

**Evidence Basic in Social-Health Integration,  
nuovo paradigma di efficacia, efficienza ed economicità di assistenza territoriale  
(il Distretto Socio Sanitario 1 ASL Bari si racconta)**

## **Premessa**

L'anno 2011, in campo sanitario e socio-sanitario, si fa apprezzare per la pubblicazione di tre importanti documenti regionali: **DGR n. 691 del 12 aprile 2011** *“Linee guida per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete dei servizi socio-sanitari”*, **Regolamento Regionale n. 6 del 18 aprile 2011** *“Regolamento di organizzazione del D.S.S.”* e **DGR n. 2814 del 12 dicembre 2011** *“Approvazione Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane (S.Va.M.A.) e delle persone disabili (S.Va.M.Di.) e Modello di Piano di Assistenza Individuale”*.

L'evoluzione che le normative intendono perseguire va nella direzione di affermare la mission di **caratterizzare territorialmente** il sistema di cura, protezione e inclusione sociale, nella prospettiva che il **Territorio** diventi luogo centrale e determinante di produzione della salute, secondo i criteri di universalità, solidarietà ed equità.

Si discuterà di come un'integrazione socio-sanitaria basata sulle evidenze, fornendo nuovo impulso al governo partecipato e integrato dell'assistenza territoriale, possa diventare per il Distretto Socio Sanitario un nuovo paradigma nei processi di valutazione di efficacia, efficienza ed economicità.

La discussione sul valore strategico dell'integrazione socio-sanitaria prenderà a riferimento la raccolta dati conseguiti nei programmi di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale assicurati dal Distretto Socio Sanitario 1 ASL BA nell'anno 2011.

Per meglio comprendere le caratteristiche del Distretto Socio Sanitario 1 si antepone all'analisi ragionata dei dati, una breve descrizione della struttura demografica, della specificità del territorio e delle dinamiche della popolazione.

L'economia delle città di Molfetta e di Giovinazzo, attualmente è fondata prevalentemente sul settore terziario, pur rimanendo, visto l'affaccio di entrambe le città sulla costiera adriatica, centri pescherecci ed agricoli.

Come si rileva dalla relazione sociale di Ambito di Luglio 2011, le città di Molfetta e Giovinazzo hanno una popolazione residente pari, rispettivamente, a 60.159 abitanti ed a 20.687.

Nell'ambito territoriale si registra la composizione equilibrata della popolazione tra uomini e donne; la fascia di età compresa tra 0/24 anni è pari a 14.896 unità, quella che dai 24 ai 64 anni a 33.865.

La percentuale della popolazione molfettese che ha un'età dai 65 anni in poi è pari a circa il 20,4% della popolazione, con un indice di vecchiaia pari al 151,1%; quella giovinazzese che ha un'età dai 65 anni in poi, rappresenta la percentuale di circa 18,4%, con un indice di vecchiaia pari al 135,7%.

Il confronto tra le percentuali degli indici di vecchiaia (151,1% per Molfetta-135,7% per Giovinazzo) pongono in evidenza l'elevato invecchiamento della popolazione a fronte della bassa densità demografica della stessa città.

Il fenomeno della trasformazione della popolazione indica in modo evidente, ed in crescita, l'aumento progressivo delle classi anziane; del resto, il processo di invecchiamento della popolazione è una caratteristica demografica in atto da tempo nel nostro Paese.

Sul piano socio-sanitario l'aspetto più rilevante dell'invecchiamento della popolazione è l'elevata incidenza della perdita totale o parziale dell'autosufficienza e la conseguente necessità di sostenere, attraverso i servizi domiciliari, le famiglie che se ne fanno carico.

Storicamente in Puglia, la famiglia riveste un ruolo centrale in riferimento ai compiti di assistenza alla persona, a cui si somma un nuovo fenomeno: una percentuale di assistenti domiciliari viene rappresentata non più solo da personale reperito all'esterno della famiglia (badanti private) ma all'interno della stessa, poiché a causa della disoccupazione, familiari dei pazienti (figli, nipoti, nuore, generi) si rendono sovente disponibili a ricoprire il ruolo di badanti remunerati.

