura riabilitativa residenziale e RSA - % di pazienti trattati ambulatorialmente entro 48 ore - % di pazienti trattati a livello domiciliare entro 48 ore. 	Esito <ul style="list-style-type: none"> - Tasso di mortalità per frattura di femore. - % di pazienti con recupero completo - % di pazienti con recupero A-B-C 	
<p>Modalità di realizzazione degli indicatori: Definizione protocollo condiviso con tutte le UU.OO coinvolte nel percorso assistenziale "frattura di femore", al fine di garantire l'intervento chirurgico entro le 48 ore / Verifica, sia della compilazione della scheda di percorso del paziente in entrata da parte dei medici e caposala di reparto, che dell'invio per posta elettronica e/o FAX ai componenti del gruppo multidisciplinare / Applicazione di protocollo relativo alla elaborazione del P.A.R.I. ,(composizione del gruppo, definizione del responsabile e del casemanager sia ospedaliero che territoriale....) / Applicazione del protocollo assistenziale del paziente con frattura di femore (verifica dei tempi intercorsi tra dimissione e inizio trattamento) / Valutazione del tasso di mortalità prima e dopo l'implementazione del progetto / Valutazione anamnestica del grado di autonomia precedente la frattura, applicazione del P.A.R.I., valutazione del grado di autonomia a tre mesi, sei mesi, un anno / Creazione di cartella sanitaria informatizzata che metta in rete le strutture sia aziendali che convenzionate per programmare alla dimissione dall'U.O. Ortopedia il percorso riabilitativo territoriale</p>				
Diagramma logico temporale delle fasi				
Condivisione obiettivi di progetto	Mappatura processo frattura di femore	Implementazione azioni di miglioramento	Revisione percorso assistenziale intra ed extra ospedaliero	Monitoraggio continuo dei percorsi condivisi, ed eventuale predisposizione di piani di miglioramento
Data di inizio			Anno 2002	
Data di fine			Giugno 2008	

Budget		
Comuni		
ASL		Euro 979.914/annue
Altri		
Risorse umane		
Enti	N.	compiti-funzioni
Comuni		
ASL	1.500 ore/annue	Specialisti ortopedici
	800 ore/annue	Specialisti geriatri
	4.500 ore/annue	Infermieri professionali e operatori soci-sanitari
	2.100 ore/annue	Fisioterapisti ospedalieri
	2.196 ore/annue	Fisioterapisti territoriali
	600 ore/annue	Specialisti fisiatri
	4.000 ore/annue	Assistenti sociali (compreso anche personale comunale)
Altri		
Responsabile di progetto		

B6	Settore	Azione	
ASSISTENZA OSPEDALIERA		Prevenzione della disabilità agli "Anziani Fragili" durante l'ospedalizzazione.	
Obiettivi		<p>Obiettivo generale: Realizzazione di un intervento diagnostico, terapeutico e assistenziale, guidato da un processo di VMD, su anziani fragili con patologia acuta disabilitante, al fine di garantire loro il maggior grado di autonomia possibile attraverso: il massimo recupero funzionale; il massimo sfruttamento delle proprie capacità residue; l'adattamento dell'ambiente alla propria disabilità</p> <p>Obiettivi specifici: Offrire assistenza dedicata clinico – assistenziale integrata per la fase ospedaliera / Promuovere percorsi integrati tra ospedale e territorio.</p>	
Risultati attesi		Indicatori	
<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione di tutti i pazienti e individuazione degli anziani fragili ad alto rischio di perdita dell'autonomia - Per gli anziani fragili, attivazione di un'equipe multiprofessionale al fine di effettuare un intervento diagnostico, terapeutico e assistenziale, guidato da un processo di VMD - 100% di anziani fragili dimessi con un piano terapeutico-assistenziale-riabilitativo - Diminuzione del numero di nuovi ricoveri ospedalieri nei tre mesi successivi al ricovero - Diminuzione della mortalità a tre mesi - Miglioramento o mantenimento del grado di autonomia o contenimento degli esiti disabilitanti della malattia durante il ricovero ospedaliero e dopo la dimissione 		<p>Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> - % di pazienti valutati - numero di piani terapeutico-assistenziali-riabilitativi elaborati su numero pazienti - % di pazienti dimessi con piani terapeutico-assistenziali-riabilitativi proseguiti a domicilio - % del numero di re-ricoveri 	<p>Esito</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. % di pazienti con mantenimento e/o miglioramento del grado di autonomia alla dimissione ospedaliera 6. % di pazienti con mantenimento e/o miglioramento del grado di autonomia dopo 3 mesi dalla dimissione ospedaliera 7. % di mortalità a tre mesi
<p>Modalità di realizzazione degli indicatori: Individuazione di scale di valutazione per l'individuazione degli anziani fragili ad alto rischio di perdita di autonomia e verifica della sua compilazione all'ingresso di tutti i pazienti. Elaborazione di un protocollo per la valutazione / Definizione di un protocollo di comportamento condiviso con tutte le figure professionali coinvolte nel percorso diagnostico-assistenziale (descrizione dei tempi, modi di valutazione, criteri di attivazione equipe multidisciplinare e di individuazione del casemanager) / Verifica dell'attivazione dell'equipe multidisciplinare in tutti i pazienti ad alto rischio di perdita dell'autonomia / Predisposizione di un piano diagnostico-terapeutico-assistenziale, guidato da un processo di VMD, che preveda gli interventi da realizzare sia in ospedale che successivamente sul territorio con scelta del "setting" (ambulatorio, domicilio, centro diurno, RSA, struttura riabilitativa) / Applicazione di protocollo relativo alla elaborazione del Piano diagnostico-terapeutico-assistenziale-riabilitativo (composizione del gruppo, definizione del responsabile e del casemanager sia ospedaliero che territoriale...) / Valutazione anamnestica, valutazione all'ingresso, alla dimissione, a tre mesi dall'attivazione del Piano</p>			
Diagramma logico temporale delle fasi			
Indagine conoscitiva della situazione attuale	Condivisione obiettivi del progetto e definizione del piano d'intervento / Formazione degli operatori coinvolti	Mappatura del processo. Condivisione delle criticità emerse e implementazione azioni di miglioramento	Revisione periodica (ogni 6 mesi) con monitoraggio continuo dei percorsi condivisi ed eventuale predisposizione di piani di miglioramento
Entro 2007	Entro 2007	2007/2008	
Data di inizio		Anno 2006	
Data di fine		Dicembre 2008	
Budget			
Comuni			
ASL			
Altri		Euro 45.000/annue	
Risorse umane			
Enti		N.	compiti-funzioni
Comuni			
ASL		600 ore/annue 400 ore/annue 200 ore/annue	Specialisti geriatri Infermieri Fisioterapisti ospedalieri
Altri			
Responsabile di progetto			

