



MASTERPLAN CHRONIC CARE

Piano per il potenziamento e l'armonizzazione dell'assistenza
alle persone affette da patologie croniche nella
Provincia Autonoma di Bolzano 2018-2020

Approvato con delibera della Giunta provinciale n. 1281 del 4 dicembre 2018

Indice

Glossario	3
Executive Summary	4
Premessa	7
1. Il Piano della cronicità della PA di Bolzano: le ragioni di una scelta	10
2. Sintesi della normativa provinciale	13
2.1 Il Piano sanitario provinciale 2016-2020	13
2.2 Il Piano sociale provinciale 2007-2009	13
3. Definizione di cronicità, disabilità, fragilità e non autosufficienza	15
4. Evoluzione della cronicità e fragilità nella Provincia Autonoma di Bolzano	17
5. Punti di forza e debolezza del livello di assistenza distrettuale	20
5.1 Punti di forza	20
5.2 Punti di debolezza	21
6. L'integrazione socio-sanitaria nella PA di Bolzano	22
6.1 Gli Sportelli Unici di Assistenza e Cura (SUAC)	22
6.2 SUAC e Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP): sperimentazione	23
7. La nuova rete dell'offerta: ruoli e compiti	27
7.1 I comprensori sanitari	27
7.2 Il distretto sanitario ed il distretto sociale	28
7.3 Le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) dei medici di medicina generale	28
7.4 L'infermiere di famiglia e di comunità	29
7.5 Farmacie dei servizi	30
7.6 Centrale unica di assistenza e servizi: il numero 116117	30
8. Assistenza domiciliare integrata (ADI) e residenzialità	32
9. Gli strumenti per l'integrazione ospedale-territorio	33
10. Posti letto di cure intermedie e posti letto di sollievo	35
10.1 Posti letto gestiti in ambito sanitario	35
10.2 Posti letto di natura sociale	36
11. Il ruolo delle Associazioni di tutela delle persone	37
12. Le risorse umane e finanziarie per il territorio	39
12.1 Formazione e aggiornamento del personale	39
13. Sistema informativo territoriale e monitoraggio delle reti integrate (set di indicatori)	41
14. La teleassistenza	43
15. Semplificazione e Umanizzazione dell'assistenza	45
16. Comunicazione interna ed esterna	46
Bibliografia e riferimenti normativi	48

Glossario

ACG	Adjusted Clinical Groups
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADP	Assistenza Domiciliare Programmata
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
ASDAA	Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
CUP	Centro Unico di Prenotazione
FSSE	Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico
IT	Information Technology
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	Medici di Medicina Generale
PA	Provincia Autonoma
PAI	Piano Assistenziale Individuale
PDTA	Percorso Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PS	Pronto Soccorso
PUA	Punto unico di accesso
SIAD	Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare
SUAC	Sportello Unico di Assistenza e Cura
UCCP	Unità Complessa di Cure Primarie
UPCP	Unità per la predisposizione condivisa del PAI
WHO	World Health Organization

Executive Summary

Il cambiamento socio-demografico ed epidemiologico, che nei principali Paesi industrializzati ha determinato un progressivo invecchiamento della popolazione, un aumento delle patologie croniche e della multimorbilità, accompagnato da un elevato rischio di disabilità, nonché l'incremento del fabbisogno assistenziale, rappresenta la sfida più importante per tutti i sistemi sanitari e sociali dei Paesi, anche quelli in via di sviluppo.

Nel 2035, nella Provincia Autonoma di Bolzano, il numero di persone affette da patologie croniche passerà dal valore attuale di 151.000 a ca. 191.000, mentre il numero di soggetti non autosufficienti, pari al 2,3% secondo dati riferiti al 2005, è oggi vicino al 4% della popolazione, circa 20.000 soggetti.

La Provincia, negli ultimi anni, ha avviato una serie di iniziative in materia di politica sociale e sanitaria, con cui sono stati conseguiti obiettivi importanti, veri e propri punti di forza del sistema:

- una fitta rete di strutture per anziani;
- gruppi professionali, in particolare in ambito sociale, molto attivi sul territorio;
- una assistenza ospedaliera che garantisce buoni risultati assistenziali;
- una assistenza territoriale presente in tutta la Provincia

I punti deboli, comuni peraltro a tante realtà italiane e estere, sono:

- gli alti tassi di ospedalizzazione per alcune patologie croniche (diabete, malattie renali, demenze, etc.);
- un numero di accessi al Pronto Soccorso dei Comuni più grandi che si attesta di gran lunga sopra la media nazionale;
- l'insufficiente Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- le lunghe liste di attesa.

A queste problematiche, che indicano la necessità di intervenire per promuovere un maggiore sviluppo delle attività territoriali, si aggiungono i temi dell'integrazione con il sistema dei Servizi sociali e con le attività ospedaliere.

Un moderno sistema di tutela della salute, nella sua accezione più ampia, non può prescindere nel futuro da una maggiore partecipazione di tutte le Istituzioni ed Organizzazioni alla costruzione di reti di assistenza basate sul lavoro di gruppo e sulla condivisione di percorsi di cura nei quali siano garantite prestazioni sanitarie e sociali.

La riorganizzazione del territorio è un processo molto complesso che introduce un nuovo paradigma della sanità spostando l'asse della programmazione degli interventi dall'ospedale alla comunità. Cambiano le modalità di lavoro del personale, i rapporti tra le Istituzioni, il modo di comunicare, la formazione e l'aggiornamento del personale, la responsabilità dei cittadini e delle associazioni coinvolti, soprattutto quando al centro del sistema vi sono i cittadini più bisognosi ed in difficoltà: gli anziani, i pazienti con gravi patologie croniche, i non autosufficienti.

Il presente Masterplan "Chronic Care" descrive i principi per una implementazione di una rete di servizi integrati (domicilio-territorio-ospedale), che parte dalle esigenze dei pazienti affetti da patologie croniche e delle loro famiglie, riconoscendo il valore della collaborazione tra i soggetti che operano attivamente nell'ambito del percorso clinico ed assistenziale.

I servizi sociali, garantiti dalle Comunità comprensoriali, dall'Azienda Servizi Sociali di Bolzano e dalle Residenze per anziani, sono coinvolti nei processi assistenziali secondo linee di intervento condivise con i servizi sanitari con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche e da non autosufficienza.

A tale scopo i Servizi sociali contribuiranno alla definizione di percorsi assistenziali condivisi per la presa in carico di alcune tipologie di persone affette da cronicità, selezionate sulla base di criteri sanitari e sociali congiuntamente individuati.

Su questa premessa si fissano i seguenti obiettivi strategici:

- prevedere servizi sociali e sanitari che si occupino delle esigenze specifiche della persona, della famiglia e della società;
- migliorare l'offerta di servizi;
- utilizzare strumenti di coordinamento per implementare in modo ottimale sul territorio le risorse destinate al trattamento/l'assistenza di persone con cronicità e fragilità, nel rispetto della pianificazione socio-sanitaria.

Ciò comporta, di conseguenza:

- a) la riorganizzazione della rete dei diversi servizi, unitamente alla garanzia della continuità assistenziale e delle specifiche esigenze di persone, famiglie e società;
- b) il miglioramento dell'integrazione tra assistenza di base, medicina specialistica, struttura ospedaliera e politiche sociali, allo scopo di offrire un modello di assistenza proattiva alla popolazione;
- c) l'applicazione di percorsi clinici diagnostico-terapeutici per l'assistenza di soggetti affetti da patologie croniche;
- d) la redazione di un Piano assistenziale individuale per ogni paziente (PAI);
- e) l'empowerment del singolo e della popolazione;
- f) la prevenzione delle patologie croniche mediante programmi di prevenzione e sostegno alla salute;
- g) il tempestivo riconoscimento, mediante adeguati strumenti, delle persone con fragilità o patologie croniche;
- h) la divulgazione di informazioni in merito a servizi e percorsi clinici, al fine di migliorare la gestione autonoma delle persone interessate e dei loro familiari;
- i) il tempestivo accesso del soggetto e della sua famiglia alle strutture e ai servizi di assistenza più adeguati;
- j) la corretta distribuzione sul territorio e adeguato utilizzo di apparecchi, tecnologie e soluzioni IT per soggetti con disabilità fisiche e/o mentali;
- k) la riduzione degli accessi e degli inutili ricoveri a lungo termine nelle strutture ospedaliere di persone con patologie e fragilità croniche;
- l) il supporto alla formazione professionale continua del personale socio-sanitario, così come alla ricerca clinica e organizzativa.

Nel Piano sono descritti gli strumenti per arrivare alla creazione del nuovo assetto dell'assistenza ai pazienti cronici, adattando alla realtà provinciale modelli internazionali e nazionali consolidati basati su:

- il ruolo dei medici di medicina generale, chiamati, attraverso le forme di aggregazione previste dalla vigente normativa, a sviluppare con le altre figure professionali il lavoro di gruppo;
- la creazione di sportelli dove il cittadino possa ricevere informazioni sanitarie e sociali e da dove possa essere indirizzato lungo percorsi assistenziali integrati;
- la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali, concentrando il lavoro multidisciplinare e multidimensionale di tutte le figure professionali coinvolte nei processi di assistenza;
- la partecipazione dei Servizi sociali delle Comunità comprensoriali, dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano e delle residenze per anziani a comuni e condivisi progetti di cura;
- il potenziamento, soprattutto per i pazienti non autosufficienti, delle migliori forme di assistenza residenziale e domiciliare.

In questo scenario, cambia anche la Governance del territorio ed i distretti sanitari e sociali divengono la sede più vicina al paziente ed alla sua famiglia, dove operano tutte le figure professionali coinvolte, sanitarie e sociali, per realizzare quella presa in carico personalizzata, efficace ed efficiente, che caratterizza un Sistema di tutela della salute moderno.

Premessa

Per la World Health Organization (WHO 2002) la patologia cronica è *“una qualsiasi malattia di lunga durata e generalmente a lenta progressione”*. Si stima che le patologie croniche siano responsabili dell'86% dei decessi nei Paesi con alto reddito con particolare riferimento alle malattie cardiovascolari, neoplasie maligne, malattie respiratorie, malattie muscolo-scheletriche, diabete mellito e demenze. Esse assorbono risorse sia dal settore sanitario che sociale, soprattutto le patologie gravate da un maggior grado di disabilità, con la tendenza ad un aumento maggiore della spesa sociale in relazione anche all'andamento del mercato del lavoro ed ai provvedimenti sul sistema pensionistico, potendosi generare nel tempo gravi squilibri generazionali.

Per queste ragioni è tendenza universale quella di stabilire una maggiore integrazione tra le istituzioni deputate alla programmazione delle attività sanitarie e sociali ed alla gestione dei rispettivi finanziamenti per garantire migliori servizi e razionale utilizzo delle risorse a disposizione.

Non tutte le malattie croniche esitano in uno stato di non autosufficienza o disabilità grave e quindi non sempre sono necessari interventi di tipo sociale se si investe nella prevenzione secondaria e terziaria delle malattie, se l'educazione alla salute è condotta con costanza, se i servizi che si fanno carico della persona funzionano in rete, se gli operatori lavorano insieme.

L'assistenza alle persone affette da patologie croniche è parte integrante dell'assistenza primaria il cui paradigma di azione sta profondamente cambiando passando da un approccio di attesa dell'evento acuto ad uno proattivo, caratterizzato da una maggiore integrazione tra i servizi, le attività e le prestazioni erogati sia sul territorio che in ospedale, lungo percorsi assistenziali condivisi che superino la profonda divaricazione che ancora oggi esiste tra i due livelli di assistenza.

Ed infatti, la Commissione Europea (febbraio 2014) ha definito l'assistenza primaria come un *“sistema accessibile universalmente, centrato sulla Persona, che integri servizi sanitari e sociali, assicurati da team multiprofessionali e multidisciplinari, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra i pazienti e i loro caregiver in un contesto familiare o di comunità garantendo il coordinamento e la continuità delle cure”*. La definizione non si limita alla tutela della salute da un punto di vista biomedico, ma comprende anche aspetti socio-economici per le forti ripercussioni che questi ultimi hanno sulla vita delle persone.

I modelli internazionali

I modelli organizzativi di assistenza per i pazienti cronici adottati a livello internazionale sono tutti mirati a ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza attraverso il coordinamento e la continuità assistenziale all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte. Tra i più accreditati vi è il Chronic Care Model (e le sue evoluzioni) che individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio sistemico alle malattie croniche, creando una cultura, un'organizzazione e dei meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di qualità. Il modello prevede una puntuale definizione delle prestazioni, attività e servizi resi lungo definiti percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali (PDTA), condivisi da tutte le figure professionali coinvolte, dal paziente e dalla sua famiglia.

In realtà non esiste un unico modello di riferimento e comunque qualunque degli esistenti (a dire il vero molto simili tra loro) deve essere sperimentato sul campo ed adattato alla situazione locale, perché diverse sono le culture e l'approccio ai temi della cronicità e della non autosufficienza.

Tutti i modelli si basano sulla possibilità di stratificare la popolazione affetta da cronicità secondo gradi di complessità, in modo da fornire le informazioni necessarie per stabilire le tipologie di prestazioni da erogare e programmare gli interventi.

Particolarmente complessa è la classificazione dei gradi di non autosufficienza delle persone da cui dipende l'attivazione di servizi complessi residenziali e domiciliari: le schede di valutazione variano da Paese a Paese e tra aree dello stesso Paese.

Ciò rende difficile confronti e paragoni anche perché il Sistema Sociale risponde a criteri di erogazione delle prestazioni diversi da quelli adottati in Sanità: la compartecipazione alla spesa nel Sociale è legata spesso al reddito mentre, l'accesso alle cure sanitarie è, anche nei sistemi assicurativi obbligatori, universale.

La situazione in Italia e linee di tendenza

L'assistenza primaria è definita nei Livelli essenziali di assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) che riprendono le precedenti normative a riguardo: la Legge n. 158 del 13 settembre 2012, **decreto Balduzzi**, che introduce le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le Unità di cure complesse primarie (UCCP), il **"Patto della salute 2014-2016"** del 10 luglio 2014, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi e garantire l'appropriatezza delle prestazioni e l'unitarietà del sistema, ed il Piano nazionale della cronicità ratificato dalle regioni e province autonome il 15 settembre 2016 che definisce, per molte malattie croniche, le criticità dell'assistenza ed indica gli obiettivi generali di intervento.

In Italia, l'assistenza primaria rivolta ai pazienti cronici è più sviluppata rispetto ad altre realtà europee e vanta una percentuale minore di ricoveri inappropriati per patologie croniche come il diabete, l'asma, lo scompenso cardiaco. Negli anni si sono intensificate le iniziative regionali e provinciali per favorire la medicina proattiva spesso sviluppata all'interno di strutture polifunzionali (Case della salute, Presidi territoriali di assistenza, Ospedale di comunità, etc.), riconoscibili dalla popolazione come centri di riferimento extraospedalieri.

Tali strutture rappresentano la concreta realizzazione di quella che viene definita la „piattaforma delle cure intermedie”, dove professionisti del territorio e dell'ospedale, insieme ai professionisti del mondo sociale operano insieme secondo modelli organizzativi e gestionali condivisi.