Per rispondere efficacemente ai bisogni emergenti e a quelli sommersi che si generano dai fenomeni socio-economici e demografici brevemente richiamati, l'implementazione della coesione della Rete dei servizi di assistenza esistente sul territorio rappresenta sul piano strategico la soluzione da perseguire.

## Discussione

Le principali tipologie di Utenza messe a confronto con le prestazioni assistenziali erogate a livello distrettuale, rappresentate nella Tab. 1, rispettano la classificazione proposta dal DPCM 14 febbraio 2001 sull'Integrazione socio-sanitaria e dal DPCM 29.11.2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza, richiamati nel Piano di Salute 2008-10 e nel Piano delle Politiche Sociali 2009-11 della Regione Puglia.

Tab. 1 Assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale: classificazione Utenza /Prestazioni /Strutture

UTENZA	PRESTAZIONI	STRUTTURE
1) Anziano non autosufficiente 2) Disabile grave o gravissimo 3) Paziente multiproblematico in condizione di fragilità clinica temporaneamente o permanentemente invalidato 4) Paziente oncologico non autosufficiente 5) Paziente oncologico /non oncologico in fase avanzata o avanzatissima non più soggetto a terapie guaritive	Rete Ass. Domiciliare 1. AD Programmata 2. AD Sanitaria 3. AD Integrata 4. AD Oncologica 5. Hospice	<b>DISTRETTO</b> (erogata in forma diretta o in regime di convenzione mediante affidamento a terzi)
1) Anziano non autosufficiente 2) Disabile grave o gravissimo	Ass. Semiresidenziale	<b>CENTRO DIURNO</b> 1. Disabili 2. Demenze
1) Anziano non autosufficiente 2) Disabile grave o gravissimo 3) Persona affetta da patologie psichiatriche stabilizzate	Ass. Residenziale	<b>RSA</b> 1. Nucleo Ordinario 2. Nucleo Alzheimer 3. Nucleo Disabili <b>RSSA</b> 1. RSSA Anziani 2. RSSA Disabili 3. Dopo di noi 4. Casa per la vita

La distribuzione per Aree Cliniche (Tab. 2) dell'Utenza assistita in forma residenziale e semiresidenziale pone in chiaro che la prevalenza è a favore della senescenza e della demenza (**67%**).

Tab. 2 ANNO 2011 Assistenza semiresidenziale e residenziale: distribuzione Utenza per Aree Cliniche

Area della senescenza e della demenza	47	67%
Area della disabilità	10	14%
Area del disagio mentale	8	11%
Area Alzheimer	5	8%
<b>TOTALE NUOVE ISTANZE</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

In linea con l'invecchiamento della popolazione, il dato è imposto dalla netta preponderanza degli Utenti > 65 (**72%**) rispetto a gli Utenti < 65 anni (**28%**), con prevalenza delle donne (**61%**) rispetto agli uomini (**39%**) Tab. 3.

Tab.3 ANNO 2011 Assistenza semiresidenziale e residenziale: distribuzione Utenza per Età /Sesso

Residenza	Nuove Istanze	%	M	F	< 65 anni	> 65 anni
Giovinazzo	13	19%	5	8	5	8
Molfetta	57	81%	22	35	15	42
<b>TOTALE NUOVE ISTANZE</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>	<b>39%</b>	<b>61%</b>	<b>28%</b>	<b>72%</b>

N. 9 Cittadini /Utenti ogni 10.000 abitanti hanno fatto istanza di accesso all'assistenza semiresidenziale e residenziale, una percentuale che triplica (32 ogni 10.000) se pesata sulla popolazione > 65 anni, con una prevalenza della percentuale della popolazione anziana residente nel Comune di Molfetta su quella residente nel Comune di Giovinazzo (Tab. 4).