B7	Settore	Azione			
ASSISTENZA OSPEDALIERA		Riabilitazione			
Obiettivi		<p>Obiettivo generale: Riportare la persona allo stato precedente l'evento acuto, contenere le disabilità e prevenire le menomazioni secondarie, contenere e/o evitare handicap e consentire la migliore qualità di vita mediante una valutazione multidimensionale.</p> <p>Obiettivi specifici: Offrire assistenza dedicata clinico-riabilitativa integrata per la fase ospedaliera / Promuovere percorsi integrati tra ospedale e territorio.</p>			
Risultati attesi		Indicatori			
<ul style="list-style-type: none"> - Rilevazione dei bisogni assistenziali all'ingresso in tutti i pazienti ricoverati - In tutti i pazienti ricoverati ad alto rischio di perdita di autonomia, attivazione di un'equipe multiprofessionale al fine di predisporre un Piano Assistenziale Riabilitativo Integrato. - 100% di paziente a rischio di disabilità dimessi con il piano assistenziale riabilitativo <p>Riduzione del grado di disabilità e aumento dei soggetti con completo recupero</p>		<p>Processo</p> <p>% di pazienti valutati</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero di piani riabilitativi elaborati su numero pazienti a rischio di disabilità. - % di pazienti dimessi a rischio di disabilità con il P.A.R.I. 	<p>Esito</p> <ul style="list-style-type: none"> - % di pazienti con recupero completo - % di pazienti con recupero A-B-C 		
<p>Modalità di realizzazione degli indicatori: Individuazione di una scala di valutazione unica per la rilevazione dei bisogni assistenziali, e verifica della sua compilazione all'ingresso a tutti i pazienti. elaborazione protocollo per la valutazione / Definizione di un protocollo di comportamento condiviso con tutte le figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale (descrizione dei tempi, modi di valutazione, criteri di attivazione equipe multidisciplinare e di individuazione del casemanager). Predisposizione di un P.A.R.I che preveda gli interventi da realizzare sia in ospedale che successivamente sul territorio con scelta del "settino" riabilitativo (ambulatorio, domicilio, RSA, struttura riabilitativa) e con prescrizione dei presidi ed ausili necessari / Verifica, dell'attivazione dell'equipe multidisciplinare in tutti i pazienti ad alto rischio di disabilità / Applicazione di protocollo relativo alla elaborazione del P.A.R.I. (composizione del gruppo, definizione del responsabile e del casemanager sia ospedaliero che territoriale) / Valutazione anamnestica, valutazione all'ingresso, alla dimissione, a tre mesi dall'attivazione P.A.R.I.</p>					
Diagramma logico temporale delle fasi					
Condivisione obiettivi di progetto	Indagine conoscitiva della situazione attuale	Condivisione delle criticità emerse e definizione di un piano di miglioramento Formazione degli operatori coinvolti	Revisione percorso assistenziale intra ed extra ospedaliero e	Definizione progetto per il superamento delle criticità	Monitoraggio continuo dei percorsi condivisi, ed eventuale predisposizione piani di miglioramento
Entro 2007	Entro 2007	Entro 2007	Entro 2007		
Data di inizio			Anno 2002		
Data di fine			Giugno 2008		
Budget					
Comuni					
ASL			Euro 341.731/annue		
Altri					
Risorse umane					
Enti		N.		compiti-funzioni	
Comuni					
ASL		2.880 ore/annue 9717 ore/annue 1000 ore/annue		Fisioterapisti ospedalieri Fisioterapisti territoriali Specialisti fisiatra	
Altri					
Responsabile di progetto					

C - Attivazione e sperimentazione di nuovi interventi

azioni non presenti sul nostro territorio
che presentano caratteristiche di innovazione

C1	Settore	Azione		
PREVENZIONE		Attività Motoria Adattata (AMA)		
Obiettivi	Promozione della salute e della socializzazione attraverso attività motoria di gruppo. Prevenzione delle sindromi dolorose osteoarticolari legate alla ipomobilità.			
Risultati attesi		Indicatori		
Riduzione incidenza sindromi dolorose da ipomobilità con ridotto miglioramento qualità della vita e ridotto accesso a trattamenti sanitari (terapie mediche o riabilitative).		Processo n. corsi attivati N. iscritti	Esito variazioni scale dolore pre/post variazioni test fisici pre/post	
<p>Modalità di realizzazione degli indicatori</p> <p>Monitoraggio corsi attivati e soggetti iscritti attraverso i dati elaborati dallo Sportello Unico della Prevenzione quale unico punto per la prenotazione dei corsi.</p> <p>Compilazione di schede di valutazione individuale per ogni soggetto iscritto ai corsi da parte dell'insegnante del corso. Le schede esplorano alcune capacità funzionale (test di cammino, equilibrio e forza arti inferiori) e una valutazione soggettiva del dolore. Tali valutazioni vengono effettuate all'inizio del corso e ripetute ogni quattro mesi.</p>				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
	01/01/2006	31/12/2006 e 30/05/2007	31/12/2007	
Data di inizio		1/1/2006		
Data di fine		31/12/2007 (fine fase sperimentale e messa a regime)		
Budget				
Comuni				
ASL				
Altri				
Risorse umane				
Enti	N.	compiti-funzioni		
Comuni				
ASL	SUP Medicina dello Sport ATT. Sanitarie di Comunità	Numero verde per informazioni all'utenza ed iscrizioni ai corsi, gestione delle liste dei corsi, messa a disposizione dati statistici Valutazione protocolli esercizi, apertura nuovi corsi, supporto consulenza agli istruttori Promozione soprattutto nei confronti di MMG e Specialisti		
Provincia	Uff. Sport	Promozione, Censimento, supporto informatico, raccordo con comuni ed enti di promozione sportiva		
Responsabile di progetto		Dott. Nicola Mochi		