Ciò non significa che questa sia l'unica strada percorribile: in alcune realtà regionali sono individuati *"soggetti gestori"* della cronicità ai quali sono affidati i compiti di rispondere ai bisogni dei cittadini costruendo reti di assistenza (modello CREG in Lombardia), in altre Regioni sono le forme associative dei medici di medicina generale che si fanno garanti dei percorsi assistenziali dei propri pazienti (Veneto), in altre (la maggioranza) sono prevalenti le "Case della salute" (Emilia-Romagna, Toscana, Marche), che secondo la recente indagine dell'Università Bocconi (Rapporto OASI 2017) sono oltre 300 in tutto il Paese.

I modelli adottati dalle Regioni e Province Autonome sono molto diversi tra loro e dipendenti da fattori complessi, non ultimo l'orografia del territorio, che, soprattutto nelle Province Autonome di Bolzano e Trento condiziona la distribuzione dei servizi e del personale.

La tendenza nazionale è orientata principalmente all'integrazione dei servizi ed alla creazione di piattaforme di integrazione ospedale-territorio.

La chiave di volta è il ruolo innovativo delle figure professionali dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti, degli infermieri e delle altre figure professionali chiamati al lavoro di gruppo, che si concretizza nella costituzione delle AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) ed UCCP (Unità complesse di cure primarie)

L'integrazione socio-sanitaria è uno dei temi più sentiti in tutte le regioni, alcune delle quali hanno predisposto da tempo Piani socio-sanitari regionali, di fatto integrando gli interventi sanitari con quelli sociali con particolare riferimento allo stato di non autosufficienza.

I percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali (PDTA) rappresentano il fulcro intorno al quale ruotano i servizi sanitari e sociali, divenendo così il PDTA integrato un Piano di presa in carico globale del paziente che si concretizza in un Piano assistenziale individuale (PAI). È da questo momento che inizia la reale presa in carico dei pazienti ai quali devono essere garantiti percorsi programmati, senza attese che possano vanificare i risultati in termini di soddisfacimento dei bisogni, coordinando gli interventi di altre istituzioni e coinvolgendo nelle scelte gli stessi pazienti e le loro famiglie.

Il Piano assistenziale non si limita, però, solo al territorio ma si espande e coinvolge l'ospedale con il quale l'integrazione deve essere garantita secondo concordate linee di indirizzo basate su un concreto dialogo tra il personale che lavora sul territorio e quello che lavora in ospedale, da realizzare attraverso la costituzione di gruppi permanenti che condividono modalità di ammissione e dimissione dei pazienti.

Tutto ciò implica una nuova vision ed una nuova organizzazione del Distretto, che è chiamato a programmare proattivamente la salute della comunità di riferimento fungendo da "facilitatore" dell'integrazione tra i servizi e tra le professionalità dell'Azienda Sanitaria. Le aree fondamentali che dovranno essere sviluppate nel "nuovo Distretto socio-sanitario" (come definito nel Patto per la salute), necessarie a garantire l'adeguato funzionamento delle nuove formule organizzative saranno: l'area formativa, quella della valutazione (per il monitoraggio in itinere ed annuale delle performance e dei risultati), quella socio-sanitaria (di estrema importanza per il potenziale derivante dall'integrazione con le risorse sociali dei Comuni e più in generale della comunità), nonché quella di partecipazione dei cittadini.

Strategico elemento del sistema di integrazione sanitaria e sociale nel territorio è il PUA (Punto Unico di Accesso), o altro sistema comunque denominato, che deve fornire risposte integrate socio-sanitarie ai bisogni di salute dei cittadini con funzioni di front office (accoglienza, ascolto, rilevazione bisogni, apertura fascicolo personalizzato, informazioni sui servizi della struttura e locali, primo orientamento) e di back office: prevalutazione casi segnalati, rapporto costante con i medici di medicina generale, aggiornamento della mappa dei servizi sul territorio. Il PUA è il principale attivatore poi delle Unità di valutazione multidimensionale, o comunque denominate e organizzate, per i casi più gravi, che dovranno, secondo schede di valutazione condivise, redigere piani personalizzati sanitari e sociali.

1. Il Piano della cronicità della PA di Bolzano: le ragioni di una scelta

La Provincia Autonoma di Bolzano, attraverso il presente Piano di durata triennale, si prefigge di potenziare l'attuale modello di assistenza alle persone affetti da cronicità con particolare riferimento alle persone non autosufficienti, promuovendo un maggiore dialogo tra i Servizi sanitari ed i Servizi sociali e tra i servizi extraospedalieri e quelli ospedalieri.

Le nuove forme di aggregazione dei medici di medicina generale (AFT) istituite a livello provinciale debbono operare in modo proattivo con le altre figure professionali del territorio per farsi carico dei pazienti affetti da patologie croniche dando seguito a condivisi percorsi assistenziali (diabete, BPCO, scompenso cardiaco, etc.) integrati con l'ospedale e con le altre strutture territoriali, in particolare quelle residenziali.

Specifici protocolli operativi condivisi ospedale-territorio-ospedale di ammissione e di dimissione ospedaliera dei pazienti cronici debbono essere predisposti ed adottati a livello provinciale.

I recenti accordi provinciali sottoscritti dai medici di medicina generale consentiranno di avviare i primi percorsi e la sperimentazione di modelli di presa in carico che dovranno prevedere la programmazione di spazi dedicati all'interno delle liste di attesa per l'esecuzione di indagini e visite specialistiche dei pazienti con patologie croniche, per contribuire alla riduzione dei ricoveri inappropriati ospedalieri e degli accessi ai Pronto Soccorso nonché delle liste d'attesa.

Nei casi più gravi il percorso si deve arricchire di interventi sociali condivisi nell'ottica di una presa in carico globale che si trasforma in un congiunto "progetto di vita".

Particolare attenzione sarà riservata all'assistenza domiciliare che dovrà essere implementata in tutte le sue forme, anche con la partecipazione del privato ed all'assistenza residenziale che, seppure più efficiente che in altre parti del Paese, dovrà essere rafforzata.

Fondamentale il coinvolgimento nella formulazione dei percorsi assistenziali del paziente e dei suoi familiari e delle Associazioni dei pazienti e di volontariato.

Per la realizzazione degli obiettivi di Piano saranno definiti strumenti condivisi di valutazione dei bisogni sanitari e sociali dei pazienti e sarà definito congiuntamente con i Servizi sociali il numero e la tipologia dei pazienti da trattare in regime residenziale e domiciliare.

Su tali basi sono fissati i seguenti **obiettivi strategici**:

- a) favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche secondo i diversi gradi di complessità adottando gli strumenti della medicina di iniziativa messi a disposizione sia dai nuovi accordi con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sia dai nuovi modelli del lavoro di gruppo con tutte le professionalità necessarie (infermieri, fisioterapisti, operatori sociali, assistenti alla persona, nuove figure professionali), promuovendo l'integrazione con le strutture ospedaliere;
- b) prevedere servizi sanitari e sociali che si fanno carico congiuntamente dei bisogni specifici della persona, della famiglia e della società con riferimento ai pazienti affetti da non autosufficienza, nel rispetto degli attuali Piani sanitario e sociale;
- c) migliorare l'offerta dei servizi integrati sociali e sanitari;
- d) utilizzare strumenti di governance che migliorino sul territorio, nel rispetto della programmazione sociale e sanitaria provinciale, l'utilizzo delle risorse per la cronicità, la non autosufficienza e la fragilità.

Gli **obiettivi organizzativi** da perseguire sono:

- riqualificare la rete dei servizi garantendo contemporaneamente la continuità assistenziale e i bisogni specifici della persona, della famiglia e della società;

- migliorare l'integrazione tra cure primarie, medicina specialistica, ospedale e Servizi sociali per offrire un modello di assistenza proattiva alla popolazione;
- prevedere l'utilizzo di percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali (PDTA) nella gestione delle patologie croniche per una reale presa in carico del paziente;
- redigere per la singola persona un Piano assistenziale individuale (PAI);
- rafforzare l'empowerment nel singolo e nella comunità.

I conseguenti **obiettivi operativi** sono:

- prevenire le malattie croniche attraverso programmi di promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- rilevare precocemente, utilizzando strumenti adeguati, la presenza nella popolazione di persone fragili o con patologie croniche;
- diffondere conoscenze su servizi e percorsi per aumentare le competenze nell'assistenza e cura alle persone affette da malattie croniche e ai loro familiari;
- facilitare un tempestivo accesso della persona e del famiglia al Servizio di assistenza e cura più appropriato;
- garantire sul territorio la corretta distribuzione e l'utilizzo di dispositivi, tecnologie e soluzioni informatiche ai disabili;
- evitare, o comunque ridurre, il numero degli accessi alle Strutture ospedaliere e dei ricoveri inutilmente prolungati di persone affette da patologie croniche o fragilità;
- promuovere l'aggiornamento professionale continuo del personale sanitario e sociale e la ricerca clinica e organizzativa.

Per ciascuno dei punti indicati sono descritti nel Piano le metodologie e gli strumenti per una corretta programmazione e pianificazione degli interventi che garantiscano:

- equità e omogeneità di accesso ai servizi in tutti i comprensori della Provincia;
- interoperabilità dei sistemi informativi;
- univocità del sistema di monitoraggio e di valutazione delle reti integrate e di valutazione del rischio;
- definiti meccanismi di supporto formativo e di aggiornamento professionale sia sanitario che sociale.

Nel raggiungimento degli obiettivi sarà posta particolare attenzione alle differenze epidemiologiche e orografiche della Provincia, tra le zone più periferiche ed i Comuni più grandi.

Specifiche risorse umane e finanziarie dovranno essere individuate in ambito sanitario e sociale per il potenziamento delle reti territoriali, anche dalla collegata riorganizzazione dell'area ospedaliera.

Per la redazione del presente Piano sono stati analizzati i principali e più noti modelli di gestione della cronicità a livello internazionale e nazionale che sono stati confrontati con la realtà provinciale al fine di individuare punti di forza e criticità dai quali partire per proporre i principali interventi da realizzare secondo un preciso cronoprogramma.

Il Piano, non calato dall'alto ma condiviso tra tutti gli Attori del sistema, tiene conto delle **normative** e iniziative **nazionali** in essere, nonché dei **provvedimenti provinciali** più importanti:

- il decreto sui nuovi LEA;
- la legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi);
- il Piano nazionale della cronicità 2016;
- il Patto per la salute 2014-2016;
- il Documento nazionale di „Linee di indirizzo per il potenziamento e l'armonizzazione dei modelli di assistenza primaria in Italia, con particolare riferimento al tema della cronicità” richiesto all'AGENAS da parte della Commissione salute della Conferenza Stato-Regioni;
- il Piano sanitario provinciale 2016-2020;

- il Piano provinciale sociale 2009.

La valutazione di quanto realizzato nel triennio costituirà la base per rimodulazioni e nuove implementazioni.

Il presente Piano è approvato dalla Giunta ai sensi della Legge provinciale 21 aprile 2017, n.3 e sottoposto alla Conferenza dei presidenti delle comunità comprensoriali, di cui all'articolo 18 della suddetta Legge provinciale, per la sua applicazione a livello comprensoriale secondo gli obiettivi organizzativi e operativi fissati dal Piano.

2. Sintesi della normativa provinciale

2.1 Il Piano sanitario provinciale 2016-2020

Il Piano sanitario provinciale ridisegna l'assetto del Servizio sanitario provinciale riorganizzando soprattutto il livello distrettuale dell'assistenza attraverso la multidisciplinarietà nell'erogazione delle prestazioni e la costruzione di reti di servizi in collegamento con l'ospedale.

Cresce il nuovo ruolo dei medici di medicina generale chiamati a lavorare in gruppo anche nel contesto di nuove strutture socio-sanitarie, nei quali concentrare i servizi sanitari e sociali per i pazienti più bisognosi.

In particolare, il Piano prevede l'attività di Sportelli Unici per l'assistenza e la cura, in applicazione dell'articolo 15-bis della legge provinciale 13/1991, oggi riconfermati dalla Delibera della GP del 7 luglio 2015, n. 817 e attualmente disciplinati dalla delibera della GP del 17 luglio 2018, n. 704, che sono centri unici multidisciplinari, nei quali collaborano operatori dell'Azienda Sanitaria, del sociale e delle strutture residenziali con i seguenti compiti:

- fornire informazioni sulle diverse prestazioni disponibili;
- compiere una prima valutazione dello stato di bisogno della persona da curare;
- definire interventi immediati necessari e seguirne l'applicazione;
- coordinare le prestazioni e gli interventi di assistenza tra i vari servizi coinvolti;
- nominare un responsabile dell'assistenza con il compito di farsi carico del caso e seguirlo nel tempo.

Gli obiettivi nel campo della cronicità sono quelli legati al miglioramento della presa in carico dei pazienti e dell'assistenza alle persone non autosufficienti.

Il Piano prevede, inoltre l'istituzione di posti letto di transito e posti letto di cure intermedie.

2.2 Il Piano sociale provinciale 2007-2009

Il Piano sociale 2007-2009 rappresenta il principale strumento di programmazione dei Servizi sociali nella Provincia Autonoma di Bolzano ed è incentrato su due pilastri fondamentali: il rafforzamento della responsabilità dei cittadini in un'ottica di sussidiarietà (auto-aiuto) e il valore della solidarietà, alla base di una cultura sociale che metta al centro il diritto delle persone non autosufficienti all'assistenza, delle persone con disabilità al lavoro, delle famiglie a ricevere sostegni, delle persone in difficoltà di avere risposta ai loro bisogni.

Per raggiungere questi obiettivi il Piano punta sulla rete di rapporti con le Associazioni, le Cooperative, e le altre organizzazioni anche private, auspicando *“anche una crescente collaborazione con i servizi sanitari”*, lavorando *“a un continuo scambio di sapere ed esperienze tra pubblico e privato”* per sviluppare un Servizio sociale evoluto e di qualità.

Nel campo dell'assistenza, con particolare riferimento alla non autosufficienza, il Piano prevede di:

- a) sostenere coloro che si prendono cura dei propri cari,
- b) approvare la legge provinciale “Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti” e istituire il Fondo per la non autosufficienza,
- c) introdurre un nuovo sistema di rilevamento del fabbisogno assistenziale,
- d) esaminare e valutare gli effetti della legge sugli interventi ai non autosufficienti.

Da un punto di vista gestionale la pianificazione dell'assistenza è improntata a:

- a) definire gli standard di cura e di prestazione,
- b) sviluppare il sistema informativo provinciale per i Servizi sociali, puntando a una maggiore integrazione nei sistemi di informazione dei Distretti sociali e sanitari.

Il piano punta sulla “*promozione della cooperazione tra tutti gli erogatori dei servizi sociali e sanitari*” anche privati e promuove il rafforzamento della residenzialità (ad oggi 4.356 posti letto).

3. Definizione di cronicità, disabilità, fragilità e non autosufficienza

La WHO definisce le malattie croniche come un insieme di condizioni patologiche eterogenee, ad eziologia multifattoriale, legata a fattori di rischio complessi derivanti dall'interazione tra fattori genetici ed ambientali, per le quali l'obiettivo principale non è la guarigione, bensì il mantenimento di una buona qualità di vita e la prevenzione di possibili complicanze. Le condizioni croniche sono accomunate da una lunga latenza patogenetica ed esordio graduale, lunga durata e lenta progressione che porta in genere verso un progressivo aggravamento e che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni.

Il termine “*malattia cronica*” o “*cronicità*” comprende: (WHO, 2002):

- condizioni non trasmissibili;
- condizioni trasmissibili persistenti;
- disturbi mentali persistenti;
- disabilità fisiche permanenti.