Il dato riportato, relativo alla prevalenza delle donne sugli uomini, è riveniente dal fattore culturale specifico del territorio per il quale la donna > 65, quasi sempre casalinga, si fa carico dell'assistenza del coniuge, contrariamente all'uomo che, nell'ipotesi di non autosufficienza della moglie, nella maggior parte dei casi non è in grado di assumersi il ruolo di care-giver.

Prendendo a riferimento i valori fissati dalla L. R. n.4/2012 "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali" art. 41 (n. 5,5 per 10.000 abitanti per le Residenze Sanitarie Assistenziali, di cui 1 riservato al Nucleo Alzheimer, n. 7 per 10.000 abitanti per le Residenze Sociali Sanitarie Assistenziali, n. 0,5 per 10.000 abitanti per i Centri diurni Alzheimer), il DSS 1 ASL BA fa registrare un ricorso alle prestazioni di assistenza semiresidenziale e residenziale in linea con i parametri regionali.

Essa crediamo sia il risultato di:

1. una significativa tenuta del tessuto sociale, e in particolare della rete familiare, nel farsi carico dell'assistenza del paziente fragile (anziano non autosufficiente, persona con cronicità invalidanti, portatori di disabilità gravi e gravissime);
2. una gestione distrettuale ottimizzata dei servizi e delle prestazioni (accoglienza e accessibilità), grazie anche ad un efficace funzionamento della rete di assistenza domiciliare:
  - sanitaria (ADP, ADS, ADO, Hospice) assicurata dal Distretto;
  - socio-sanitaria (ADI), assicurata in forma integrata dal Distretto/Comune;
  - socio-assistenziale assicurata dai Comuni dell'Ambito (SAD Molfetta e ADA Giovinazzo);
3. l'aver ottemperato, nei modi e nei tempi previsti (primo Distretto in Puglia), alle disposizioni regionali, per l'attribuzione del beneficio economico dell'Assegno di Cura (a favore di persone con gravi non autosufficienze) e dell'Assistenza Indiretta Personalizzata AIP (a favore di persone con gravissime non autosufficienze);
4. la presenza di due assistenti sociali dedicate alle attività sociosanitarie distrettuali, in integrazione con i servizi Sociali Comunali, sia per le attività di front-office che per le attività di back-office.

L'estensione ed il radicamento sul territorio dell'assistenza domiciliare erogata dal DSS 1 ASL BA, misurata in tutte le sue forme (ADP, ADS, ADI, ADO, Hospice), copre il **3,8%** (Tab. 4) della popolazione > 65 anni residente nell'Ambito territoriale di Molfetta-Giovinazzo (n.15.860 anziani stimati nel 2010).

Ciò ci permette di mettere in risalto il raggiungimento dell'Obiettivo di Servizio S06 del Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009-2011: 3,5 anziani ogni 100 > 65 anni entro il 2012.

Tab. 4 ANNO 2011 Assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale: distribuzione Utenti presa in carico

Comune	Abitanti stimati al 2010 FONTE: Relazione sociale di Ambito luglio 2011	Percentuale cittadini afferenti all'Assistenza Residenziale /Semiresidenziale	Popolazione anziana > 65 anni	Percentuale cittadini afferenti all'Assistenza Residenziale /Semiresidenziale pesta sulla popolazione anziana > 65 anni	N. Utenti in assistenza domiciliare (in tutte le sue forme: ADP, ADS, ADI, ADO-Cure Palliative, Hospice)	% Utenti in assistenza domiciliare (in tutte le sue forme) pesta sulla popolazione anziana > 65 anni
<b>Giovinazzo</b>	20.687	6 ogni 10.000 Abitanti	3.587 (17% Tot. Ab.)	2,2 x 1.000 Ab. > 65 anni	143	3,9%
<b>Molfetta</b>	60.159	9 ogni 10.000 Abitanti	12.273 (20,4% Tot. Ab.)	3,4 x 1.000 Ab. > 65 anni	467	3,8%
<b>Totali</b>	<b>80.846</b> <b>Abitanti</b>	<b>9 ogni 10.000</b> <b>Abitanti</b>	<b>15.860</b> <b>Ab. &gt; 65 anni</b>	<b>3,2 x 1000</b> <b>Ab. &gt; 65 anni</b>	<b>610</b>	<b>3,8%</b> <b>Ab. &gt; 65 anni</b>