C2	Settore	Azione		
PREVENZIONE		Incentivo delle misure di sicurezza domestica		
Obiettivi		A lungo termine: a.) Migliorare la sicurezza strutturale nelle abitazioni; b.) Accrescere le conoscenze sulla sicurezza domestica nella popolazione >65 anni per renderla edotta rispetto ad eventuali rischi e pericoli connessi all'ambiente di vita A breve termine: c.) Indagare le dinamiche dell'incidente domestico nella popolazione target		
Risultati attesi		Indicatori		
-Ridurre il numero di incidenti domestici legati a carenze strutturali (a.) -Modificare il comportamento della popolazione >65 anni (b.) -Disporre di casistica di dettaglio utile al conseguimento degli obiettivi a lungo termine (c.)		Processo: 1.Apportare modifiche/integrazioni allo strumento regolamentare locale; 2.Divulgazione alla popolazione target di materiale ad hoc e sviluppare strategie di comunicazione; 3.Interviste di casi che abbiano comportato ricovero per frattura Esito: 1.norme regolamentari da applicare nella valutazione dei progetti 2.raccomandazioni/orientamenti ad hoc per la popolazione target 3.numero pareri igienico-sanitari di edilizia civile rilasciati/numero pratiche edilizie evase dal comune per procedimento e per anno 4.numero accessi U.O. Ortopedia del presidio ospedaliero per frattura causata da incidente in ambito domestico nella popolazione target 5.Analisi mortalità specifica su schede Istat 6.Analisi DRG con diagnosi riconducibile ad incidente domestico 7.Valutazione questionari/interviste ad un campione di popolazione oggetto dell'intervento		
Modalità di realizzazione degli indicatori Flusso dei dati dalle strutture che generano e/o cui affluiscono i dati all'U.F. Igiene e Sanità Pubblica Modalità di fruizione e cadenze temporali da concordare con le strutture interessate				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
Indicatori 4-5-6	Per gli obiettivi b.) e c.): 2008	2009	2010	
Data di inizio		Gennaio 2008		
Data di fine		Dicembre 2010		
Budget				
Comuni				
ASL		Da definire		
Altri				
Risorse umane				
Enti		N.		compiti-funzioni
Comuni		Dipendenti comunali operanti nelle circoscrizioni, ufficio tecnico		Divulgare materiale e creazione di momenti di scambio nella popolazione target, fornire dati
ASL		-Personale amministrativo della U.O. Attività Sanitarie di Comunità -Personale medico ed infermieristico della direzione sanitaria di presidio -Personale medico, infermieristico, tecnico, supporto amministrativo dell'U.F. Igiene e sanità Pubblica		Elenco iscritti SSN Rapporto con i MMG Dati, attività di supporto Realizzazione del progetto
Altri		ISS INAIL ISPESL REGIONE TOSCANA (osservatorio epidemiologico, U.O. educazione alla salute)		Dati Materiale educativo/informativo
Responsabile di progetto		Dr.ssa Wanda Wanderlingh		

C3	Settore	Azione		
	ASSISTENZA DOMICILIARE	Istituzione di un Fondo per la non autosufficienza per gli anziani fragili		
	Obiettivi	1) Incrementare il numero degli assistiti fornendo una risposta ad una platea più ampia di utenti 2) Sostenere fortemente la famiglia nel lavoro di cura 3) Garantire la permanenza a domicilio dell'anziano (o della persona non autosufficiente) 4) Sperimentare un modello di intervento innovativo 5) Sperimentare una reale integrazione fra servizi (es.: sociale e sanitario), fra Enti diversi (Comuni, ASL, Provincia, Regione, INPS) e con le Organizzazioni di promozione sociale (OO.SS. ; Patronati ecc...)		
		Risultati attesi	Indicatori	
		1) Aumento e razionalizzazione della spesa destinata alla non autosufficienza attraverso la creazione di un apposito Fondo e del suo regolamento di utilizzo	1) aumento % della spesa per non autosufficienza	
		2) Aumento dell'offerta di assistenza agli anziani non autosufficienti	2) Variazione % degli anziani non autosufficienti assistiti	
Modalità di realizzazione degli indicatori Analisi dati su utenti e spesa socio-sanitaria				
Diagramma logico temporale delle fasi				
DEFINIZIONE REGOLAMENTO DI UTILIZZO DEL FONDO	SPERIMENTAZIONE DEL FONDO	VALUTAZIONE IN ITINERE	SPERIMENTAZIONE DEL FONDO	VALUTAZIONE EX POST
03/07-06/07	06/07-06/08	06/08	06/08-12/09	12/09
Data di inizio		Marzo 2007		
Data di fine		Dicembre 2009		
Budget				
Comuni		€ 300.000 annui		
ASL		€ 50.000 annui (conversione di quote sanitarie)		
Comune di Pistoia		€ 75.0000		
Risorse umane				
Enti		N.	compiti-funzioni	
Comuni				
ASL				
Altri			Gruppo di lavoro nominato dalla CdS	
Responsabile di progetto		Dott.ssa Selma Ferrali		