Lo stato di salute e il benessere della persona affetta da una o più malattie croniche non dipende però solamente da fattori biologici, specifici per la malattia, ma anche da determinanti sociali, p.es. dallo status socio-familiare, economico, ambientale, l'accessibilità delle cure, che interagiscono fra di loro in maniera dinamica. Il livello della risposta assistenziale è individuato dal carico di cronicità che comprende:

- **malattie croniche in fase iniziale, non complicate** (nelle quali l'autogestione svolge il ruolo principale);
- **malattie croniche complicate** (si tratta di persone con bisogni complessi che necessitano di una presa in carico sul territorio costante e programmata ed una gestione integrata attraverso il raccordo continuo tra professionisti sul territorio ed ospedalieri);
- **malattie croniche complesse** (si tratta di situazioni di complessità tale da richiedere spesso il ricovero ospedaliero seguito da lunghe fasi di riabilitazione, una maggiore integrazione con i Servizi sociali sia domiciliari che residenziali e semiresidenziali).

La malattia cronica di per sé non è una *disabilità*, ma lo diventa quando subentra un danno organico e/o funzionale, che comporta la perdita della capacità operativa della persona (WHO-ICF 2002).

La “*fragilità*”, infine, si riferisce alle persone che manifestano grande complessità medica e vulnerabilità, malattie con presentazioni atipiche o oscure, grossi problemi cognitivi, affettivi e funzionali e che sono particolarmente suscettibili alla iatrogenesi, spesso socialmente isolati, economicamente poveri e ad altro rischio di istituzionalizzazione prematura o inappropriata (*National Institute of Health, 1988*).

La disabilità indica la perdita funzionale, mentre la fragilità indica uno stato di instabilità e di rischio di perdita della capacità funzionale della persona o di ulteriore perdita di funzione.

La gestione delle malattie croniche a livello di popolazione richiede sistemi di classificazione e stratificazione del rischio, strumenti per valutare qualità ed esiti e modelli organizzativi innovativi. La stratificazione della popolazione delle persone affette da malattie croniche deve portare alla integrazione tra i diversi livelli di cura e assistenza. La WHO stessa sottolinea la necessità di modelli assistenziali integrati e centrati sulla persona e sulla famiglia per la gestione e il finanziamento dei servizi individuando e adattando localmente il mix di interventi più appropriato al contesto specifico, in base agli assetti istituzionali e alle specificità organizzative, finanziarie e i valori di contesto.

Non tutte le persone affette da patologie croniche sono non autosufficienti, ma possono diventarlo. “*La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le normali*

azioni della vita quotidiana, ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale che si concretizzano in un adeguato reddito, un'abitazione con caratteristiche microclimatiche, strutturali e di accesso compatibili con l'igiene e la sicurezza dell'ambiente e dell'individuo e una rete sociale protettiva¹.

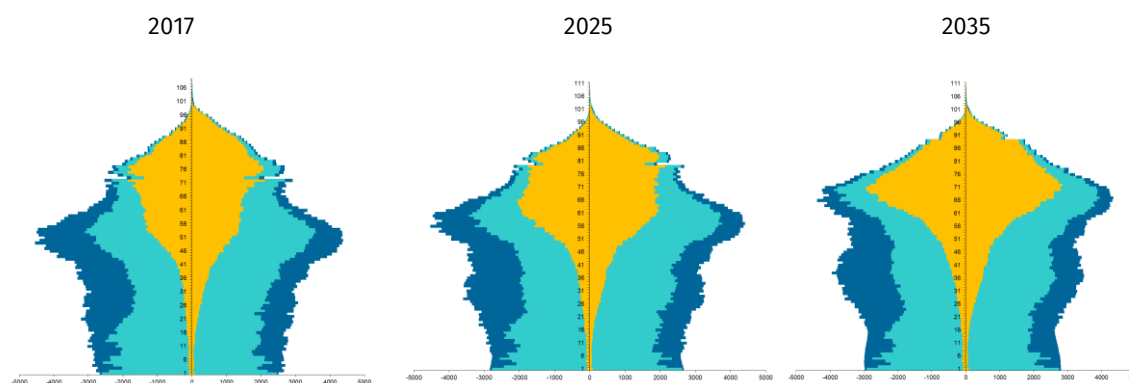
Nel presente Piano sono recepite ed adottate le definizioni internazionali sopra riportate.

¹ L.Beltrametti, I. Mastrobuono, R. Paladini: *L'assistenza ai non autosufficienti: aspetti di politica economica e fiscale*. Relazione per il Gruppo di lavoro intercommissione del CNEL sulla riforma fiscale, anno 2000. La definizione esprime un concetto ampio di non autosufficienza che ingloba anche gli aspetti di natura sociale e di relazione e si ispira alle definizioni adottate in molti Paesi industrializzati dove vigono Fondi ad hoc come la Germania ed i Paesi Bassi.

4. Evoluzione della cronicità e fragilità nella Provincia Autonoma di Bolzano

I cambiamenti demografici nella popolazione altoatesina (527.750 abitanti nel 2017) stanno producendo un progressivo invecchiamento della popolazione: la **quota di anziani** (65 e più anni), attualmente pari al **19%** (circa 103.000 persone), era del 6% negli anni '30 del secolo scorso ed è destinata a diventare del 30% entro il 2045. Circa il **29%** della popolazione altoatesina è attualmente affetto da almeno una malattia cronica. Combinando gli effetti dei cambiamenti demografici e dell'evoluzione della cronicità si può stimare che **il numero dei malati cronici crescerà dai 155.000 attuali ai 191.000 del 2035.**

Previsioni popolazione residente, con base popolazione al 01.01.2017



Fonte: Demo Istat 2017, scenario mediano, Mappatura patologie croniche 2017, Osservatorio per la salute

L'Osservatorio per la salute della Provincia autonoma di Bolzano ha avviato dal 2004 il **progetto „Mappatura delle patologie croniche”** che, sfruttando i flussi di dati amministrativi già esistenti, come il ricorso ai ricoveri ospedalieri, le terapie farmacologiche o specialistiche, ha stimato il numero di pazienti affetti da cronicità, studiando 36 differenti patologie croniche.

Di seguito sono riportati i dati delle più diffuse patologie croniche e del relativo tasso di ospedalizzazione, che, per due situazioni in particolare, appare di gran lunga al disopra dei valori nazionali, a dimostrazione di un insufficiente sviluppo dei servizi territoriali e di una particolare situazione della rete ospedaliera.

Principali patologie croniche - Provincia Autonoma di Bolzano Anno 2017

Patologia cronica	Prevalenza percentuale	N. Pazienti (valore assoluto)	Comprensorio sanitario di maggiore diffusione	Tasso di ospedalizzazione per 100.000 ab.
Insufficienza renale cronica	1,2 %	6.445	Bolzano	66,6
Diabete (Tipo II)	4,0 %	21.165	Merano	57,2 (32,8 media Regioni Network)
BPCO	3,2 %	17.088	Bolzano	61,4 (49,4 media Regioni Network)
Alzheimer e demenze	0,8 %	4.118	Bolzano	51,1
Tiroidite di Hashimoto	1,6 %	8.314	Bolzano	-

Fonte: Osservatorio per la salute - Mappatura delle patologie croniche

A seguito dell'impianto definito dallo Statuto di autonomia e delle competenze da questo derivanti, la Provincia Autonoma di Bolzano presenta, nel campo dell'assistenza alle persone non autosufficienti, diverse specificità rispetto alla situazione nazionale.

Sul piano organizzativo, diversi servizi ed interventi che a livello nazionale rientrano nelle attività e competenze del settore sanitario, fanno riferimento – politicamente e amministrativamente – al settore sociale. Ciò vale per esempio per diversi servizi di assistenza a favore delle persone non autosufficienti, nonché per la gestione di alcuni interventi di sostegno economico alle famiglie con persone non autosufficienti.

Un intervento particolarmente significativo nel settore della non autosufficienza è l'introduzione dell'assegno di cura, avvenuta con legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9, "Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti".

Il principale obiettivo perseguito con tale legge, che ha sistematizzato e significativamente migliorato alcuni interventi già in precedenza esistenti, è il potenziamento del sostegno a favore delle famiglie con persone non autosufficienti, siano esse anziani o persone disabili.

Il sostegno è in prima linea finanziario, tramite l'erogazione di un assegno di cura articolato in 4 livelli e con importi mensili che vanno da 560 € a 1.800 €, ma indirettamente anche di prestazioni e servizi, dato che la maggiore capacità economica consente alle famiglie di fare meglio fronte alle spese legate all'assistenza e cura. L'approccio scelto è stato quello di dare ampia autonomia e responsabilità alle famiglie nell'utilizzo dell'assegno e nell'organizzazione delle soluzioni assistenziali.

Il diritto all'assegno di cura e la sua entità, articolata come detto in 4 livelli, sono legati unicamente all'accertamento di una condizione di non autosufficienza, oltre che a requisiti di residenza. Ai sensi della legge si intende per non autosufficiente *"una persona incapace in misura rilevante e permanente, a causa di patologie o disabilità fisiche, psichiche o mentali, di svolgere le attività della vita quotidiana negli ambiti costituiti da alimentazione, igiene personale, funzioni escretorie, mobilità, vita psico-sociale e conduzione dell'economia domestica, e che necessita pertanto dell'aiuto regolare di un'altra persona, mediamente per più di due ore al giorno alla settimana"* (art. 2). Per accertare la condizione di non autosufficienza è stato definito un apposito strumento di valutazione ("VITA") ed istituiti dei team territoriali socio-sanitari che svolgono le valutazioni ai fini della concessione dell'assegno di cura.

L'assegno di cura viene erogato, con modalità diverse, sia a favore di persone assistite presso il proprio domicilio, sia a favore di persone accolte in strutture residenziali per anziani o persone disabili.

I beneficiari sono attualmente circa 18.000, suddivisi in circa 13.500 persone assistite a domicilio e 4.500 persone ospitate in strutture residenziali.

Una ulteriore importante innovazione è stata l'introduzione degli "Sportelli Unici di assistenza e cura", avvenuta nel 2013, meglio definiti recentemente con la DP 704/2018. Si tratta di servizi territoriali socio-sanitari che puntando ad offrire alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie un punto di accesso unico, con una offerta che è principalmente di informazione, orientamento ed indirizzamento verso la soluzione più adeguata. Gli sportelli territoriali, articolati su base distrettuale, vedono la presenza di operatori dell'Azienda Sanitaria, dei Servizi sociali e delle Residenze per anziani.

La Provincia Autonoma di Bolzano, nel 2017, ha erogato l'assegno di cura per almeno una mensilità a quasi 19.000 persone non autosufficienti, pari a circa il 3% della popolazione residente. Complessivamente sono stati destinati a questo scopo circa 119 milioni di Euro per le persone che vivono presso il proprio domicilio e circa 94 milioni di Euro per gli ospiti delle residenze per gli anziani e ai centri per lungodegenti (circa 4.300 beneficiari).

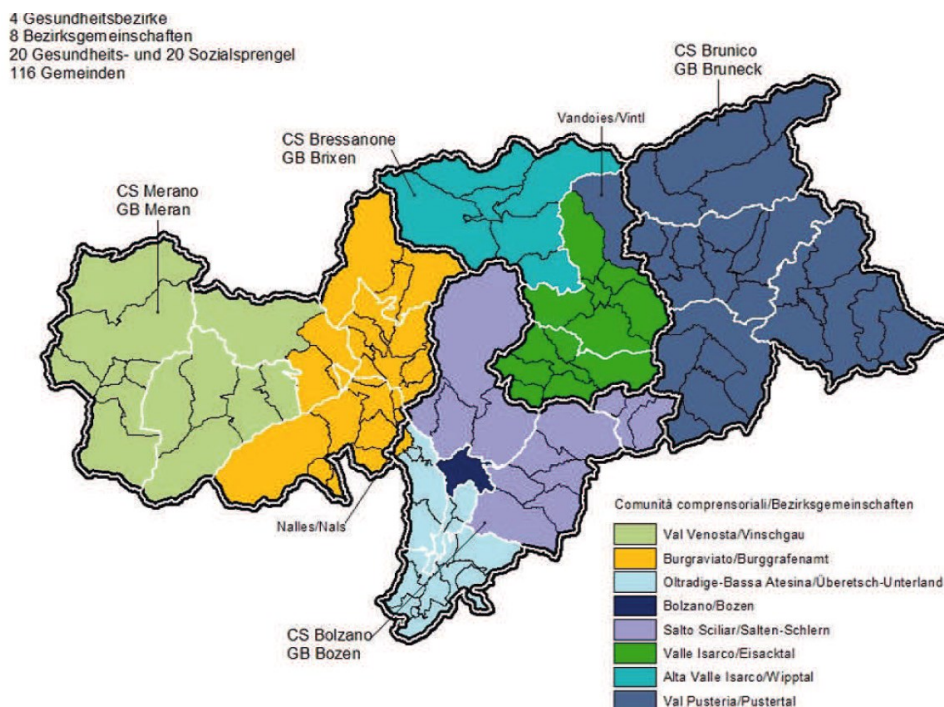
Complessivamente, nella Provincia Autonoma di Bolzano la spesa per il settore delle politiche sociali nel 2017 si è attestata a 474,3 milioni di Euro di cui, circa la metà è stata assorbita dalle prestazioni assistenziali e previdenziali (278 milioni di Euro), la gran parte delle quali è confluita nell'assegno di cura.

Nel campo dell'assistenza domiciliare, sono state erogate quasi 305.000 ore di assistenza a favore di 5.475 persone, di cui il 46,25% a favore di persone anziane ed il 25,97% a favore di persone con cronicità. I posti letto nelle residenze per anziani sono aumentati da 4.247 a 4.356 confermando il trend di crescita di circa 110 posti letto all'anno.

5. Punti di forza e debolezza del livello di assistenza distrettuale

L'assistenza sanitaria distrettuale nella Provincia Autonoma di Bolzano è descritta nella Relazione Sanitaria annuale (<http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/relazione-sanitaria.asp>).

La provincia è organizzata in 4 Comprensori Sanitari (Bolzano, Merano, Brunico e Bressanone) e 20 distretti sanitari. Accanto ai Comprensori sanitari operano 8 Comunità Comprensoriali con complessivamente 20 distretti sociali, come riportato nella figura seguente:



I bacini di utenza dei 20 distretti sanitari e dei 20 distretti sociali si sovrappongono territorialmente giustificando la definizione in termini programmatici di Distretto sociale e sanitario integrato.

Dall'analisi della situazione dei servizi territoriali, che è stata condotta in parallelo a quanto previsto nel Piano Sanitario provinciale, emergono i seguenti punti di forza e debolezza del sistema di presa in carico dei pazienti cronici.

5.1 Punti di forza

La Provincia Autonoma di Bolzano ha avviato negli anni una serie di iniziative sanitarie e sociali che hanno permesso il raggiungimento importanti obiettivi di salute. Ne sono una dimostrazione:

- la stratificazione della popolazione e conseguente classificazione dei pazienti cronici che, seppure in evoluzione e perfezionamento, consente di avere a disposizione sufficienti dati sulle principali patologie croniche;
- l'operatività di un sistema sociale all'avanguardia, fortemente sostenuto ed efficiente con una presenza capillare di strutture per anziani dotate di un numero di posti letto superiore alla media nazionale ma ancora al di sotto dei valori internazionali;
- la presenza di figure professionali dedicate all'assistenza territoriale;

- un buon grado di appropriatezza prescrittiva dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta testimoniata dal basso numero di ricette per paziente rispetto alla media italiana;
- la creazione di posti letto di transito e di cure intermedie.