La distribuzione delle nuove istanze di accesso all'assistenza residenziale, per struttura ospitante in relazione alla tipologia di Utente, evidenzia (Tab.5) come le richieste si dirigono maggiormente verso l'accesso in struttura socio-sanitaria (**57,5% in RSSA**) rispetto a struttura sanitaria assistita (**28,5% in RSA**).

Una tendenza nettamente ribaltata prendendo a valore le percentuali di nuovi Utenti che accedono in RSA (n. 20 paria al **100%** delle richieste, n. 0 Utenti in lista d'attesa) rispetto agli Utenti che accedono in RSSA (n.19 pari al **48%** delle richieste, n. 21 Utenti in lista d'attesa).

La criticità evidenziata per le RSSA anziani (**52%** delle richieste pervenute nel 2011 in lista d'attesa) è spiegata dalla tendenza di convergere verso le RSSA anziani più vicine, assieme al dato che il numero di posti disponibili a livello regionale è inferiore a quello programmato.

Nonostante sia noto a tutti l'incremento della fascia di popolazione > 65 anni, e conseguente aumento sia delle persone non autosufficienti che delle persone con demenza, a fronte di un fabbisogno di posti letto pari a 2.856 (7 su 10 mila abitanti), determinato sulla popolazione residente in Puglia al 1 gennaio 2009, ad oggi sono contrattualizzati 2.085 p.l., di questi 861 p.l. sono contrattualizzati nella Provincia di Bari a fronte di un numero programmato di 877 (Fonte DGR 13 marzo 2012 n. 484).

Significativo il numero degli Utenti che accedono in RSSA disabili, Dopo di noi, Casa per la vita e Diurno demenze in rapporto alle richieste (n.16 pari al **100%** delle richieste, n. 0 Utenti in lista d'attesa), frutto della realizzazione di sinergiche integrazioni tra il DSS 1 ASL BA, i Servizi Sociali dei Comuni d'Ambito, i Dipartimenti Territoriali (DSM e DDP) e le Strutture Semiresidenziali /Residenziali ospitanti.

Tab. 5 ANNO 2011 Assistenza semiresidenziale e residenziale: distribuzione delle nuove istanze per struttura ospitante in relazione alla tipologia di Utente

Struttura ospitante	N. nuove istanze	%	N. nuovi ingressi	%	N. Utenti in attesa	%
<b>RSA</b>						
- Nucleo Ordinario	19	27	19	38	0	0
- Nucleo Alzheimer	1	1,5	1	2	0	0
<b>RSA Totale</b>	<b>20</b>	<b>28,5</b>	<b>20</b>	<b>41</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>RSSA</b>						
- Anziani	27	38	14 (9/10 +5/11)	28	21	100
- Disabili	4	6	4	8	0	0
- Dopo di noi (art. 57)	4	6	4	8	0	0
- Casa per la vita	5	7,5	5	10	0	0
<b>RSSA Totale</b>	<b>40</b>	<b>57,5</b>	<b>27</b>	<b>55</b>	<b>21</b>	<b>100</b>
<b>Diurno</b>						
- Disabili	0	0	0	0	0	0
- Demenze	3	4	3	4	0	0
<b>DIURNO Totale</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>RINUNCE</b>	<b>7</b>	<b>10</b>				
<b>TOTALI</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Il percorso assistenziale integrato Ospedale-Territorio trova la sua massima espressione nella così detta "Dimissione Protetta", che concretamente rappresenta un graduale passaggio di setting assistenziale, tra strutture che esprimono funzioni contigue.