C4	Settore	Azione
ASSISTENZA DOMICILIARE		Albo zonale delle assistenti familiari

Obiettivi	<p>A) creare le premesse per una rete territoriale di assistenza privata garante dei diritti degli anziani non autosufficienti e delle lavoratrici straniere. B) sistematizzazione e integrazione delle politiche del lavoro, della formazione e della assistenza sociosanitaria. C) costituzione di un albo di assistenti familiari a cura del Centro per l'Impiego</p>			
Risultati attesi		Indicatori		
<p>A) aumento di garanzie reciproche (lavoratrici straniere e anziani non autosufficienti) nel lavoro di cura B) miglioramento delle condizioni lavorative (contratto di lavoro, interventi formativi specifici) per le lavoratrici straniere. C) attivazione del Centro per l'Impiego per l'incrocio domanda/offerta di lavoro D) qualificazione dell'offerta professionale nel lavoro di cura</p>		<p>A) creazione dell'albo di assistenti familiari B) aumento dei contratti di lavoro di lavoratrici straniere come assistente familiare C) aumento dell'occupabilità per le donne straniere D) attivazione di specifici interventi di potenziamento delle competenze anche attraverso l'utilizzo della carta ILA</p>		
Modalità di realizzazione degli indicatori: Utilizzo di appositi strumenti di rilevazione quali schede di rilevazione, questionari, interviste ecc. e/o utilizzo di dati anagrafici, demografici, censuari ecc.				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
nov/06 – gen/07	gen/07 – ott/07	ott/06 – ott/07	novembre 2007	nov/07 – feb/08
Data di inizio			novembre 2006	
Data di fine			Febbraio 2008	
Budget (ulteriore per la realizzazione del progetto)				
Comuni				
ASL				
Provincia			35.000 euro	
Risorse umane				
Enti		N.		compiti-funzioni
Comuni				
ASL				
Provincia		4		Predisposizione e gestione albo assistenti familiari e incrocio domanda/offerta presso il C.I., predisposizione degli interventi formativi e individuazione del contratto di lavoro di riferimento, rapporto con gli altri enti
Responsabili di progetto		Dott.ssa Marzia Vannucchi / Dott.ssa Anna Aiello		

C5	Settore	Azione
	ASSISTENZA DOMICILIARE	<p style="text-align: center;">Somministrazione terapie a domicilio</p> <p style="text-align: center;"><i>Questa azione sarà definita in seguito all'evoluzione normativa con particolare riferimento alla figura professionale dell'OSC. L'attuale regolamentazione infatti non permette di attivare gli interventi ipotizzati.</i></p>

C6	Settore	Azione			
ASSISTENZA DOMICILIARE		Regolamentazione di forme di affido familiare			
Obiettivi		A) Aumentare la permanenza a domicilio di anziani privi di rete familiare B) Approvare, da parte della Conferenza dei sindaci, un regolamento che disciplini i parametri per l'affidamento e per il controllo da esercitarsi da parte degli enti pubblici (NOMINA DI UN APPOSITO GRUPPO DI LAVORO) C) Costituzione di associazioni di famiglie disponibili all'accoglienza di anziani con necessità assistenziali			
Risultati attesi		Indicatori*			
A) Adeguata assistenza domiciliare ad anziani privi di rete familiare e prevenzione del ricorso a forme di assistenza in strutture residenziali B) Regolamentazione delle forme di affido familiare di anziani e garanzia di qualità del servizio C) Costituzione banca dati associazioni di famiglie		A) N. associazioni famiglie disponibili all'accoglienza/N. anziani privi di familiari e con necessità assistenziali A) N. di affidamenti effettuati/N. richieste B) Verifiche positive/Verifiche totali C) numero di associazioni di famiglie disponibili/N. famiglie presenti sul territorio			
Modalità di realizzazione degli indicatori: Utilizzo di apposite schede di rilevazione e dei dati del sistema informativo sociale e sanitario					
Diagramma logico temporale delle fasi					
	VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
A	Marzo 2007	Giugno 2007	Giugno 2008	Giugno 2009	Dicembre 2009
B	Marzo 2007	Giugno 2007	Gennaio 2008	Dicembre 2008	Giugno 2009
C	Giugno 2007	Gennaio 2008	Giugno 2008	Giugno 2009	Dicembre 2009
Data di inizio				A) 03-2007 B) 03-2007 C) 01-2008	
Data di fine				A) 06-2009 B) 12-2008 C) 06-2009	
Budget					
Comuni					
ASL					
Altri					
Risorse umane					
Enti		N.		compiti-funzioni	
Comuni e ASL		B) 150 ore annue		Funzionari per la predisposizione del/la regolamento/convenzione	
		A) 40 ore annue		Assistenti sociali per le verifiche a domicilio	
ASL		A) 40 ore annuali		Medici ASC per le verifiche a domicilio	
Altri					
Responsabile di progetto		Dott.ssa Luciana Chiti			

Integrare con progetto regionale Alzheimer (Laura Contini)