5.2 Punti di debolezza

Le principali criticità registrate nel livello distrettuale sono:

- la non ottimale integrazione tra il settore sanitario e sociale che non consente una presa in carico condivisa dei pazienti più complessi, ma origina flussi assistenziali non coordinati e spesso autoreferenziali. Fanno eccezione quelle situazioni locali dove sulla scorta di iniziative personali sono predisposti piani di assistenza condivisi anche se su supporti informativi cartacei distinti;
- la carenza di alcune figure professionali:
 - a) medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
 - b) infermieri distrettuali;
 - c) personale riabilitativo (fisioterapisti, terapisti occupazionali);
 - d) personale sociale;
- l'assenza di una rilevazione strutturata e continua delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare (flusso Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD);
- l'elevato numero di accessi al Pronto Soccorso;
- la mancanza delle Unità di Valutazione Multidimensionale e di strumenti validati utilizzabili per la rilevazione e la valutazione del bisogno assistenziale sanitario e sociale;
- l'eccessiva ospedalizzazione di persone con patologie croniche;
- le lunghe liste di attesa;
- la carenza di strumenti informativi/informatici condivisi tra sanitario e sociale.

6. L'integrazione socio-sanitaria nella PA di Bolzano

Un nodo cruciale per gli aspetti istituzionali è la presenza di un rapporto stabile tra Azienda Sanitaria, nelle sue declinazioni territoriali rappresentate dai Comprensori, Distretti e le Comunità comprensoriali/Azienda Servizi Sociali di Bolzano, affinché gli atti di programmazione "locale", secondo la normativa vigente (Programma delle Attività Territoriali, Piani sociali di Zona, Ambito, ecc.) condividano gli obiettivi di salute per persone con non autosufficienza e cronicità, quindi attività di cura, riabilitazione, reinserimento nella vita sociale, orientate nel senso di una continuità assistenziale per le diverse fasi della vita.

La stretta connessione tra sanità e sociale è indispensabile per affrontare congiuntamente i problemi legati a:

- promuovere una epidemiologia locale delle fragilità/cronicità con percorsi assistenziali per le cronicità ricorrenti: PDTA e altre classificazioni, cui applicare anche budget di salute standardizzati;
- utilizzare per la valutazione/classificazione dei gradi di fragilità o non autosufficienza scale condivise;
- regolare i passaggi tra i "setting" per evitare intoppi, tempi morti e ostacoli ai progetti di cura e recupero;
- adottare modelli assistenziali tipo "reti", già sperimentati e consolidati (es. Chronic Care Model) in cui trovano spazio e confluenza le prestazioni sanitarie, di assistenza e aiuto personale, dove la continuità assistenziale è il metodo, anche per facilitare la riabilitazione e l'integrazione e la socializzazione per le disabilità che escludono la persona dai circuiti sociali abituali.

Lo Sportello unico di assistenza e cura (SUAC) previsto dalla legge provinciale 13/91 e confermata nel Piano sanitario provinciale, è il luogo dove il cittadino può trovare le risposte ai suoi bisogni, mentre le Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) definiscono i migliori percorsi di presa in carico per i pazienti più gravi e socialmente in maggiori difficoltà.

6.1 Gli Sportelli Unici di Assistenza e Cura (SUAC)

Nella Provincia Autonoma di Bolzano esistono Sportelli di assistenza e cura come appresso descritti, ma non è attiva alcuna unità di valutazione multidimensionale e multiprofessionale per la predisposizione dei piani assistenziali individuali.

Con delibera provinciale GP del 17 luglio 2018, n. 704, essi sono stati nuovamente regolamentati. Gli Sportelli unici offrono, in un unico o più punti logistici, attraverso idoneo personale sociale e sanitario qualificato, le prestazioni relative a tutti i servizi che si trovano nel rispettivo ambito territoriale, che corrisponde di regola a quello di un distretto sociale e sanitario.

Gli Sportelli unici si rivolgono prioritariamente a tutte le persone che necessitano di assistenza e cura, alle loro famiglie e alle persone di riferimento, in tutte le fasi della non autosufficienza.

Gli Sportelli unici sono istituiti, organizzati e gestiti attraverso la partecipazione paritetica - in termini di risorse umane o finanziarie - di tutti i servizi coinvolti (enti gestori dei Servizi sociali, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, strutture residenziali per anziani accreditati).

La distribuzione degli attuali SUAC è riportata nella seguente tabella.

GB / CS	Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)		Gesundheits- und Sozialsprengel / Distretti sanitari e sociali		Anlaufstellen für Pflege und Betreuung / Sportelli unici per l'assistenza e cura	
	Nr	Gemeinden / Comuni	Name / Nome	Ort / Località	Name / Nome	Ort / Località
BOZEN	AFT 101_1	St. Ulrich - St. Christina - Wolkenstein	Gröden	St. Ulrich	Gröden	St. Ulrich
	AFT 101_2	Kastelruth	Eggenal - Schlern	Kardaun	Eggenal/Schlern	Kastelruth
		Deutschnofen - Welschnofen - Karneid - Seis - Tiers				Kardaun
	AFT 101_3	Ritten	Salten - Sarntal - Ritten	Bozen	Salten-Sarntal-Ritten	Ritten
		Sarntal				Sarntal
	AFT 101_4	Mölten + Jenesien	Überetsch	St. Michael	Überetsch	Mölten
		Eppan - Kaltern				St. Michael
	AFT 101_5	Andrian - Nals - Terlan	Leifers - Branzoll - Pfatten	Leifers	Leifers/Branzoll/Pfatten	Leifers
		Leifers - Branzoll - Pfatten				Leifers
	AFT 101_6	Aldein - Altrei - Auer - Truden	Unterland	Neumarkt	Unterland	Neumarkt
		Montan - Salurn				Neumarkt
	AFT 101_7_1	Kurtatsch - Kurtinig - Magreid - Tramin	Bozen	Bozen	Bozen	Loew-Cadonna Platz
	AFT 101_7_2	Bozen 1				
	AFT 101_7_3	Bozen 2				
AFT 101_7_4	Bozen 3					
MERAN	AFT 102_1	Obervinschgau	Obervinschgau	Mals	Obervinschgau	Mals
	AFT 102_2	Mittelvinschgau	Mittelvinschgau	Schlanders	Mittelvinschgau	Schlanders
	AFT 102_3	Naturns Umgebung	Naturns Umgebung	Naturns	Naturns	Naturns
	AFT 102_4	Lana - Tisens - Tschermers - Burgstall - Gargazon - St. Felix	Lana Umgebung	Lana	Lana	Lana
		St. Pankraz - Ulten - Laurein - Proveis				Lana
	AFT 102_5_1	Meran Umgebung 1	Meran Umgebung	Meran	Meran	Meran
AFT 102_5_2	Meran Umgebung 2	Meran Umgebung	Meran	Meran	Meran	
AFT 102_6	Passeier	Passeiertal	St. Leonhard	Passeier	Passeier	
BRIXEN	AFT 103_1	Wipptal	Wipptal	Sterzing	Wipptal	Sterzing
	AFT 103_2_1	Brixen Umgebung 1	Brixen Umgebung	Brixen Umgebung	Brixen	Brixen
	AFT 103_2_2	Brixen Umgebung 2	Brixen Umgebung	Brixen Umgebung	Brixen	Brixen
	AFT 103_3	Klausen	Klausen Umgebung	Klausen	Klausen	Klausen
BRUNECK	AFT 104_1	Taufers - Ahrntal	Tauferer Ahrntal	Sand in Taufers	Tauferer Ahrntal	Sand in Taufers
	AFT 104_2_1	Bruneck Umgebung 1	Bruneck Umgebung	Bruneck	Bruneck	Bruneck
	AFT 104_2_2	Bruneck Umgebung 2	Bruneck Umgebung	Bruneck	Bruneck	Bruneck
	AFT 104_3	Hochpustertal	Hochpustertal	Innichen	Hochpustertal	Innichen
AFT 104_4	Gadertal	Gadertal	St. Martin in Thurn	Gadertal	St. Martin in Thurn	

6.2 SUAC e Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP): sperimentazione

Al fine di consentire una integrazione maggiore tra sanità e sociale anche attraverso l'utilizzo condiviso di strumenti di valutazione e decisionali è avviata una sperimentazione di una Unità per la predisposizione condivisa del Piano assistenziale individuale PAI (UPCP, mai avviata precedentemente) presso il Comprensorio di Bolzano, distretto socio-sanitario di Gries-San Quirino con sede in piazza Loew Cadonna come forma di sviluppo dell'attuale Sportello unico di assistenza e cura (SUAC).

Sarà avviata anche una sperimentazione presso il Distretto di Lana per l'ulteriore sviluppo del SUAC attivo.

Nei casi a elevata complessità (paziente con patologia cronica, dunque richiedente una specifica progettualità), il SUAC attiva l'Unità per la predisposizione del PAI (UPCP) e contestualmente le trasmette una scheda di segnalazione-accesso contenente le principali informazioni necessarie per avviare un Piano assistenziale individuale.

Le principali funzioni dello Sportello Unico sono quelle attuali di **front office**: accoglienza, ascolto, rilevazione bisogni, apertura fascicolo personalizzato, informazioni sui servizi della struttura e locali, primo orientamento; mentre nel **back office** della sperimentazione si svolgono i seguenti compiti: prevalutazione casi segnalati, rapporto costante con i medici di medicina generale, aggiornamento della mappa dei servizi sul territorio.

Il personale infermieristico e del sociale che operano nel front office lavorano anche nel back office.

Lo sportello unico di assistenza coadiuvato da personale amministrativo registra e valuta tutte le richieste di presa in carico pervenute, operando da filtro in grado di facilitare i percorsi di cura e

assistenza immediatamente attivabili da parte dei servizi e rimandando alla valutazione dell'Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) solo i casi più complessi.

Gli **obiettivi** sono:

- semplificare l'informazione e favorire l'accesso appropriato ai servizi;
- promuovere l'integrazione tra attività sanitaria e attività sociale;
- realizzare la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto ed in modo condiviso alle Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del Piano assistenziale individuale;
- promuovere l'integrazione ospedale territorio.

La **valutazione multidimensionale** è parte fondamentale del processo di presa in carico globale della persona coll'obiettivo di trovare assieme alla persona e famiglia una soluzione soddisfacente, sulla base dell'offerta al momento disponibile. In particolare, si tratta del momento valutativo che esplora in maniera sistematica le diverse dimensioni della persona nella sua globalità e multidimensionalità. Le dimensioni oggetto di valutazione riguardano: la dimensione clinica, la dimensione funzionale (delle abilità), la dimensione cognitiva, la situazione socio-relazionale-ambientale. Altre dimensioni e/o funzioni possono essere esaminate in maniera più o meno approfondita a seconda dei momenti della presa in carico. Tre infatti possono essere i momenti valutativi: ex ante, intermedia, ex post. La valutazione multidimensionale si configura infatti come un'operazione dinamica e continua che segue l'anziano/disabile nel suo percorso dentro la rete dei servizi socio-sanitari e ne rappresenta nel tempo l'evoluzione.

Per effettuare il proprio giudizio valutativo l'Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) si avvale di strumenti validati e concordati, che indagano i seguenti domini: la salute fisica, la salute psichica, l'autonomia funzionale e il fabbisogno sociale. La valutazione multidisciplinare così ottenuta ha come finalità:

- permettere di definire un progetto di intervento individualizzato capace di attivare le risorse più appropriate ed evitare la frammentazione delle risorse e degli obiettivi di intervento;
- pianificare l'erogazione dei Servizi per il cittadino secondo i criteri di necessità, priorità e risorse disponibili sul territorio;
- individuare in base alle esigenze specifiche della persona presa in carico la figura del Case Manager;
- attribuire compiti e responsabilità dei vari professionisti che prendono in carico la persona nel processo assistenziale;
- promuovere azioni concordate con tutti i soggetti interessati, compresa la persona e i suoi familiari, capaci di offrire soluzioni non solo personalizzate ma anche adeguate e appropriate;
- permettere la revisione periodica dei progetti individualizzati con lo scopo di assicurare nel tempo la migliore appropriatezza rispetto agli indicatori prescelti.

L'Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) viene attivata su specifica segnalazione del SUAC attraverso apposita scheda condivisa, per rispondere ad una condizione di elevata complessità che richiede una progettualità multiprofessionale e multidimensionale.

L'Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UCPC) è formata da:

- un nucleo fisso composto da un Medico di Distretto o da un Medico dell'Azienda Sanitaria incaricato, dall'infermiera domiciliare, dall'operatore sociale (dell'Azienda Sanitaria, Comunità Comprensoriali, Azienda Servizi Sociali di Bolzano), da un rappresentante delle residenze per anziani e da un funzionario amministrativo con la funzione di segretario della commissione. Il nucleo fisso è integrato dal medico di medicina generale della persona valutata. Alla seduta della Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) può essere

invitato anche il familiare che partecipa al progetto assistenziale oltre alla persona da sottoporre alla valutazione multidimensionale;

- un nucleo allargato composto da professionalità attivate per problemi specifici in funzione delle specifiche competenze, che partecipano alla valutazione multidimensionale con i componenti del nucleo fisso e alla ricerca di una soluzione.

L'Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) predispone per l'equipe socio-sanitaria che prende in carico il paziente, un piano di intervento individualizzato in favore della persona verso cui dirige l'aiuto. La progettazione è un fondamentale strumento di lavoro per tutte le figure professionali coinvolte, poiché permette loro di orientarsi verso la meta prefissata stabilendo uno specifico piano (PAI).

Il piano assistenziale individuale di intervento individualizzato è caratterizzato da:

- analisi multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni del paziente e della famiglia;
- definizione degli obiettivi;
- rilevazione delle risorse disponibili;
- pianificazione dell'attività;
- durata della progettualità;
- valutazione degli outcome.

L'Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) ha fra i compiti prioritari anche quello di individuare un Case Manager / responsabile del caso definito sulla base del bisogno prevalente e del piano formulato.

Il Case Manager è un membro individuato all'interno del team multiprofessionale, che si avvale della collaborazione di professionalità differenti, al fine di valutare, pianificare, implementare, coordinare, monitorare e selezionare le opzioni ed i servizi che possono soddisfare i bisogni individuali della persona e della sua famiglia, in ambito sanitario e sociale.

Il Case Management è uno strumento di integrazione, teso ad ottimizzare l'appropriatezza ed il rapporto costo/efficacia. Ciò significa assicurare che la persona riceva le cure giuste, al momento giusto, superando ogni possibile frammentarietà delle risposte assistenziali.

Il Direttore del Comprensorio Sanitario assegna il coordinamento della Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) ad una delle figure del team professionale con una specializzazione attinente alle problematiche della non autosufficienza. Il coordinatore dell'Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) dovrà orientare e facilitare la valutazione multidimensionale e allo stesso tempo garantire l'inquadramento complessivo delle condizioni di bisogno attraverso la definizione delle reciproche relazioni di tutte le variabili.