Se la prospettiva futura vede le strutture ospedaliere caratterizzate da un sempre più elevato livello di specializzazione nell'erogare un'assistenza sanitaria ai pazienti soprattutto nella fase di emergenza-urgenza o subacuta della malattia, diventa ancora più essenziale disporre di una funzione che possa fungere da cerniera tra la realtà ospedaliera e quella territoriale per i pazienti cosiddetti "fragili".

Un'appropriata presa in carico del paziente cronico/non autosufficiente richiede percorsi di cura integrati tra Ospedale e Territorio, in grado di evitare un possibile vuoto assistenziale che, oltre a essere negativamente percepito dal paziente quale abbandono istituzionale, può compromettere il buon esito delle cure e condurre alla medicalizzazione-istituzionalizzazione.

Concretamente, il paziente stabilizzato ma in compenso labile, per il quale viene proposta dalla Direzione Sanitaria ospedaliera o dalla Direzione Sanitaria di struttura extraospedaliera la dimissione protetta a domicilio, viene accolto in programmi (Distretto) di assistenza sanitaria (ADS) o in programmi (Distretto /Comune di Ambito) di assistenza socio-sanitaria integrata (ADI).

Qualora la domiciliarietà delle cure non sia perseguibile, per via del quadro clinico del paziente e/o per le condizioni socio-abitative del nucleo familiare d'appartenenza, è possibile attivare, in alternativa, la *Dimissione Protetta* da Struttura Ospedaliera o da Struttura Sanitaria extraospedaliera presso struttura residenziale sanitaria (RSA) o socio-sanitaria (RSSA).

Il DSS 1 e il Presidio Ospedaliero "*Don Tonino Bello*" di Molfetta della ASL BA, d'intesa con i Comuni dell'Ambito, hanno avviato un'operazione programmatica in materia di integrazione Ospedale-Territorio che è esitata nella predisposizione e, a breve, sottoscrizione di un Protocollo Operativo dedicato.

Prima ancora della predisposizione del Protocollo Operativo era stata già consolidata da qualche anno la stretta e proficua collaborazione tra le due assistenti sociali del Presidio Ospedaliero di Molfetta e il le due assistenti sociali del Distretto.

Questo importante strumento di integrazione socio-sanitaria, rappresentato dalla *Dimissione Protetta*, si pone a garanzia della continuità delle cure, soprattutto per quei soggetti portatori di pluripatologie cronico-degenerative e/o di severa non autosufficienza.

A significare la valenza di questa funzione terapeutica-assistenziale, assolutamente strategica nella economia di sistema, vorremo segnalare che (Tab. 6):

- il **31%** del totale di nuovi ingressi in RSA o RSSA (n. 21 utenti) hanno usufruito della Dimissione Protetta da Struttura Ospedaliera o Residenza Sanitaria extraospedaliera;
- l'**8%** del totale degli Utenti in Dimissione Protetta (n. 2 Utenti) sono transitati da Struttura Ospedaliera o Residenza Sanitaria extraospedaliera a RSSA;
- il **92%** del totale degli Utenti in Dimissione Protetta (n. 19 Utenti) sono transitati da Struttura Ospedaliera o Residenza Sanitaria extraospedaliera a RSA;
- il **100%** degli ingressi in RSA (n. 19 utenti) hanno beneficiato del percorso della Dimissione Protetta da Struttura Ospedaliera o Residenza Sanitaria extraospedaliera;
- il **3%** del totale degli Utenti assistiti a domicilio hanno usufruito del percorso della Dimissione Protetta;
- il **21%** degli Utenti che hanno usufruito della Dimissione Protetta sono afferiti in Hospice.