C7	Settore	Azione		
ASSISTENZA DOMICILIARE		Organizzazione di gruppi di auto-mutuo aiuto		
Obiettivi		A) Divulgare l'iniziativa con la realizzazione di 6 incontri con i familiari con grave carico assistenziale B) Costituire un gruppo di auto-mutuo aiuto di 13/ 15 persone che operi per un periodo di 18 mesi C) Individuare e formare 20/25 volontari e utilizzarli nelle sostituzioni dei caregiver D) Diffondere l'esperienza dei partecipanti E) Costituire ulteriori re gruppi (1 per ADO)		
Risultati attesi		Indicatori		
A) Diffusione ampia dell'iniziativa B) Prevenzione di situazioni di burn-out in caregiver con grave carico assistenziale C) Aumento della disponibilità di volontari per le sostituzioni D) Attivazione di reti solidali tramite la nascita di ulteriori gruppi di auto-mutuo aiuto		A) Caregiver contattati/Caregiver totali B) Caregiver soddisfatti/Caregiver partecipanti C) Volontari / Caregiver D) N. nuovi gruppi		
Modalità di realizzazione degli indicatori: Utilizzo di apposite schede di rilevazione / Somministrazione di questionari di soddisfazione e conoscitivi				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
Giugno 2006	Giugno 2007	Giugno 2008	Dicembre 2008	Febbraio 2009
Data di inizio			06-2006	
Data di fine			12-2008	
Budget				
Comune di Quarrata			€ 15.000	
Comune di Pistoia			€ 15.000	
ASL				
Altri				
Risorse umane				
Enti		N.	compiti-funzioni	
Comune di Serravalle		20 ore annue	Assistente sociale per promozione iniziativa	
Comune di Pistoia		3	1 funzionario,1 assistente sociale, 1 personale amministrativo, consulente esperto	
Comune di Montale		3	1 funzionario,1 assistente sociale, 1 personale amministrativo	
ASL				
Altri				
Responsabile di progetto		Dott.ssa Maria Laura Contini		

C8	Settore	Azione
ASSISTENZA RESIDENZIALE		Realizzazione di una nuova comunità a dimensione familiare

Obiettivi	<i>L'azione sarà sperimentata nel Comune di Pistoia</i>			
	A) Realizzare una casa famiglia per anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti B) Redigere un apposito regolamento di accesso e di gestione della casa famiglia C) Attivare progetti sperimentali di reinserimento domiciliare e comunitario, all'interno della casa famiglia, di soggetti ospiti dell'Albergo popolare che abbiano compiuto 65 anni D) Riorganizzare l'Albergo popolare in base a forme diverse di utilizzo, mirate ad evitare situazioni di radicamento			
Risultati attesi		Indicatori*		
A) Aumento dell'offerta di servizi residenziali		A) Ospiti/anziani residenti		
B) Miglioramento della trasparenza nella gestione e nel benessere degli ospiti		B) Ospiti soddisfatti/Ospiti totali		
C) Trasformazione della residenzialità per gli ospiti con più di 65 anni dell'Albergo popolare		C) Ospiti trasferiti/Ospiti con più di 65 anni		
D) Prevenzione di forme di radicamento presso l'Albergo popolare		D) Permanenza media/Permanenza temporanea prevista		
Modalità di realizzazione degli indicatori: Utilizzo di apposite schede di rilevazione / Somministrazione di questionari di soddisfazione e conoscitivi				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
Giugno 2006	Dicembre 2007	Dicembre 2008	Dicembre 2009	Marzo 2010
Data di inizio			06/2006	
Data di fine			12/2009	
Budget				
Comuni ASL Regione Toscana				
			€ 127.000	
Risorse umane				
Enti		N. compiti-funzioni		
Comuni		Servizi Ufficio Tecnico	Ristrutturazione dell'immobile	
ASL				
Altri				
Responsabile di progetto		Dott.ssa Maria Laura Contini		

C9	Settore	Azione		
ASSISTENZA RESIDENZIALE		Progetto Betania		
Obiettivi		<i>L'azione sarà sperimentata nel Comune di Pistoia</i> A) Realizzare una "residenza solidale" tramite la costruzione di un piccolo condominio, composto di unità abitative autonome e servizi comuni, per 8/16 anziani autosufficienti B) Costituire una Fondazione di partecipazione o similare istituto giuridico (composto da Enti e organizzazioni del privato sociale)		
Risultati attesi		Indicatori		
A) Ampliamento della disponibilità di residenze solidali a misura di anziano B) Sperimentazione di forme giuridiche innovative per la gestione dei servizi residenziali		A) Anziani in residenza solidale/Anziani residenti B) Costituzione Fondazione SI/NO		
Modalità di realizzazione degli indicatori Utilizzo di apposite schede di rilevazione e dei dati demografici per l'anno di riferimento				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
Gennaio 2007	Gennaio 2008	Gennaio 2009	Dicembre 2009	Gennaio 2010
Data di inizio			01-2007	
Data di fine			12-2009	
Budget				
Comuni			Cessione in uso del terreno	
ASL				
Altri				
Risorse umane				
Enti		N.	compiti-funzioni	
Comuni			Rappresentante nella Fondazione Esperti per la redazione e realizzazione del progetto assistenziale	
ASL			Esperti per la redazione e realizzazione del progetto assistenziale	
Altri				
Responsabile di progetto		Referente ANTEAS		