Inizialmente l'UPCP del Comprensorio di Bolzano verrà istituita, come già il SUAC, presso la struttura sita in piazza Loew Cadonna, e sarà la sede dove viene raccolta e valutata in prima istanza la richiesta di una prestazione assistenziale multiprofessionale e multidimensionale. Essenziale sarà la partecipazione dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano e dei rappresentanti delle residenze per anziani. Per la condivisione dei percorsi di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche che allo sportello si rivolgeranno o che adesso saranno segnalati attraverso l'adozione, sempre sperimentale, di condivisi strumenti di valutazione.

La sperimentazione si caratterizza come una evoluzione delle attuali attività dello Sportello esistente, una iniziativa non calata dall'alto ma che vede tutti gli attuali protagonisti partecipi di un condiviso Piano Assistenziale per i casi più gravi.

Secondo le raccomandazioni della WHO 2017 "Integrated care for older people - Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity", appare opportuno censire e valutare (e favorirne lo sviluppo) gli interventi volti a prevenire/ritardare il declino delle capacità cognitive degli anziani (e, quindi, le conseguenti disabilità e dipendenza) attraverso:

- piani integrati di controllo e mantenimento delle capacità individuali (mobilità, vista, udito, nutrizione, disturbi cognitivi, depressione);
- fornitura di adeguato supporto al paziente e ai caregivers;
- evitare l'eccessiva prescrizione di farmaci (politerapia) e i trattamenti non necessari.

7. La nuova rete dell'offerta: ruoli e compiti

La gestione della cronicità si articola nelle seguenti fasi:

- 1) stratificazione e targeting della popolazione;
- 2) promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;
- 3) presa in carico e gestione della persona e della famiglia anche attraverso il Piano assistenziale individuale (PAI) ed il relativo PDTA;
- 4) erogazione di interventi personalizzati;
- 5) valutazione della qualità delle cure e dell'assistenza erogate.

Perché ciò si realizzi è fondamentale che i diversi Attori del sistema partecipino ciascuno con proprie competenze alla costruzione dei percorsi di cura condivisi affinché vengano anche superate le numerose criticità che possono rallentare il processo di presa in carico dei pazienti cronici e non autosufficienti.

7.1 I comprensori sanitari

Il Compensorio sanitario svolge funzioni di programmazione del bisogno secondo le indicazioni fornite dal presente Piano, ed in particolare:

- a) valorizza e rafforza l'assistenza sanitaria territoriale;
- b) rileva e valuta il fabbisogno di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e il soddisfacimento del fabbisogno rilevato nel rispetto dei tempi di attesa definiti a livello aziendale;
- c) coordina i servizi sanitari con i servizi del settore sociale, al fine dell'integrazione socio-sanitaria;
- d) favorisce l'integrazione tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri;
- e) garantisce la continuità assistenziale.

Per tali ragioni esso deve operare in sintonia con le Comunità Comprensoriali/Azienda Servizi Sociali di Bolzano, che insistono nella stessa area, secondo modalità da concordare localmente per condividere, nel rispetto delle rispettive autonomie, le azioni per l'integrazione delle prestazioni sociali con quelle sanitarie per la coorte di pazienti individuata (cronici e non autosufficienti). All'interno dei gruppi deve essere garantita la presenza di rappresentanti delle residenze per anziani.

Spetta al Compensorio sanitario attivare le seguenti azioni:

- individuare, sulla base delle informazioni dell'Osservatorio per la salute provinciale, il numero e la tipologia di pazienti affetti da cronicità per i quali debbono essere avviati specifici PDTA;
- condividere con le Comunità Comprensoriali, e nel caso di Bolzano con l'Azienda Servizi Sociali, le prestazioni sociali che localmente possono essere garantite alle coorti di pazienti individuate che saranno seguite dai Servizi sociali in maniera concordata;
- integrare in rete le strutture operanti garantendo la condivisione delle informazioni, secondo le necessità dell'assistenza con particolare riferimento ai SUAC (Sportelli unici di assistenza e cura attualmente operanti) ed alle Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP);
- fornire le indicazioni ai distretti sanitari per la realizzazione sul campo del Piano di presa in carico dei pazienti cronici.

7.2 Il distretto sanitario ed il distretto sociale

I **distretti sanitari e sociali** si integrano per l'assistenza di pazienti affetti da patologie croniche condividendo percorsi assistenziali sanitari e sociali.

I distretti:

- garantiscono la tutela della salute e del benessere dei cittadini residenti;
- garantiscono la continuità dell'assistenza anche attraverso il pieno utilizzo delle risorse offerte dalla rete dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta.

I distretti sanitari e sociali garantiscono l'assistenza socio-sanitaria territoriale attraverso incontri periodici formalizzati per la presa in carico condivisa di pazienti affetti da patologie croniche, in collaborazione con i medici di medicina generale delle AFT del territorio, secondo le indicazioni fornite dai rispettivi Comprensori sanitari, Comunità comprensoriali e per Bolzano l'Azienda per i servizi sanitari di Bolzano.

Gli Sportelli unici di assistenza e cura (SUAC) regolamentati dalla delibera provinciale n.704 del 17 luglio 2018 sono organizzati e gestiti attraverso la partecipazione paritetica di tutti i servizi coinvolti (enti gestori dei Servizi sociali, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, strutture residenziali per anziani). Per la presa in carico e gestione dei pazienti gli Sportelli adotteranno su tutto il territorio provinciale documentazione omogenea basata sulle migliori *best practice* attualmente esistenti.

I risultati della sperimentazione di cui al cap. 6 saranno utilizzati per l'eventuale evoluzione organizzativa degli attuali Sportelli (SUAC).

7.3 Le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) dei medici di medicina generale

Nessun modello di presa in carico dei pazienti cronici potrà mai realizzarsi se i medici di medicina generale non saranno messi nella condizione di svolgere al meglio il loro lavoro, profondamente modificato dall'ingresso dei nuovi e più moderni metodi di organizzazione del lavoro prevalentemente in squadra.

I recenti Accordi provinciali dell'agosto 2017 e del febbraio 2018 hanno delineato i compiti dei medici di medicina generale e individuato un percorso per il funzionamento delle Aggregazioni dei medici con riferimento in particolare ai pazienti affetti da patologie croniche.

L'individuazione di percorsi per pazienti cronici spetta al Comitato provinciale di cui all'articolo 3 dell'Accordo del 1. agosto 2017 (composto da rappresentanti di Assessorato, Azienda e Organizzazioni sindacali) che si avvale del Comitato aziendale.

L'accordo del 1 agosto 2017 (integrazione al precedente del 2015) fissa agli articoli 9 e 9bis i requisiti e le modalità di funzionamento delle 26 Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), riportate nell'Accordo siglato a febbraio 2018.

L'Aggregazione funzionale territoriale (AFT) è un raggruppamento funzionale, mono-professionale di Medici di Medicina Generale (MMG), incaricato di garantire per l'intera giornata la tutela della salute della popolazione di riferimento.

Nelle AFT sono presenti MMG titolari di scelte e/o incarichi a rapporto orario.

I medici dell'AFT mantengono il proprio studio e possono svolgere anche parte della loro attività, a rotazione o in modo coordinato, presso una sede di riferimento, che può essere luogo unificato di

erogazione di servizi della stessa AFT (necessario in questo caso accordo con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige).

I medici aggregati in AFT sono collegati in rete tra di loro, e hanno il compito di:

- condividere dal punto di vista informatico il servizio anagrafe persone, gestione, scelta e revoca MMG, prescrizione terapeutica e numero ricetta elettronica, esenzione per reddito e ticket, certificazione telematica e malattia INPS;
- operare in integrazione con altri medici e perseguire con i colleghi obiettivi di assistenza sanitaria per tutta la settimana.

L'AFT si coordina e si integra con gli altri attori territoriali ed ospedalieri del Sistema Sanitario Provinciale, contribuendo alla governance e alla realizzazione della assistenza sanitaria programmata dalla Provincia Autonoma di Bolzano e dall'ASDAA.

Il territorio di riferimento dell'AFT è intradistrettuale, può ricomprendere uno o più ambiti territoriali o un ambito territoriale può essere coperto da più AFT a seconda del numero degli assistiti.

L'Azienda sanitaria affida il coordinamento organizzativo e la integrazione professionale dei medici della AFT, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali, raccordandosi con il Distretto territorialmente competente e con l'Azienda Sanitaria, ad un referente scelto tra e da i medici convenzionati in essa operanti tra quelli disponibili a svolgere tale funzione.

Di particolare importanza il ruolo di segnalazione alla Direzione medica del proprio Comprensorio di eventi quali atti di violenza, cadute dei pazienti, suicidio, infezioni correlate all'assistenza, etc.

Sono state attivate 26 AFT nella Provincia (con un bacino di utenza non superiore a 30.000 abitanti).

7.4 L'infermiere di famiglia e di comunità

L'assistenza infermieristica di famiglia e di comunità si basa sull'approccio della Family Health Nurse dell'Organizzazione mondiale della Sanità WHO (2000) e del Family Systems Nursing di Wright e Leahey (2009).

Si tratta di un approccio sistemico che oltre ai bisogni assistenziali delle persone assistite coglie anche quelli dei familiari, avendo come obiettivi la promozione della salute, la prevenzione alle malattie, un miglioramento della gestione dei sintomi e una riduzione del carico assistenziale dei familiari o di chi contribuisce all'assistenza.

Sulla base di quanto previsto dal Piano Sanitario Provinciale 2016-2020, l'approccio dell'assistenza infermieristica di famiglia e di comunità sarà introdotto in tutti i team assistenziali attivi a livello distrettuale. Attualmente sta avvenendo una sperimentazione nel distretto della Bassa Atesina. In aggiunta, nel comune di Aldino, comune rientrante nel territorio distrettuale della Bassa Atesina, alle persone over 65, indipendentemente dal loro stato di salute, viene messa a disposizione un'infermiera di famiglia e di comunità. Secondo il modello dell'assistenza proattiva, infermieri specializzati si recano alla famiglia, effettuano una valutazione della qualità di vita e dei bisogni sanitari e supportano la popolazione nel soddisfacimento delle loro esigenze sanitarie in collaborazione con le figure locali dell'area sociale, sanitaria e del volontariato. Questo progetto di implementazione ha una durata di due anni ed è oggetto di valutazione. I rispettivi risultati saranno utilizzati per sviluppare un modello realizzabile che possa essere esteso agli altri 19 distretti.

7.5 Farmacie dei servizi

Le **farmacie** aperte al pubblico rappresentano un primo importante e capillare presidio del Servizio Sanitario sul territorio, e grazie alla professionalità di chi vi opera contribuiscono, attraverso le loro funzioni di sorveglianza e di raccordo, a svolgere un ruolo fondamentale nella promozione della salute anche attraverso iniziative formative e informative.

Attraverso le medesime farmacie sono inoltre assicurati i nuovi servizi individuati dai decreti legislativi adottati ai sensi dell'art. 11, comma 1, della legge 18 giugno 2009, n. 69, nel rispetto di quanto previsto dai piani regionali socio-sanitari.

Attualmente nella Provincia Autonoma di Bolzano ci sono 119 farmacie aperte al pubblico, di cui 30 sono farmacie rurali sussidiate. L'obiettivo deve essere di sostenere questo importante ruolo delle farmacie particolarmente fuori dai centri urbani e di rinforzare la capillarità territoriale delle farmacie.

Le farmacie del futuro, meglio integrate nel Servizio Sanitario Provinciale, sono impegnate in un processo di potenziamento dei servizi offerti ai cittadini e a garantire un servizio professionale e di qualità sull'intero territorio provinciale. Esse partecipano all'assistenza domiciliare integrata, alla gestione del paziente cronico e al monitoraggio delle terapie.

7.6 Centrale unica di assistenza e servizi: il numero 116117

Nell'ambito del miglioramento dei servizi garantiti a livello territoriale sarà implementato anche nella Provincia Autonoma di Bolzano il **numero unico europeo 116117** per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti, continuità assistenziale e altri servizi sanitari. Il numero concorrerà alla gestione della domanda assistenziale di bassa intensità/priorità, mettendo in contatto l'utente con un operatore oppure un professionista sanitario competente per assicurare assistenza o consulenza sanitaria/sociale.

Il numero garantisce agli utenti:

- 1) per cure mediche non urgenti
 - prestazioni/consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di continuità assistenziale;
 - modalità di accesso ai MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento;
 - consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio continuità assistenziale e dopo l'orario di chiusura, con eventuale inoltro della chiamata al 112 se appropriato;
 - individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al Servizio di Emergenza 112;
- 2) integrazione socio-sanitaria:
 - informazioni sull'assistenza non autosufficienti;
 - informazioni sull'assistenza per ausili/protesi/alimentari;
 - informazioni sull'assistenza disabili/agevolazione trasporto/contributi;
- 3) garanzia di risposta H24 per 7 giorni la settimana.

Con successivo atto programmatico saranno definiti i percorsi per:

- implementare il numero;
- individuare e formare il personale da dedicare alle attività di ascolto/risposta;
- attivare la piattaforma tecnologica;
- attivare la comunicazione interna ed esterna;

La programmazione potrà essere avviata solo dopo la definitiva approvazione dei nuovi percorsi e modelli organizzativi di assistenza territoriale omogenei a livello provinciale facendo esperienza dai primi progetti pilota di Bolzano e Lana.

8. Assistenza domiciliare integrata (ADI) e residenzialità

L'assistenza domiciliare e la residenzialità sono, unitamente ai sussidi in denaro, le risposte più importanti alla non autosufficienza.

A livello provinciale il sistema di garanzia sociale delle cure domiciliari viene offerto in tutto il territorio dai Servizi sociali mentre l'assistenza domiciliare sanitaria è erogata sotto forma di Assistenza domiciliare programmata (ADP) dal personale infermieristico.

Nella Provincia Autonoma di Bolzano non è ancora attivo il flusso SIAD, che consente la rilevazione puntuale dei servizi e delle attività erogate dai MMG e dal personale infermieristico e dal quale dipende la programmazione corretta degli interventi. Il flusso deve essere implementato nel più breve tempo possibile.

Lo sviluppo della residenzialità è legato – allo stato attuale - a 78 strutture residenziali per anziani, con 4.356 posti letto. Tali strutture fanno riferimento al settore delle Politiche sociali, pur essendo presente personale sanitario. La regolamentazione di tali servizi è attualmente contenuta nella deliberazione della Giunta provinciale 7 febbraio 2017, n. 145, "Residenze per anziani dell'Alto Adige". L'unica struttura pubblica espressamente definita residenza sanitaria per anziani (RSA) di cui all'art 29, comma 3, dei nuovi LEA è la struttura di Firmian nel Comune di Bolzano.

Il sistema di offerta e di finanziamento prevede un'offerta "base" da offrire da parte di tutte le strutture residenziali per anziani, integrata dalla presenza di diversi nuclei che offrono cosiddette "forme di assistenza specifica", a maggiore intensità assistenziale e con parametri di personale e di finanziamento incrementati. Le "forme di assistenza specifica" al momento definite sono quella intensiva (maggiore fabbisogno infermieristico), quella estensiva (maggiore fabbisogno assistenziale), quella per demenze e i ricoveri di transito.

La pianificazione provinciale prevede un numero di posti letto in Residenze per anziani pari a 8,9 posti per 100 persone con più di 75 anni. Allo stato attuale i posti letto sono pari a 8,2 posti per 100 persone con più di 75 anni. Vi è quindi in previsione una prosecuzione del programma di investimenti che ha visto anche negli ultimi anni un progressivo incremento del numero di posti disponibili, in ragione di circa 100-150 posti aggiuntivi l'anno.