Tab. 6 ANNO 2011 Assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale:  
distribuzione percorsi di *Dimissione Protetta*

Inviante	N. Dimissioni Protette	N. Dimissioni Protette in RSA	N. Dimissioni Protette in RSSA	N. Dimissioni Protette in Assistenza Domiciliare	N. Dimissioni Protette in Hospice
Struttura Ospedaliera	17	16	2	17	17
Residenza sanitaria extraosp.	4	3	0	2	0
<b>TOTALI</b>	<b>21</b> (31% totale accessi ai programmi di assistenza semir. e resid.)	<b>19</b> (92% totale dimissioni protette)	<b>2</b> (8% totale dimissioni protette)	<b>19</b> (3% totale Utenti assistiti a domicilio)	<b>17</b> (21% totale Utenti in Dimissione Protetta)

Gli Utenti dimessi dalla struttura residenziale ospitante (RSA o RSSA) per decesso o dimissione programmata segnano una netta prevalenza del decesso (**60%**) Tab.7.

L'età media oltre i > 75 anni, il quadro clinico post-acuzie stabilizzato in ambito ospedaliero ma in compenso labile e l'elevata probabilità della riacutizzazione di patologie croniche di cui sono portatori, spiegano questo fenomeno, che si concentra prevalentemente in RSA (il **66%** del totale degli Utenti decedono prima della data di dimissione programmata, con una durata media di permanenza in struttura inferiore ai tre mesi) ove gli ingressi riguardano, ricordiamolo:

- persona non più in età evolutiva portatrice di alterazioni morbose stabilizzate o morfo-funzionali, che ha superato la fase acuta della malattia e per la quale è stato compiuto un adeguato trattamento terapeutico o di riabilitazione di tipo intensivo, ma che abbisogna di trattamenti terapeutici protratti nel tempo;
- persona anziana che presenta patologie cronicamente degenerative che non necessita di assistenza ospedaliera ma che abbisogna di trattamenti terapeutici protratti nel tempo.

Tab.7 ANNO 2011 Assistenza semiresidenziale e residenziale: distribuzione Utenti decessi /dimessi

<b>Struttura ospitante</b>	<b>N. Utenti Cessati (decessi /dimessi)</b>	<b>% Decessi</b>	<b>% Dimessi</b>	<b>% Totale</b>
<b>RSA</b>				
- Nucleo Ordinario	15 (10 decessi /5 dimessi)	43	22	65
- Nucleo Alzheimer	0	0	0	0
<b>RSA Totale</b>	<b>15</b>	<b>43</b>	<b>22</b>	<b>65</b>
<b>RSSA</b>				
- Anziani	7 (4 decessi /3 dimessi)	17	13	30
- Disabili	0	0	0	0
- Dopo di noi	0	0	0	0
- Casa per la vita	0	0	0	0
<b>RSSA Totale</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>30</b>
<b>Diurno</b>				
- Disabili	0	0	0	0
- Demenze	1 (dimesso)	0	5	5
<b>DIURNO Totale</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>TOTALI</b>	<b>23 (14 decessi /9 dimessi)</b>	<b>60%</b>	<b>40%</b>	<b>100</b>

La programmazione regionale, in linea con quella nazionale, indica nella Porta Unica di Accesso (PUA) e nella Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) gli strumenti operativi fondamentali per governare l'assistenza territoriale delle fragilità socio-sanitarie, prendendo come principi generali di riferimento:

- l'accesso semplificato ed unitario al sistema integrato dei servizi socio-sanitari;
- l'appropriatezza della presa in carico e la continuità delle cure;

La Porta Unica di Accesso esprime in maniera efficace, sia sul piano figurativo che di percorso, il concetto di "ingresso" alla rete dei servizi.

La Porta Unica di Accesso opera per il complesso dei servizi sanitari e socio-sanitari che compongono la rete assistenziale domiciliare, semiresidenziale e residenziale, riportate nel II° Piano di Zona 2010-12.