C10	Settore	Azione	
ASSISTENZA OSPEDALIERA		Percorso Ictus	
Obiettivi		<p>Obiettivo Generale: Ridurre la mortalità e garantire il massimo recupero dell'autonomia possibile, contenendo gli esiti della malattia ed utilizzando al massimo le capacità residue, mediante un piano assistenziale riabilitativo integrato (PARI) a seguito di una valutazione multidimensionale.</p> <p>Obiettivi Specifici: Promuovere percorsi integrati tra ospedale e territorio / Offrire assistenza dedicata clinico-riabilitativa integrata per la fase ospedaliera.</p>	
Risultati attesi		Indicatori	
<ul style="list-style-type: none"> - L'80% dei pazienti con sospetto ictus arrivano al PS entro tre ore dall'esordio dei sintomi Ricovero in Stroke Unit di tutti i pazienti elegibili entro le 24 ore - I pazienti elegibili per trattamenti di neuroradiologia interventistica o interventi chirurgici vengono trasferiti al massimo entro 24 ore dall'evento nel Centro di riferimento dell'Area Vasta - 100% di schede specifiche di percorso vengono compilate e inviate al gruppo multidisciplinare - 100% di Piani Assistenziali Riabilitativi Integrati entro 48 ore dal ricovero - 100% di paziente dimessi con il piano assistenziale riabilitativo presi in carico in modo tempestivo dal territorio - Riduzione della mortalità ad un mese, tre mesi e un anno. - Riduzione del grado di disabilità e aumento dei soggetti con completo recupero. Riduzione dei pazienti istituzionalizzati 		<p>Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> - % dei pazienti con sospetto ictus arrivano al PS entro tre ore dall'esordio dei sintomi - % dei pazienti elegibili ricoverati in Stroke Unit - % di pazienti trasferiti entro....ore nel Centro di Riferimento Area Vasta - % di schede specifiche di percorso compilate e inviate al gruppo multidisciplinare - % di elaborazione di P.A.R.I. entro 36 ore - % di pazienti dimessi con il P.A.R.I - % di pazienti trasferiti direttamente dall'ospedale in struttura riabilitativa residenziale - % di pazienti trasferiti direttamente dall'ospedale in R.S.A - % di pazienti trattati ambulatorialmente entro 48 ore - % di pazienti trattati entro 48 ore a livello domiciliare 	<p>Esito</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tasso di mortalità - Tasso di disabilità - Tasso di pazienti istituzionalizzati
<p>Modalità di realizzazione degli indicatori</p> <p>Definizione protocollo condiviso con tutte le UU.OO coinvolte nel percorso assistenziale pre-ricovero per ictus al fine di ricovero tempestivo.</p> <p>Elaborazione e adozione di linee guida per l'individuazione dei pazienti elegibili al ricovero in Stroke Unit</p> <p>Elaborazione e adozione di linee guida per l'individuazione dei pazienti elegibili per il trasferimento al centro di riferimento dell'Area Vasta</p> <p>Verifica, sia della compilazione della scheda di percorso del paziente in entrata dai medici e caposala di reparto, che dell'invio per posta elettronica e/o FAX ai componenti del gruppo multidisciplinare</p> <p>Applicazione di protocollo relativo alla elaborazione del P.A.R.I. ,(composizione del gruppo, definizione del responsabile e del casemanager sia ospedaliero che territoriale....)</p> <p>Applicazione del protocollo assistenziale del paziente con ictus (verifica dei tempi intercorsi tra dimissione e inizio trattamento)</p> <p>Valutazione del tasso di mortalità prima e dopo l'implementazione del progetto</p> <p>Valutazione anamnestica del grado di autonomia precedente l'ictus, applicazione del P.A.R.I., valutazione del grado di autonomia a tre mesi, sei mesi, un anno.</p>			

Diagramma logico temporale delle fasi					
Condivisione obiettivi di progetto	Mappatura processo percorso ictus e progettazione Stroke Unit	Implementazione azioni di miglioramento	Revisione e percorso assistenziale intra ed extra ospedaliero	Definizione progetto per il superamento delle criticità	Monitoraggio continuo dei percorsi condivisi, ed eventuali predisposizione piani di miglioramento
Data di inizio		Anno 2003			
Data di fine		Giugno 2008			
Budget					
Comuni					
ASL			Euro 1.674.336/annue		
Altri					
Risorse umane					
Enti		N.	compiti-funzioni		
Comuni					
ASL		7.700 ore/annue	Specialisti neurologi		
		15.000 ore/annue	Infermieri professionali ospedalieri		
		6.720 ore/annue	Operatori socio-sanitari		
		1.900 ore/annue	Fisioterapisti ospedalieri		
		3.800 ore/annue	Fisioterapisti territoriali		
		200 ore/annue	Specialisti geriatri		
		150 ore/annue	Specialisti fisiatri		
		2.200 ore/annue	Assistenti sociali (compreso il personale del comune)		
		Altri			
Responsabile di progetto					

C11	Settore	Azione		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	Responsabilità della gestione da parte del geriatra di alcuni casi clinici all'interno dell'area medica			
Obiettivi	Assicurare un'assistenza specialistica geriatrica ai soggetti anziani fragili nella fase acuta di malattia con elevata comorbilità e/o disturbi cognitivi, al fine di prevenire la disabilità quando è incombente e migliorare e/o ridurre il rischio di aggravare condizioni già esistenti di disabilità e dipendenza, tramite un approccio multidisciplinare e multidimensionale, creando laddove possibile le condizioni per un rientro al proprio domicilio.			
Risultati attesi		Indicatori		
<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione di documenti condivisi per la definizione del soggetto anziano fragile e predisposizione di indicatori di esito - Individuazione delle modalità organizzative condivise per garantire l'assistenza specialistica geriatrica - Valutazione di tutti i soggetti ultrasessantacinquenni al fine di individuare i soggetti anziani fragili - Assistenza specialistica geriatrica per tutti i soggetti anziani fragili - Riduzione delle istituzionalizzazioni post ricovero 		Processo <ul style="list-style-type: none"> - disponibilità di documento condiviso contenete della definizione del soggetto anziano fragile e di indicatori di esito - disponibilità di un documento condiviso contenete l'individuazione delle modalità organizzative per garantire l'assistenza specialistica geriatrica - % soggetti valutati - numero di soggetti anziani ricoverati/ Numero di soggetti anziani fragili con assistenza specialistica geriatrica 		Esito <ul style="list-style-type: none"> - riduzione % delle istituzionalizzazioni post ricovero
Modalità di realizzazione degli indicatori Elaborazione di documenti condivisi per la definizione del soggetto anziano fragile e di indicatori di esito entro il 30/06/2008 Individuazione delle modalità organizzative condivise per garantire l'assistenza specialistica geriatrica e Entro il 30/12/2008 4 fase sperimentale da concludersi entro il 30/12/2008 5 assegnazione di posti letto in area medica dedicati alla geriatria entro il 30/12/2009				
Diagramma logico temporale delle fasi				
VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
Data di inizio		2008		
Data di fine		2009		
Budget				
Comuni				
ASL		Euro 83.000/annue		
Altri				
Risorse umane				
Enti		N.	compiti-funzioni	
Comuni				
ASL		1.600 ore/annue	Specialisti geriatri	
Altri				
Responsabile di progetto				