Tale incremento di posti è in ogni caso collegato ad un forte potenziamento di altre forme di assistenza residenziale, come le "Residenze assistite" o "l'Accompagnamento abitativo", che puntano ad offrire risposte ad una tipologia di utenza con un fabbisogno di assistenza e cura più ridotto rispetto a quello a cui fanno riferimento le Residenze per anziani, e che oggi in molti casi si trovano a dover ricorrere alle residenze stesse per l'assenza di alternative.

Prendendo a riferimento le persone con più di 65 anni, ad oggi la Provincia Autonoma di Bolzano si attesta, dunque, a circa 45 posti letto residenziali per 1.000 anziani over 65; il doppio del resto del Paese ma inferiore alla media europea (in Svezia sono 80 posti letto per mille abitanti over 65). I valori internazionali fissano ad almeno 50 posti letto per mille anziani il valore ideale della residenzialità.

L'applicazione in Provincia autonoma di Bolzano di tali indicatori internazionali porterebbe a 50 posti letto per mille abitanti over 65 la necessità di posti letto residenziali e quindi a 5.000 posti letto (600 in più rispetto agli attuali). Va comunque tenuto conto del fatto che la residenzialità si articola in diverse forme e in modelli leggermente differenti da paese a paese, per cui in una valutazione complessiva va tenuto conto anche della presenza di forme di assistenza alternative ed integrative rispetto alla residenzialità "classica".

9. Gli strumenti per l'integrazione ospedale-territorio

L'attuale sistema ospedaliero dimostra tutta la sua efficacia ed efficienza per il trattamento di situazioni in acuzie, cioè in pazienti privi di comorbidità e soprattutto in assenza di malattie croniche preesistenti capaci di condizionare l'evento o la malattia che causa il ricovero. Questa situazione non rappresenta però l'attuale popolazione ricoverata negli Ospedali della Provincia, dove il 70-75% dei degenti nelle medicine e geriatriche appartiene alla categoria dei "cronici acutizzati con polimorbidità".

Nei percorsi ricovero/dimissioni e viceversa, si deve porre particolare attenzione a quanto segue:

1. **ammissione ospedaliera:** la persona fragile ed in particolare l'anziano che entra in Pronto Soccorso deve essere valutato, sia nella logica "immediata" (motivo dell'accesso) che nel complesso del suo livello di autonomia, fragilità, polipatologia, etc.
2. il PS deve essere dotato un **sistema di pre-valutazione dell'accesso** per avviare fin dall'entrata un trattamento privilegiato (in termini di tempo e di contenuti di cura) per tutti i fragili e con compromissione cognitiva;
3. per **accedere alla struttura ospedaliera** l'anziano deve essere trattato in base a dei percorsi che riducano, ove possibile, il ricovero prolungato: OBI (osservazione breve intensiva) e degenza collegata alla patologia;
4. nella permanenza presso l'ospedale vanno assolutamente evitati i rischi di "nuove patologie" e della "sindrome da dipendenza ospedaliera" oltre ad un aumento del "carico di farmaci";
5. si deve anche operare per un'opera di "**riconciliazione farmacologica**" in modo da definire un punto di partenza da condividere alle dimissioni, anche con il MMG, affinché il programma clinico messo a punto dall'ospedale, sia rispettato *rigorosamente* anche nel futuro;
6. al **termine del ricovero** si dovrà prevedere la possibilità di una "post acute care" per i pazienti che non riuscirebbero a riprendersi in modo adeguato al loro domicilio, senza una sorveglianza clinica medico-infermieristica continuativa, sia pure di livello meno intensivo di quella ospedaliera (cfr. posti letto di cure intermedie);
7. le **dimissioni a domicilio** sono effettuate rispettando apposite procedure e protocolli in accordo con i Servizi territoriali (Distretto, altro...), senza problemi burocratici che rallentano le dimissioni e quindi riducono gli effetti della cura ospedaliera. È di fondamentale importanza che esista non solo il circuito delle "Dimissioni protette" dei pazienti non-autosufficienti, ma anche le "Dimissioni assistite" attivate per tutti i pazienti cronici, che, indipendentemente dal loro grado di autosufficienza, passino dall'Ospedale (Pronto Soccorso o Ricovero), in modo che essi vengano re-stadiati e "agganciati" a livello territoriale per ridurre il fenomeno della "fuga" (*drop out*), che è causa frequente dei re-ricoveri. A tale scopo dovrà essere garantita l'applicazione rigorosa della deliberazione di Giunta provinciale n. 4828 del 15 dicembre 2008 circa l'"**Approvazione dei criteri minimi per la continuità assistenziale**";
8. per quanto indicato al punto 7, è possibile ricorrere anche a protocolli sperimentati, praticati e soprattutto condivisi, in modo che le dimissioni proseguano l'iter di cura e recupero entro **precisi binari**, senza improvvisare atti terapeutici e altre forme di assistenza. A tale scopo le unità operative maggiormente coinvolte nelle problematiche di dimissione (Medicina Interna, Geriatria, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia, ...) dovranno condividere con i Servizi territoriali ed in particolare con i MMG percorsi di dimissione e presa incarico condivisi;
9. il MMG è il referente ed il responsabile delle cure svolte a domicilio del paziente;
10. la Direzione Medica Ospedaliera e la Dirigenza Tecnico-Assistenziale devono collaborare con i Servizi territoriali per costruire ed affinare i percorsi di dimissione protetta e di "dimissione assistita" per i pazienti con patologie croniche attraverso gruppi di lavoro misti Ospedale/Territorio a cui partecipano anche i MMG.

Devono essere standardizzate le dimissioni utilizzando strumenti condivisi per garantire la continuità assistenziale, quali:

- a) l'adozione di un regolamento ospedaliero/territoriale per l'organizzazione delle procedure di dimissione e di trasferimento dei pazienti presso altri setting esterni all'ospedale;
- b) l'utilizzo di documentazione informatizzata: Cartella clinica e Scheda socio-sanitaria (da elaborare).

10. Posti letto di cure intermedie e posti letto di sollievo

In tutta Europa sono in aumento i posti letto per le persone più fragili, di età avanzata, con patologie croniche, per accompagnarle nel periodo post-ospedaliero, rendere la dimissione meno traumatica, oppure per accoglierli temporaneamente affinché non si rivolgano direttamente ai Pronto Soccorso e siano ospedalizzati.

A seconda dei bisogni prevalenti dei pazienti, tali posti letto, che non rientrano nell'indice posti letto per acuti o post-acuti, possono essere a gestione sanitaria oppure a gestione sociale.

10.1 Posti letto gestiti in ambito sanitario

I posti letto gestiti in ambito sanitario sono parte integrante delle cosiddette **cure intermedie** ovvero l'insieme delle prestazioni, servizi ed attività indicate per quei pazienti che sono **parzialmente stabilizzati** o richiedono un completamento della stabilizzazione dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma non possono essere trattati in regime ambulatoriale e che presentano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo (indicativamente tra 1-4 settimane).

L'effettiva attivazione ed il funzionamento dei posti letto di cure intermedie, unitamente al potenziamento delle reti territoriali, sono propedeutici al riequilibrio delle reti dei posti letto per acuti.

Le finalità dei posti letto di cure intermedie sono le seguenti:

- garantire la continuità assistenziale al paziente dopo la dimissione ospedaliera (da reparto per acuti o post-acuti) secondo criteri condivisi tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale;
- prevenire i ricoveri potenzialmente inappropriati in ospedale con criteri di ammissione condivisi tra i medici di medicina generale e i medici ospedalieri o delle strutture residenziali o dei Servizi sociali;
- garantire al paziente che si trova al domicilio, che necessita di cure a bassa intensità clinica, ma con carico assistenziale-infermieristico, un setting adeguato ai propri bisogni di salute, senza ricorrere ad un ricovero per acuti;
- favorire il rientro a domicilio del paziente.

I pazienti eleggibili per un ricovero nei posti letto di cure intermedie possono essere inviati:

- da reparto acuto o post-acuto ospedaliero;
- da Pronto Soccorso;
- da domicilio o da struttura territoriale.

La tempestività della decisione di ricoverare un paziente in una struttura con letti di cure intermedie, deve essere correlata alla programmabilità del ricovero e al luogo dove viene presa tale decisione. Entro 12 ore se si tratta del Pronto Soccorso, entro 24 ore se il paziente viene dal proprio domicilio, entro 72 ore se il paziente viene dimesso da un reparto ospedaliero per acuti o postacuti.

La gestione clinica è affidata al medico di medicina generale (ovvero ad altra figura medica prevista) e la gestione organizzativa ed assistenziale agli infermieri.

I posti letto di cure intermedie, previsti nel Piano sanitario provinciale, possono essere istituiti all'interno degli ospedali provinciali, in altre strutture pubbliche e private accreditate e

contrattualizzate, comprese le Residenze per anziani, qualora abbiano interesse ad offrire letti intermedi.

Essi devono essere localizzati in un'area dedicata, in rispetto ai requisiti di accreditamento istituzionale sanitario.

I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, nonché la tariffa di riferimento per posti letto in strutture private accreditate e contrattualizzate saranno definiti con apposito atto.

10.2 Posti letto di natura sociale

I posti letto di natura sociale, previsti agli articoli 47 e 48 della delibera 145 del 07.02.2017, sono così descritti:

- **posti letto temporanei**, dedicati a coadiuvare ed alleggerire i familiari o gli addetti privati alla cura nei casi di ferie, assenza a causa di improvvisa malattia o altro motivo, sovraccarico fisico e/o psichico con la funzione di posti letto di sollievo (art.47)
- **posti letto temporanei di transito**, che accolgono pazienti non autosufficienti, con un quadro clinico stabilizzato, per i quali viene riscontrata un'insufficiente capacità di assistenza da parte dei familiari e dei servizi territoriali a carattere transitorio e non sia ancora possibile o non appropriata la sistemazione in una struttura residenziale (art.48)

Entrambe le tipologie sono sottoposte a compartecipazione alla spesa da parte del cittadino, poiché si tratta di pazienti stabilizzati a differenza dei pazienti di posti letto di cure intermedie che richiedono ancora il completamento della stabilizzazione clinica.

La definizione complessiva del fabbisogno di letti di cure intermedie e di posti letto temporanei verrà nell'ambito dell'attuazione del presente piano, in accordo tra i servizi sanitari e sociali.

11. Il ruolo delle Associazioni di tutela delle persone

Le Associazioni di pazienti e dei loro familiari costituiscono una risorsa indispensabile ed un'opportunità in più per il Pubblico di migliorare la cura dei pazienti.

Il D.Lgs 117 del 2017 (Codice del terzo settore) riconosce al pluralismo organizzato un ruolo fondamentale nella società. In particolare, nell'introdurre nuove norme fiscali e l'obbligo del Registro unico delle Organizzazioni, stabilisce che le Associazioni possono operare nel settore del sociale e del sanitario, nonché nel socio-sanitario, apportando il loro contributo nella promozione della tutela dei diritti sociali promuovendo anche le banche del tempo. Si arricchisce la figura del "volontario" definito come "una persona che per sua libera scelta svolge attività a favore della comunità e del bene comune, mettendo a disposizione il proprio tempo libero e le sue capacità in modo personale, spontaneo ed esclusivamente per fini di solidarietà".

Le Associazioni svolgono un ruolo cruciale nell'accompagnamento delle persone malate (in particolare se colpite da patologia cronica) o delle persone con disabilità, sia in termini di aiuto, sia come soggetti attivi sul territorio e a livello istituzionale.

Esse rivestono la funzione di asse portante nel rapporto tra famiglie, strutture sanitarie e socio-sanitarie, istituzioni e società civile e non si pongono come alternativa allo Stato o al privato, bensì come soggetti autonomi capaci di integrare l'offerta socio-sanitaria pubblica con attività e interventi di assistenza sociale e sanitaria, che nel pubblico sono carenti o non vengono offerti. In Germania le Associazioni dei Pazienti ed i Gruppi di Auto Aiuto rappresentano la 4^a colonna della Sanità (dopo la medicina generale, la specialistica e la riabilitazione) e, per Legge, vengono finanziate dalle Casse Malati.

Le attività principali che le Associazioni svolgono e che le portano ad essere interlocutrici privilegiate per le Istituzioni, sono molteplici. Le più significative sono:

- azioni volte alla difesa dei diritti dei propri soci, alla rappresentanza dei loro interessi ed alla sensibilizzazione di tematiche che costituiscono dei tabù. Sono inoltre membri di diversi Comitati consultivi nei quali portano la voce del paziente, contribuendo attivamente alle politiche socio-sanitarie;
- supporto e consulenza ai soci, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale, fornendo informazioni sull'accesso alle strutture della rete dei servizi, facilitando, semplificando e, in taluni casi, accompagnando l'accesso del paziente, attraverso il disbrigo di pratiche e procedure, il contatto diretto con il servizio;
- creazione di sinergie con altre associazioni, istituzioni pubbliche e private per costruire una rete cui indirizzare i propri soci in caso di necessità e promuovere iniziative orientate alla cittadinanza e/o ai propri associati;
- offerta di spazi di confronto e dialogo tra chi vive le stesse esperienze, avviando percorsi di auto mutuo aiuto di fronte alle problematiche legate alla malattia. In alcuni casi e per alcune patologie, questi supporti si concretizzano anche nel favorire l'adattamento e il reinserimento sociale del paziente, considerando il vissuto della persona, la famiglia in cui vive e la comunità in cui è inserito. In Provincia Autonoma di Bolzano sono più di 200 i Gruppi di Auto Aiuto attivi sulle più diverse tematiche e la metà di questi sono costituiti da persone affette da patologie croniche. Il 78% dei Gruppi di Auto Aiuto è attivo all'interno delle Associazioni, il 17% si è costituito su iniziativa spontanea di singole persone e l'11% rientra nell'offerta pubblica;
- offerta di servizi socio-sanitari in collaborazione con le strutture territoriali per specifiche patologie. In questo modo si vengono ad innescare positive sinergie tra pazienti e professionisti impegnati nella loro cura, creando i presupposti per qualificate azioni (di riabilitazione, ricreative, informative, formative, di accompagnamento, ecc.) nei confronti dei pazienti, in un setting, quello dell'associazione, non sanitarizzato, ma aperto a tutti i bisogni degli assistiti;

- proposte formative, sostenendo eventi ed iniziative a favore dei propri soci, del personale sanitario e della cittadinanza, volte a migliorare la prevenzione e la cura delle specifiche patologie;
- impegno nel campo della ricerca. Alcune Associazioni svolgono un ruolo determinante nel campo della ricerca e possono essere determinanti, all'interno della loro attività, sia come soggetti erogatori di fondi necessari, sia in termini di coinvolgimento e condivisione del proprio bagaglio di conoscenze ed esperienze maturate sul territorio nei diversi campi d'azione;
- presenza radicata su tutto il territorio, che garantisce la massima diffusione dei diversi messaggi in tutta la Provincia. Alle persone assistite viene garantita la possibilità di poter recepire messaggi, acquisire informazioni e di esprimersi nella propria madre lingua, grazie anche ad un lavoro di traduzione che le Associazioni svolgono a beneficio della cittadinanza (es. giornali informativi e/o siti internet bilingui).

Dare ascolto alle Associazioni, quindi, significa comprendere il punto di vista di chi è coinvolto in prima persona o implicato nella gestione della vita quotidiana della persona con malattia cronica, ma non solo.