Al fine di assicurare al Cittadino /Utente la semplificazione nell'accesso all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, la tempificazione della presa in carico, il migliore governo del caso e l'appropriatezza delle risposte in funzione del bisogno clinico-assistenziale di cui è portatore, la Porta Unica di Accesso:

- va ad integrarsi, nell'ambito dei servizi sociali comunali, con l'organizzazione dei servizi di accoglienza (sportello sociale, segretariato sociale, etc) già organizzati nei Comuni dell'Ambito;
- si articola organicamente, nell'ambito della organizzazione del Distretto, con i diversi punti di accesso alla rete dei servizi sanitari attualmente esistenti (Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, Consultorio Familiare, Servizio di Assistenza Psicologica, Servizio Sociale Professionale);
- interagisce, nell'ambito della organizzazione della ASL BA con le altre strutture sanitarie dipartimentali presenti sul territorio aziendale (DSM, DDP, DP).

Nel DSS 1 ASL BA, la PUA è operativa dal 2007, e si articola in:

- n. 2 punti socio-sanitari di accesso ai servizi (front-office), operanti in rete presso i Comuni dell'Ambito Territoriale Molfetta-Giovinazzo; punto di forza della porta unica di accesso è stata la copresenza della figura dell'assistente sociale distrettuale e dell'assistente sociale comunale.
- un unico back-office, operativo presso il Distretto Socio Sanitario 1 ASL BA che ha avuto in forza ben due assistenti sociali dedicate a differenza di molte altre realtà distrettuali baresi dove tale figura è ancora totalmente assente.

Queste due figure hanno integrato le loro visioni istituzionale sociale e sanitaria giungendo così ad una valutazione globale dei bisogni.

Il Distretto Socio Sanitario 1 ASL BA e i Comuni dell'Ambito Territoriale Molfetta-Giovinazzo in questi anni si sono impegnati, riuscendovi a partire dal 2007, nel costituire e nell'affidare alla UVM un ruolo apicale nel governo del sistema integrato di servizi socio-sanitari, uniformando funzionalità, organizzazione e strumenti specifici di valutazione della domanda assistenziale.

Lo scopo ultimo della valutazione multidimensionale è quello di identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale, relazionale e ambientale dei soggetti cosiddetti "complessi" da avviare, mediante la formulazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) all'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

Prendendo a riferimento gli indicatori di performance dei programmi di accesso all'assistenza semiresidenziale e residenziale (Tab. 8) viene illustrato nel dettaglio come il corretto funzionamento della PUA e della UVM evidenzia e provi la propulsione progettuale, realizzativa ed economica insita all'integrazione socio-sanitaria, anche in considerazione della riorganizzazione della Rete Ospedaliera in atto nella Regione Puglia.

*Tab. 8 ANNO 2011 Assistenza semiresidenziale e residenziale: indicatori di performance PUA /UVM*

INDICATORI DI PROCESSO		INDICATORI DI PERFORMANCE		%
N. nuove istanze Anno 2011	70	Percentuale delle nuove istanze valutate in UVM		100%
N. Utenti transitati dallo Sportello PUA	52	Percentuale in rapporto al totale delle Nuove Istanze		100%
N. sedute UVM	70	Percentuale UVM verbalizzate		100%
N. PAI elaborati	70	Percentuale in rapporto al totale delle UVM effettuate		100%
N. presenze Comune di residenza	70	Percentuale in rapporto al totale delle UVM effettuate		100%
N. presenze Medico Specialista in UVM	70	Percentuale in rapporto al totale delle UVM effettuate		100%
N. presenze altra figura specialista	70	Percentuale in rapporto al totale delle UVM effettuate		100%
N. UVM convocate entro i 20 gg previsti	65	Percentuale in rapporto al totale delle Nuove Istanze		93%
N. ingressi con procedura d'urgenza	3	Percentuale in rapporto al totale Nuovi Ingressi		6%
N. Utenti con integrazione retta Comune	18	Percentuale in rapporto al totale delle Nuove Istanze		26%

Come ha scritto J. Lishman in *“Personal and Professional Development”* a cura di R. Adams, L. Dominelli, M. Payne., *“La valutazione prende in esame la nostra efficacia e ci aiuta a migliorarla; facilita la crescita della nostra responsabilità rispetto agli utenti e ai clienti, aumenta le nostre conoscenze (di cui al tempo stesso evidenzia i limiti) e ci aiuta a sviluppare nuovi modi di lavorare e di erogare servizi”*.