C12	Settore	Azione
SISTEMA		Definizione dei bisogni e monitoraggio del sistema

Obiettivi	<p>A) predisposizione e sottoscrizione di protocollo d'intesa tra Provincia, Comuni e Azienda UsI3 per l'attivazione del sistema di monitoraggio in grado di produrre e diffondere informazioni aggiornate sui dati socio-demografici, epidemiologici e finanziari</p> <p>B) integrazioni delle informazioni presenti negli archivi di tipo sociosanitario con quelle presenti negli archivi dei Comuni e di altri soggetti pubblici</p> <p>C) attuazione di una mappatura delle fonti informative per provvedere all'informatizzazione delle informazioni che fossero ancora su supporto cartaceo</p> <p>D) ricostruzione delle carriere individuali dei cittadini per individuare percorsi di inclusione sociali, terapeutici e riabilitativi utili alla comprensione dei meccanismi del sistema locale di welfare e dei relativi punti di forza e di debolezza</p>
------------------	---

Risultati attesi	Indicatori di processo
<p>A) Aumento del dividendo informativo a disposizione dei decisori politico/amministrativi per la programmazione locale.</p> <p>B) Miglioramento dell'efficacia dell'azione dei servizi sociosanitari in termini organizzativi e in relazione alle performance attuate</p> <p>C) Maggiore attenzione ai bisogni del cittadino grazie alla razionalizzazione e integrazione delle conoscenze e degli interventi</p>	<p>A) aumento delle conoscenze sui fenomeni sociosanitari attraverso incontri periodici e focus di approfondimento</p> <p>B) maggior soddisfacimento dei bisogni espressi dai cittadini e miglioramento del sistema di welfare locale</p> <p>C) possibilità di poter realizzare interviste in profondità a cittadini beneficiari e operatori dei servizi in fasi distinte del processo di aiuto</p>

Modalità di realizzazione degli indicatori: Utilizzo di appositi strumenti di rilevazione quali schede di rilevazione, questionari, interviste ecc. e/o utilizzo di dati anagrafici, demografici, censuari ecc.

Diagramma logico temporale delle fasi

VALUTAZIONE EX ANTE	ATTIVAZIONE	VALUTAZIONE IN ITINERE	CHIUSURA	VALUTAZIONE EX POST
ott/06 – gen/07	gen/07 – ott/07	ott/06 – ott/07	novembre 2007	nov/07 – feb/08
Data di inizio		Ottobre 2006		
Data di fine		Febbraio 2008		
Budget (ulteriore per la realizzazione del progetto)				
Comuni				
ASL				
Provincia		15.000,00 (risorse umane e strumentali)		
Risorse umane				
Enti		N.	compiti-funzioni	
Comuni				
ASL				
Provincia		4	Elaborazioni statistiche, indagini qualitative, messa a regime del sistema informativo, rapporto con gli altri enti	
Responsabili di progetto		Stefano Lomi / Silvia Mariotti		

C13	Settore	Azione
SISTEMA		Sviluppo della ricerca – Progetto Sifà

L'Azione è parte di un progetto regionale promosso dalla Scuola Toscana di Formazione in Medicina Generale e dall'Università degli Studi di Firenze con il patrocinio della Società Italiana di Geriatria, che la Regione Toscana ha approvato e finanziato con Deliberazione della Giunta Regionale 25 luglio 2005, n. 753 - Approvazione e finanziamento "Progetto SIFÀ - Studio d'intervento sulla fragilità dell'anziano", alla quale si rimanda per i tempi di realizzazione e l'entità del finanziamento.

L'obiettivo di questo studio è dimostrare l'efficacia di interventi di controllo e prevenzione da parte del MMG, supportato dalla consulenza continuativa e programmata del Geriatra mediante valutazione multidimensionale, nel prolungare la durata della vita attiva (cioè in condizioni di sufficiente autonomia funzionale) e rallentare la progressione del declino fisico-funzionale degli anziani fragili identificati dai MMG nei loro ambulatori utilizzando criteri standard, rispetto ad interventi di controllo e prevenzione da parte del MMG ugualmente programmati nel tempo ma autonomamente gestiti per quel che riguarda tipologia e quantità di consulenze specialistiche, rappresentando quest'ultima modalità l'attuale modello operativo della Medicina di Famiglia.

Lo studio sarà condotto sul territorio della Regione Toscana sedi di UU.OO. di Geriatria, in tre fasi successive, una per Area Vasta (AV). L'arruolamento e parte delle valutazioni avverranno a livello di Medicina di base, ad opera dei MMG.

Si deve a questo proposito considerare una differente modalità organizzativa dei servizi geriatrici disponibili sul territorio della Regione: diversamente che nell'AV Centro (AVC) e in quella Sud-Est (AVSE), in quella Nord-Ovest (AVNO) non vi sono infatti geriatrie ospedaliere, ma specialisti ambulatoriali che hanno quindi modalità differenti di fronteggiare le condizioni cliniche che un anziano fragile può presentare. Pertanto, l'intervento sperimentale avrà caratteristiche molto diverse nell'AVNO rispetto alle altre due, tanto da consigliare la conduzione dello studio in due bracci distinti, uno numericamente più consistente, relativo all'AVC e all'AVSE, l'altro circoscritto alla sola AVNO, che si differenzierà dal precedente anche per l'outcome primario, come sotto descritto.