È infatti dimostrato che il rafforzamento dei gruppi di sostegno porta ad una maggiore appropriatezza nell'uso dei servizi ed al miglioramento dell'efficienza di chi presta le cure.

Le Associazioni giocano quindi un ruolo sempre più strategico nella promozione dell'engagement e del selfmanagement e questo dovrà essere ulteriormente valorizzato, favorendo a livello territoriale reti che coinvolgano tutti gli attori presenti in un circolo virtuoso nel perseguimento del bene comune.

12. Le risorse umane e finanziarie per il territorio

Il calcolo del fabbisogno di personale è un processo assai complesso in sanità e nel sociale dove le innovazioni tecnologiche e organizzative, cambiano rapidamente gli scenari. Ne sono un esempio il potenziamento dei servizi del territorio ed il nuovo ruolo degli ospedali, che configurano sistemi più snelli e coordinati, nei quali prevalgono il lavoro di gruppo, la multidisciplinarietà, il dialogo più concreto tra ospedale e territorio lungo percorsi di cura condivisi.

Il Piano sanitario provinciale 2016-2020 ha ridisegnato l'assetto del territorio prevedendo l'introduzione di modelli organizzativi nuovi basati su tre aspetti fondamentali: l'integrazione tra sanità e sociale, la creazione di squadre multiprofessionali e multidisciplinari per la presa in carico dei pazienti cronici, un nuovo rapporto ospedale-territorio sulla base di percorsi assistenziali condivisi.

Il Piano ha inoltre introdotto la possibilità di prevedere posti letto di cure intermedie distribuiti in modo equilibrato fra i diversi comprensori sanitari e la costituzione di Centri di assistenza sanitaria e sociale (di fatto strutture socioassistenziali) nella quali saranno adottati i complessi modelli organizzativi legati alla gestione della cronicità, i quali, inevitabilmente, assorbiranno risorse umane e finanziarie. Per questo emerge un eventuale fabbisogno supplementare di personale per il quale il Piano Sanitario Provinciale ha ipotizzato una spesa aggiuntiva pari a 8,8 milioni di euro l'anno, che si aggiungeranno a un tasso d'incremento medio dei costi del personale del 2-3 per cento.

Per quanto riguarda il fabbisogno del personale nell'ambito del sociale, valgono le stesse difficoltà che si riscontrano per il settore sanitario. Ad oggi sono operanti nel sociale circa 5.000 unità di personale ma la rivalutazione del numero di persone da assistere ed il potenziamento dell'assistenza domiciliare come della residenzialità imporranno anche nel sociale un calcolo più preciso.

12.1 Formazione e aggiornamento del personale

La formazione e l'aggiornamento rappresentano contemporaneamente il presupposto e l'asse strategico fondamentale per far sì che la sanità di iniziativa, modello basato sulla proattività del sistema salute, possa essere sperimentata e applicata in modo omogeneo e duraturo sul territorio.

L'articolo 5 del Patto per la Salute sancisce che *“per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo”*.

La formazione deve essere rivolta a tutte le figure professionali che insistono nell'ambito di un approccio integrato all'assistenza socio-sanitaria, a partire dalla formazione di base universitaria e fino alla formazione continua per ciascuna figura professionale, per seguire un modello di integrazione multi/inter disciplinare, professionale e tra i livelli di assistenza sanitari e socio-sanitari.

Per ottimizzare l'attività risulta necessario supportare gli operatori attraverso interventi formativi specifici, di tipo integrato e multidisciplinare, per favorire la costruzione di gruppi di lavoro che garantiscano omogeneità nelle risposte assistenziali e appropriatezza negli interventi sugli utenti.

La formazione continua deve riguardare il personale che opera nel territorio e che garantisce il livello di assistenza distrettuale ma anche quello ospedaliero coinvolto nei PDTA, in modo integrato prevedendo eventi formativi congiunti per le diverse figure professionali.

La formazione deve coinvolgere anche i *policy makers*, l'alta e la media dirigenza dell'Azienda Sanitaria compresi la Direzione Aziendale e le Direzioni Distrettuali, l'alta dirigenza del sociale, i rappresentanti delle strutture residenziali.

La formazione e l'autoformazione rappresentano lo strumento fondamentale per l'implementazione ed il consolidamento delle nuove formule organizzative previste dalla L. 189/2012, AFT (forme di aggregazione monoprofessionale) e le UCCP (forme di aggregazione multiprofessionale).

Gli obiettivi generali e di apprendimento sono:

- garantire un approccio fondato sulla centralità del paziente e l'integrazione dell'assistenza;
- integrare in chiave multidisciplinare e multi-professionale il lavoro degli operatori coinvolti;
- facilitare la presa in carico dei pazienti fragili e con patologie croniche attraverso *l'empowerment* della persona assistita, il *family learning*, la continuità assistenziale tra i diversi setting operativi (ospedale, territorio, domicilio);
- operare per la condivisione di percorsi clinico-assistenziali tra Ospedale e Territorio rispetto ai pazienti con patologie croniche;
- favorire la conoscenza e l'uso periodico e costante del percorso di confronto tra pari attraverso gruppi di discussione e comunità di pratica;
- approfondire le conoscenze per l'utilizzo dell'ICT (*information communication technology*), e dei presidi/dispositivi "intelligenti".
- fornire strumenti e metodologie per la valutazione degli interventi ai diversi livelli (singolo professionista, equipe, struttura, sistema).

13. Sistema informativo territoriale e monitoraggio delle reti integrate (set di indicatori)

Gli attuali flussi riferiti al sistema territoriale sono insufficienti a fotografare la complessità dei servizi, delle attività e delle prestazioni che, peraltro, si stanno profondamente modificando a livello regionale e provinciale con l'introduzione di modelli organizzativi innovativi di presa in carico dei pazienti.

Difficile appare di conseguenza definire gli indicatori che consentano di monitorare i cambiamenti introdotti, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali e verificare l'efficacia, l'appropriatezza e la validità dei modelli adottati, da considerare tutti in un certo senso sperimentali.

Alcuni flussi, inoltre, come il SIAD per l'assistenza domiciliare o il flusso FAR per la residenzialità, non sono stati istituiti.

Eppure processi di pianificazione ed erogazione delle cure integrate, con particolare riferimento ai pazienti cronici, possono funzionare soltanto con il supporto di sistemi informativi che permettano una pianificazione ed il monitoraggio dei PDTA e delle prestazioni socio-sanitarie, la sincronizzazione degli attori coinvolti nei percorsi, il monitoraggio dello svolgimento dei percorsi attraverso strumenti di misurazione adeguati, la condivisione di informazioni indispensabili per valutare la struttura dal punto di vista dei risultati di efficienza e di salute.

La tendenza deve essere quella di istituire un sistema informativo interconnesso con le altre applicazioni, con l'Anagrafe sanitaria, i CUP, i sistemi dei MMG, dei medici specialisti territoriali e dei medici ospedalieri, i laboratori e le radiologie, per monitorare i piani di cura dei pazienti cronici. Dovrebbe essere possibile anche un collegamento con i dati sulle fragilità sociali per programmare anche interventi sotto il profilo socioassistenziale, con il coinvolgimento dei Servizi sociali.

L'implementazione dei nuovi modelli di assistenza territoriale, ed in particolare l'assistenza ai pazienti cronici, consentirà di creare nuovi flussi informativi dai quali ricavare le informazioni per la costruzione di specifici indicatori per il monitoraggio delle attività erogate.

Un sistema informativo territoriale ben costruito è essenziale per condurre un monitoraggio altrettanto efficace che deve valutare:

- l'accessibilità ai servizi ed i tempi di attesa;
- l'assistenza erogata a livello globale ed in ciascun setting (e i relativi trend): volumi, esiti, umanizzazione;
- la qualità e l'appropriatezza;
- i "percorsi" dei pazienti nei diversi setting, con approfondimenti per specifiche patologie traccianti (diabete, scompenso, ipertensione, BPCO, ...) ed i relativi contributi specifici erogati da parte dei diversi attori assistenziali che interagiscono nei PDTA integrati;
- la customer satisfaction con l'utilizzo di strumenti appropriati;
- gli esiti;
- la spesa nei diversi setting;
- la corretta erogazione dei LEA;
- l'impatto delle variazioni di consumi/spesa anche in setting non direttamente coinvolti (es. ricoveri ospedalieri, Pronto Soccorso, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, protesica, ecc.).

Un sistema informativo ben costruito deve consentire, inoltre, di valutare e monitorare la presenza di procedure/istruzioni operative relative a:

- sistema di segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati (near-miss);

- prevenzione delle cadute, delle lesioni da pressione, degli atti di violenza a danno di operatori o pazienti, del suicidio/tentato suicidio del paziente o degli atti di autolesionismo, delle infezioni correlate all'assistenza;
- prevenzione degli errori in terapia e riconciliazione farmacologica;
- utilizzo dei mezzi di contenzione.

Le suddette informazioni devono integrare quelle rilevate dai flussi esistenti al fine di consentire la più ampia valutazione dei rischi.

Dall'insieme delle informazioni contenute nei flussi che il nuovo sistema informativo territoriale è in grado di generare nascono gli indicatori e da questi la possibilità di definire un "cruscotto" sintetico che consenta di valutare l'offerta di servizi, l'integrazione (trend e volumi nei diversi setting e percorsi), l'appropriatezza, la spesa, l'erogazione dei LEA, estendendo il monitoraggio ai setting territoriali tradizionali (riabilitazione, strutture di assistenza psichiatrica, hospice, ADI nelle diverse forme, ed ai Centri sociali e sanitari).

A livello provinciale è stato lanciato un importante progetto di informatizzazione che richiederà tempo e risorse umane e finanziarie per essere implementato e periodi di sperimentazione sul campo anche lunghi.

A tale scopo sarà istituito un **tavolo tecnico**, al quale partecipano referenti clinici (medici ed infermieri del territorio, medici ed infermieri ospedalieri e tutte le altre principali figure professionali), l'Osservatorio per la Salute ed informatici dell'Azienda Sanitaria e del Sistema Sociale, referenti dei Servizi sociali ed il partner tecnologico, scelto dall'Azienda Sanitaria per lo sviluppo di un Sistema Informativo Territoriale, che deve trovare risposte ai bisogni reali della popolazione, sperimentando l'applicazione sul campo degli applicativi in uso e proposti. Il tavolo tecnico ha il compito di definire, in particolare con riferimento ai pazienti cronici che saranno presi in carico dalle AFT dei medici di medicina generale:

- a. i processi della gestione dei pazienti;
- b. i requisiti funzionali per il software;

Particolare attenzione nella definizione dei requisiti funzionali verrà posta alla gestione dei PDTA ed alla costruzione e mantenimento del fascicolo socio-sanitario elettronico (FSSE), in modo che tutti gli attori coinvolti nella gestione e nella cura delle persone possano condividere le informazioni.

Per quanto riguarda gli indicatori che possono essere nel frattempo utilizzati per monitorare il Piano della cronicità (Master Plan) ci si avvarrà dei flussi attualmente esistenti presso la Provincia, consapevoli che alcuni flussi sono mancanti, come quello per la rilevazione delle attività di assistenza domiciliare integrata (SIAD) e il flusso della residenzialità (FAR), rendendosi in questo secondo caso opportuna un maggiore dialogo con il Sistema sociale provinciale.

14. La teleassistenza

La Tele-assistenza rappresenta una modalità di erogazione dei servizi socio-sanitari attraverso l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione. In Europa sono ancora pochi gli esempi nonostante l'efficacia e l'appropriatezza di questi servizi siano state dimostrate in studi clinici randomizzati. La teleassistenza mette a disposizione del medico e del paziente una serie di strumenti utili alla gestione delle cronicità e continuità della cura, promuovendo una sanità di rete con approccio multidisciplinare portando il servizio nell'imminente prossimità del paziente.

In particolare, la Telemedicina e la Teleassistenza, secondo le linee guida nazionali, avranno un ruolo nella facilitazione dell'integrazione ospedale/territorio, consentendo l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico/assistenziali al suo domicilio, affrontando la complessità delle malattie croniche e coinvolgendo le competenze specialistiche multidisciplinari, territoriali e ospedaliere.

La telemedicina nell'ambito della cronicità viene introdotta con le seguenti finalità:

Prevenzione: Previsione del rischio di insorgenza di malattie con l'utilizzo di Big Data. Nell'ambito dell'auto-gestione (Empowerment), la tele-assistenza ha dimostrato un'efficienza negli studi clinici internazionali e nazionali; il suo punto di forza è quello di ridurre l'asimmetria dell'informazione tra paziente e medico, nonché rendere il paziente e la famiglia gestori autonomi della malattia cronica, padroni del proprio stato di salute e capaci di affrontare senza ansia le ricadute o le riacutizzazioni, considerandoli non come eventi inevitabili ma come eventi gestibili, attraverso l'utilizzo di una serie di azioni e atteggiamenti di cui il paziente viene informato e addestrato dal personale sanitario.

Diagnosi: prevede l'implementazione di sinergie prevenzione primaria e secondaria, un migliore scambio e circolazione delle informazioni ed esami diagnostici tra i diversi operatori sanitari coinvolti, necessari per una diagnosi appropriata e un trattamento migliore del paziente. Il tele-monitoraggio nella gestione delle malattie croniche permette di fare interventi più efficaci, in grado di ritardare l'insorgenza, anticipare la diagnosi e ridurre il rischio di complicanze, con l'esito finale di migliorare la qualità della vita dei pazienti; non trascurabile il contenimento della spesa associata alle ri-ospedalizzazioni ed ai trattamenti evitabili. La tele-assistenza può contribuire sia all'attuazione dei contenuti dei PDTA che all'educazione e alla formazione del paziente.

Cura e riabilitazione: la tele-riabilitazione viene impiegata, sia nella fase post-operativa che nella prevenzione terziaria, da una progressiva disabilità spesso associata alle malattie dell'apparato muscolare e scheletrico e alle malattie neuro-degenerative. Le malattie croniche sono fortemente progressivamente associate alla non autosufficienza ed alla progressiva perdita della capacità funzionale associata al cambiamento strutturale degli organi a causa dell'invecchiamento. Pertanto, richiedono l'applicazione di alte tecnologie come un ausilio, che migliora la qualità della vita dei pazienti non autosufficienti.

Come benefici della tele-assistenza ci si aspetta una migliore operatività sul territorio; la gestione del paziente cronico al suo domicilio dando, quindi, al cittadino l'opportunità di ricevere comodamente i servizi che lo aiutino e lo accompagnino nella gestione della propria salute. Si prevede anche una migliore comunicazione fra le diverse figure socio sanitarie, ovvero una modalità organizzativa che, utilizzando i sistemi informativi, porterà un efficiente e appropriato servizio al cittadino.

La tele-assistenza entra nelle linee di intervento dell'area di integrazione socio-sanitaria proposte dalle linee guida nazionali della cronicità con l'obiettivo di garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semi-residenziali e potenziare le forme di sussidiarietà orizzontali e verticali, attraverso l'integrazione delle istituzioni del sistema sanitario sul territorio. Il suo ruolo è inserito nelle linee di intervento proposte per le aree dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera

e deve garantire la continuità assistenziale ospedaliera sul territorio rimanendo in contatto con il sistema delle cure primarie.

L'utilizzo della tecnologia richiederà professionisti che dovranno avere capacità e competenze adeguate per gestire i nuovi sistemi informativi, pertanto sarebbe necessario programmare l'addestramento e la formazione specifica in questo settore.

Quindi è necessario incrementare il numero di iniziative formative del personale sanitario riguardanti l'impiego di tecnologie destinate alla gestione dei pazienti affetti da malattie croniche, particolarmente riguardo coloro che vivono una condizione di fragilità sociale.

Per avere una maggiore accettazione delle nuove tecnologie sarebbe opportuno condurre studi di fattibilità e di analisi per dimostrare l'appropriatezza della telemedicina validandoli come progetti pilota.

Considerate le potenzialità offerte dai nuovi scenari relativi alla teleassistenza dovrebbe essere presente almeno una struttura a livello provinciale che sperimenti forme di teleassistenza quali: teleconsulto, telediagnosi, teleconsulto specialistico (second opinion), telemonitoraggio, telesoccorso e telesorveglianza. Una analisi di eventuali progetti in corso appare importante per valutarne lo stato di raggiungimento degli obiettivi e l'eventuale spostamento verso iniziative in strutture come i Centri sociali e sanitari.

15. Semplificazione e Umanizzazione dell'assistenza

L'umanizzazione dell'assistenza promuove l'avvicinamento di assistiti, familiari ed operatori in una dimensione nella quale le istituzioni socio-sanitarie diventano un servizio che accoglie, orienta e promuove il benessere, stimolando il coinvolgimento e la partecipazione di tutti.

Le quattro aree principali in cui si articola il concetto di umanizzazione sono:

- Il processo assistenziale ed organizzativo orientato al rispetto e alla specificità della persona (*attenzione alla fragilità e ai bisogni della persona, rispetto della privacy, impegno per la non discriminazione culturale, etnica e religiosa, continuità delle cure*);
- L'accessibilità fisica, la vivibilità e il comfort dei luoghi di assistenza (*barriere architettoniche e sensoriali, logistica e segnaletica, servizi "a misura d'uomo", comfort generale delle strutture*);
- L'accesso alle informazioni, la semplificazione e la trasparenza (*semplificazione delle procedure, agevolazioni dell'accesso alle informazioni e trasparenza*);
- La cura della relazione con il paziente/cittadino e i suoi familiari (*relazione tra i professionisti del sociale e della sanità, tra professionista sanitario e paziente, relazione con il cittadino*).

La realizzazione di un autentico processo di umanizzazione dovrà comprendere interventi a livello strutturale, funzionale, organizzativo e relazionale. Ogni distretto dovrà nominare un gruppo ristretto di operatori dell'area medica, infermieristica, sociale e del volontariato che fungono da facilitatori e promotori dell'umanizzazione:

- avviando la raccolta sistematica della qualità dei servizi percepita dai pazienti;
- definendo dei piani di miglioramento finalizzati a:
 - a. migliorare l'ascolto ed il riconoscimento dei bisogni dei pazienti e dei loro familiari;
 - b. mettere in atto modalità di comunicazione più efficaci;
 - c. sviluppare il lavoro di equipe secondo un modo integrato tra le diverse figure professionali;
 - d. rafforzare il senso di appartenenza e migliorare il clima interno;
 - e. attivare sinergie tra operatori, pazienti, familiari ed associazioni di volontariato.

Il focus delle azioni di miglioramento dovrà essere posto su:

- la fase di accoglienza (p.es. istituendo service point per informazioni, orientamento, accompagnamento o trasporto all'interno della struttura coinvolgendo anche il volontariato, migliorando l'accessibilità delle strutture anche attraverso supporti come deambulatori, sedie a rotelle messi a disposizione);
- il comfort alberghiero (p.es. creando delle sale di attesa o ritiro accoglienti "a misura di uomo", per pazienti e familiari mettendo a disposizione acqua, giornali, ecc.);
- l'informazione e la comunicazione (p.es. una segnaletica chiara e visibile, cartelli indicanti i nomi e le qualifiche degli operatori e dei volontari, garantendo il coinvolgimento attivo dei familiari o di altre persone di riferimento);
- la gestione del dolore (p.es. avvio immediato del monitoraggio, del controllo e della gestione del dolore, in particolare per persone con deficit cognitivi);
- la partecipazione dei cittadini (p.es. valorizzando il volontariato nella struttura, coinvolgendo la cittadinanza delle attività di audit e della rilevazione della qualità percepita).

16. Comunicazione interna ed esterna

Il tema del Chronic Care, essendo scarsamente presente nei media, non ottiene sufficiente attenzione da parte della popolazione. È necessario contrastare questa situazione attraverso la comunicazione del presente Chronic Care Masterplan e delle misure ivi contenute.

Cosa si intende raggiungere?

L'obiettivo è di familiarizzare la popolazione altoatesina con il concetto/termine Chronic Care e il suo significato. In concreto, questo significa sensibilizzazione di ognuno/ognuna circa il suo impegno richiesto in quanto paziente e/o cittadino. A questo si aggiunge l'informazione circa i vantaggi del coinvolgimento diretto dell'assistito nel processo di cura e del conseguente rafforzamento dell'autogestione del paziente.

Comunicazione verso l'esterno

Sta nella natura dei fatti che l'interesse per il tema varia a seconda la fascia d'età. Il tema sarà meno rilevante per persone sotto i 20 o 30 anni e più rilevante per persone al di sopra dei 50 anni. Quest'ultimi spesso hanno già fatto esperienze con genitori affetti da malattie croniche o, vista la loro età, si sono già mentalmente confrontati con il pensiero di essere affetti da una malattia cronica. Per questi motivi, il gruppo di persone over 50 rappresenta il principale gruppo target per una campagna informativa e di comunicazione. In fondo, è indispensabile far passare l'idea che in futuro ciascun cittadino e paziente dovrà partecipare attivamente sia alla prevenzione sia all'assistenza stessa, essendo parte attiva del processo assistenziale.

Comunicazione verso l'interno

Anche i dipendenti rappresentano un importante gruppo target. Il messaggio principale per i collaboratori è che i pazienti all'interno del modello Chronic Care sono chiamati ad assumersi maggiore responsabilità individuale, ottenendo allo stesso tempo un ruolo più forte nella presa delle decisioni riguardanti l'assistenza. Pertanto, i ruoli sono destinati a cambiare per entrambe le parti, assistito e personale che eroga l'assistenza, il che implica la necessità di ripensare i relativi punti di vista. Un ulteriore gruppo target importante è costituito dai medici di medicina generale.

Il messaggio chiave

“Fare assistenza di base assieme” – questa la chiave per il rafforzamento del ruolo del paziente e dei suoi familiari nella salvaguardia della propria salute e, d'altro canto, per un maggiore coinvolgimento del paziente nell'assistenza. Così si instaura una relazione da pari a pari tra il paziente e il rappresentante dell'istituzione incaricata all'assistenza, ovvero l'Azienda sanitaria. Anche in questo caso si applica il principio della “provincia attiva”: richiedere e incentivare. L'Azienda sanitaria **richiede** al paziente più impegno e allo stesso tempo **incentiva** l'autonomia del paziente.

Wording

Sin dall'inizio della campagna di comunicazione è necessario definire in maniera accurata la terminologia che si intende utilizzare. Una chiara definizione del termine Chronic Care e dei suoi contenuti per l'Azienda sanitaria è indispensabile.

Canali di comunicazione

I gruppi target sono diversi, per cui è necessario attivare sia canali classici ovvero analogici sia mezzi moderni ovvero digitali.

Media classici:

- Presentazione del Masterplan Chronic Care approvato in una conferenza stampa e redazione di un comunicato stampa (avvio della campagna);
- Redazione mensile di un comunicato stampa su un tema legato al Chronic Care per un anno intero e trasmissione ai più importanti media altoatesini;
- Organizzazione di interviste con esperti dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige su temi legati al Chronic Care da pubblicare su giornali locali nonché su riviste e giornali delle associazioni e federazioni portatori di interesse in campo;
- Organizzazione di interviste con rappresentanti dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige su temi legati al Chronic Care da mandare in onda sui più importanti canali radio e canali televisivi locali;
- Lancio del tema Chronic Care per rubriche e servizi su stampa, radio e televisione;
- Lancio del tema Chronic Care per discussioni televisivi e su radio;
- Redazione di articoli e testi per il giornale aziendale "one";
- Produzione di un volantino con le informazioni base sul tema;
- Organizzazione, per un anno, di eventi informativi, centrali e in periferia.

Media digitali:

- Creazione di una sezione sul sito internet www.asdaa.it con il titolo "Chronic Care" contenente le informazioni base sul tema;
- Tutti i comunicati stampa sul tema appaiono nella sezione "News" di www.asdaa.it;
- Maggiore visibilità e reperibilità delle notizie su Twitter grazie l'utilizzo dell'hashtag (già esistente) #chroniccare;
- Post mensili sul tema Chronic Care sul sito facebook dell'Azienda sanitaria.

Media e comunicazione interna:

- Testi e notizie sul sito intranet mysabes;
- Articoli sul tema Chronic Care sul giornale aziendale "one";
- Sei corsi di formazione per dipendenti in collaborazione con il servizio di medicina di base;
- Organizzazione di convegni sul tema per medici di medicina generale a Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico;
- Convegno/conferenza sul tema Chronic Care nella sala congressi dell'Ospedale di Bolzano.

Tempistiche e valutazione degli impatti

La durata della campagna di comunicazione è un anno. Dopodiché attraverso un sondaggio saranno monitorati gli effetti della campagna. In base ai risultati può essere programmata un eventuale campagna successiva.

Bibliografia e riferimenti normativi

Agenas: „Linee di indirizzo per il potenziamento ed armonizzazione dell’assistenza primaria in Italia, con particolare riferimento alla cronicità“. Documento nazionale predisposto per la Commissione salute ai sensi del Decreto 70.

Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Autonome Provinz Bozen Südtirol (2016): *Landesgesundheitsplan 2016-2020. Gesundheit 2020. Sicher. Gut. Versorgt*. http://www.sabes.it/de/publikationen.asp?publ_action=300&publ_image_id=425306; 24.04.2017.

Autry, J. (2004): *The Servant Leader. How to build a creative team, develop great morale and improve bottom-line performance*. Three Rivers Press.

Bert, G.; Gardini, A.; Quadrino, S. (2013): *Slow Medicine. Perché una medicina sobria, rispettosa e giusta è possibile*. Sperling & Kupfer.

Koloroutis, M. (2011): *Beziehungsbasierte Pflege. Ein Modell zur Veränderung der Pflegepraxis*. Huber.

Manthey, M. (2005): *Primary Nursing: Ein personenbezogenes Pflegesystem*. Huber.

Mastrobuono i., Sepede l.: *L’organizzazione, la pianificazione e la gestione della casa della salute. L’esperienza di Pontecorvo*. Organizzazione sanitaria trimestrale di studi e di informazione sui sistemi sanitari, *health organization quarterly studies and information on health systems*; anno XXXIX - n. 1-2 gennaio-giugno 2015

Ministero della Salute (2016): *Piano Nazionale della Cronicità*. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf; 24.04.2017.

Nefiodow, L. u. S. (2014): *Der sechste Kondratieff. Die neue, lange Welle der Weltwirtschaft*. Engelhardt.

Porter, M. E.; Olmsted Teisberg, E. (2006): *Redefining Health Care. Creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.

Regione Lombardia (2015): *Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018*. Delibera giunta regionale N. X/4662 del 23.12.2015. <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2016/01/DGR-4662-23.12.15-Piano-Cronicità.pdf>; 24.04.2017.

Südtiroler Sanitätsbetrieb (2015): *IT- Masterplan 2016-2018. Strategischer Plan zur Entwicklung der Informationstechnologie im Südtiroler Sanitätsbetrieb*. http://www.sabes.it/de/publikationen.asp?publ_action=300&publ_image_id=403348; 24.04.2017.

Cousins, Michael S., Lisa M. Shickle, and John A. Bander (2002): *An introduction to predictive modelling for disease management risk stratification*. *Disease Management* 5.3 (2002): 157-167.

Bruce Fireman, Joan Bartlett and Joe Selby (2004): *Can Disease Management Reduce Health Care Costs By Improving Quality?* *Health Affairs* 23, no.6 (2004):63-75 doi: 10.1377/hlthaff.23.6.63

Bates DW, Saria S, Ohno-Machado L, et al. (2014): *Big data in health care: using analytics to identify and manage high-risk and high-cost patients*. *Health Aff (Millwood)* 2014;33:1123–31.

Tamang S, Milstein A, Sørensen HT, et al. (2017): *Predicting patient ‘cost blooms’ in Denmark: a longitudinal population-based study*. *BMJ Open* 2017;7: e011580. doi:10.1136/bmjopen-2016-011580

Spoorenberg, S. L., Uittenbroek, R. J., Middel, B., Kremer, B. P., Reijneveld, S. A., & Wynia, K. (2013). *Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care*. *BMC geriatrics*, 13(1), 62.

The Johns Hopkins ACG® System. Excerpt from Version 11.0. Technical Reference Guide. November 2014

O’Sullivan, C. (2011): *Investigating whether the Johns Hopkins ACG case-mix system explains variation in UK general practice*. Diss. UCL (University College London).

Meenan RT, Goodman MJ, Fishman PA, et al. (2003): *Using risk-adjustment models to identify high-cost risks*. *Med Care* 2003;41:1301–12.

Debbie Singh and Chris Ham (2006): *IMPROVING CARE FOR PEOPLE WITH LONG-TERM CONDITIONS. A review of UK and international frameworks*. University of Birmingham. HSMC.

WHO (2016): *Integrated care models: an overview*.

- Regione Veneto (2013): *Progetto ACG. Il sistema Adjusted Clinical Groups. Relazione finale sulle attività progettuali del secondo anni di sperimentazione.*
- Reid RJ, Roos NP, MacWilliam L, Frohlich N, Black C. (2002): *Assessing population health care need using a claims-based ACG morbidity measure: a validation analysis in the Province of Manitoba.* Health Serv Res 2002;37(5):1345-1364.
- Reid R, MacWilliam L, Verhulst L, Roos NP, Atkinson M. (2001): *Performance of the ACG case mix system in two Canadian provinces.* Med Care 2001;39(1):86-99.
- Judge, K., and N. Mays. (1994): *Allocating Resources for Health and Social Care in England.* British Medical Journal 308: 1363-6
- Starfield B. (2006): *Chronic illness, comorbidity, and primary care quality.* In Rosen B, Saltman R, Shani M. *Health Systems: Are We in a Post Reform Era?* Jerusalem: Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research, 2006, pp. 81-84-
- Weiner, J., A. M. Tucker, A. M. Collins, H. Fakhraei, R. Lieberman, C. Abrams, D. G. Trapnell, and J. G. Folkmer (1998): *The Development of a Risk-Adjusted Capitation Payment System for Medicaid*
- Sven G Engström, Lennart Carlsson, Carl-Johan Östgren, Gunnar H Nilsson and Lars A Borgquist (2006): *The importance of comorbidity in analysing patient costs in Swedish primary care.* BMC Public Health2006:36
- Orueta, J. F., J. Lopez-DeMunain, K. Baez, J. M. Airzaguena, J. L. Aranguren, and E. Pedrerae. (1999): *Application of Ambulatory Care Groups in the Primary Care of a European National Health Care System*
- Wingenfeld K. (2005): *Die Entlassung aus dem Krankenhaus.* Huber Verlag
- Cousins M. S., Shickle L. M., Bander J. A. (2004): *Disease Management.* July 2004, 5(3): 157-167. doi:10.1089/109350702760301448.