Partecipanti

Uomini e donne di età compresa tra 75 e 84 anni, selezionati dal proprio MMG per la presenza di una performance fisica ridotta (Summary Performance Score – SPS – tra 5 e 9) ma autonomia funzionale sufficientemente conservata (assenza di disabilità nella mobilità). È ben documentato che tale punteggio, i cui estremi sono 0 (massima compromissione funzionale) e 12 (performance fisica ottimale), rappresenta un indicatore prognostico importante per lo sviluppo di disabilità in attività che coinvolgono la mobilità degli arti inferiori, disabilità nelle attività di base della vita quotidiana (BADL) e mortalità (2). Sulla base di precedenti studi (2), si stima che poco più del 40% dei soggetti in questa fascia d'età avranno le caratteristiche di fragilità fisica richieste per la partecipazione allo studio.

Randomizzazione

Allo scopo di minimizzare possibili effetti di contaminazione, l'unità di randomizzazione sarà rappresentata non dal paziente partecipante, ma dal MMG, i cui assistiti arruolati verranno tutti assegnati allo stesso tipo di intervento. I MMG partecipanti (per un totale di circa 230, distinti in due gruppi come successivamente specificato) verranno randomizzati, dopo stratificazione per numero di assistiti (<1000 vs. >1000) e caratteristiche locali (realtà urbana vs. rurale), in due gruppi, definiti Gruppo di Iniziativa e Gruppo di Controllo.

Arruolamento

I due gruppi di intervento, Iniziativa e Controllo, opereranno in modo identico per quel che riguarda la selezione della casistica e la valutazione iniziale, che verranno condotte dallo stesso MMG. In un periodo di sei mesi, i MMG sottoporranno a screening della fragilità, utilizzando la batteria testistica per l'arto inferiore, tutti i loro assistiti nella fascia d'età 75-84 che via via si presentino per visita ambulatoriale. Verranno arruolati i soggetti che conseguono un punteggio SPS tra 5 e 9, con esclusione dei casi con significativo deterioramento cognitivo (punteggio Mini Mental State

Examination <21) e di quelli con malattie gravi che, a giudizio del MMG, limitano l'aspettativa di vita a meno di un anno.

La valutazione basale verrà completata mediante compilazione, sempre da parte del MMG, di una breve scheda sullo stato di salute del paziente, modellata su quella già utilizzata nel Progetto Camucia.

Intervento

Successivamente all'arruolamento, i percorsi assistenziali differiranno, a seconda del gruppo di assegnazione dei MMG (Figura 1). Nei pazienti assegnati a MMG del gruppo di Iniziativa, la conduzione clinica da parte del MMG si avvarrà della collaborazione continuativa con la Geriatria di riferimento, con frequenza e modalità definite in allegato, consistente in una valutazione geriatrica multidimensionale. I MMG del Gruppo di Controllo eseguiranno i controlli clinici dei pazienti arruolati con le stesse cadenze definite per i pazienti del gruppo di Iniziativa, ma faranno ricorso alla consulenza specialistica che riterranno più idonea (ivi compresa quella geriatrica) quando lo riterranno clinicamente indicato, secondo le procedure comunemente in uso.

In entrambi i gruppi sperimentali (Iniziativa e Controllo) verrà tenuta traccia completa delle interazioni tra MMG e Specialisti (data, tipo e numero dei contatti), nonché del consumo di risorse sanitarie (es. ospedalizzazioni, visite specialistiche, ecc.).

Crediti

Il gruppo di lavoro politico/tecnico incaricato di seguire la sperimentazione del Piano Integrato di Salute della zona socio-sanitaria "pistoiese", nominato dalla Conferenza dei Sindaci della Zona di Pistoia, è composto da:

Rappresentanza politica dei Comuni della zona "Pistoiese":

Stefano Cristiano, Assessore alle Politiche sociali del Comune di Pistoia (con funzioni di coordinamento del gruppo di lavoro)

Paolo Magnanensi, Sindaco di Agliana

Moreno Seghi, Sindaco di San Marcello Pistoiese

Daniela Gai, Assessore alle Politiche sociali della Provincia di Pistoia

Rappresentanza dell'Azienda USL 3:

Roberto Torselli, Responsabile di Zona-Distretto, Zona Pistoiese

Luciana Chiti, Coordinatore Sociale, Zona Pistoiese

Cinzia Lupi, Direttore Presidio Ospedaliero di Pistoia

Pietro Gabbrielli, Direttore del Dipartimento di prevenzione

Rappresentanza tecnica dei Comuni della zona "Pistoiese":

Selma Ferrali, Dirigente Servizio di Assistenza sociale del Comune di Pistoia

Annalia Galardini, Dirigente Area Servizi alla Persona del Comune di Pistoia

Laura Contini, Funzionario del Comune di Pistoia

Albarosa Nesti, Responsabile Servizio sociale del Comune di San Marcello Pistoiese

Elisabetta Fabbri, Responsabile Servizio sociale del Comune di Montale

Rappresentanza tecnica dell'Osservatorio Sociale Provinciale:

Elisabetta Cioni, Responsabile scientifico dell'Osservatorio Sociale Provinciale

Segreteria organizzativa:

Giancarla Viviani, Funzionario del Comune di Pistoia

Consulente esterno:

Giovanni Paci, Esperto di programmazione sociale

Al lavoro di predisposizione e definizione di questo documento hanno partecipato inoltre:

Carlo Biagini, Direttore U.O. Geriatria, Azienda USL 3

Ilaria Bianco, Direzione Sanitaria Ospedaliera, Azienda USL 3

Mirna Cioni, Segreteria Amministrativa Distretto, Azienda USL 3

Stefano Lomi, Funzionario dell'Osservatorio Sociale della Provincia di Pistoia

La redazione del documento è stata curata da Giovanni Paci

Per informazioni:

Segreteria organizzativa del gruppo di lavoro

Giancarla Viviani

c/o Comune di Pistoia - Assessorato alle Politiche Sociali

Piazza San Lorenzo 3 51100 Pistoia

Tel. 0573 371406

Fax 0573 371421

e-mail: g.viviani@comune.pistoia.it