Le elevate percentuali (Tab. 8) stanno ad indicare inequivocabilmente che alle persone in condizione di fragilità sanitaria o socio-sanitaria, intercettando le istanze ed accogliendone i bisogni, il Distretto ha centrato l'obiettivo di offrire **RISPOSTE**:

- **appropriate**, il 100% delle nuove istanze sono state valutate in UVM
- **unitarie**, il 100% delle richieste ha transitato dallo Sportello PUA;
- **integrate**, il Comune di residenza ha partecipato al 100% delle UVM;
- **tempificate**, il 93% delle richieste sono state regolarmente evase nei 20 giorni previsti per legge;
- **pianificate**, il 100% delle UVM si sono chiuse con la predisposizione del PAI e sottoscrizione di relativo Verbale;
- **multidimensionali**, nel 100% delle sedute di UVM è stata assicurata la presenza degli operatori in relazione ai bisogni emergenti (familiari, sanitari, economici, abitativi, relazionali ecc) dell'assistito in valutazione;
- **interdisciplinari**, il 100% delle sedute di UVM ha visto la partecipazione dell'Assistente Sociale del Servizio Sociale Professionale del DSS, del Medico Specialista per patologia prevalente (Neurologo 68% - Geriatra 22% - Psichiatra 7% - Altro 3%); mentre il 30% delle valutazioni ha visto la partecipazione dello Psicologo, a cui è stato affidato il compito di fare dell'UVM un'occasione di confronto e crescita comune sui temi dell'integrazione socio-sanitaria;
- **sostenibili**, i Comuni dell'Ambito nel 26% delle nuove istanze di accesso all'assistenza semiresidenziale e residenziale, previa richiesta dell'avente diritto o familiare di riferimento titolato alla firma, hanno determinato l'integrazione, in parte o per intero, della quota sociale della retta spettante all'Utente, segnando virtuose azioni di sostegno alle fragilità economiche degli aventi diritto.

Le persone in condizione di disabilità e i pazienti psichiatrici stabilizzati mostrano le maggiori fragilità socio-economiche: (il **75%** degli ingressi nel Dopo di noi ed il **60%** degli ingressi nella Casa per la vita hanno fatto richiesta di integrazione retta), confermando che le fasce più bisognose di sostegno economico sono quelle storicamente più esposte a fenomeni di esclusione ed emarginazione socio-lavorativa.

Mettere in sicurezza le fasce più deboli della popolazione impone di implementare l'interconnessione tra il Distretto, il Presidio Ospedaliero e i Comuni dell'Ambito Territoriale, nella logica di assicurare risposte integrate di protezione e tutela socio-sanitaria.

In materia di prevenzione e contrasto della violenza di genere e in materia di affido familiare e adozioni, la costituzione di n. 2 équipe integrate multidisciplinari e multiprofessionali dedicate, con il coinvolgimento dei Consulenti Familiari e dei Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito, sostanzia questo impegno di civiltà.

Alle équipe integrate multidisciplinari e multiprofessionali il Distretto e i Comuni dell'Ambito, infatti, consegnano il compito di programmare ed assicurare:

- progetti ed interventi di prevenzione, tutela e di solidarietà, nonché attività di informazione e sensibilizzazione sul fenomeno della violenza contro le donne, i minori e le persone straniere immigrate;

- azioni di sensibilizzazione, promozione e supporto dell'iter adottivo e di affidamento, con riferimento alla qualificazione degli interventi di sostegno psicologico, educativo e socio-assistenziale delle famiglie.

## Conclusioni

L'impresa assegnata all'integrazione socio-sanitaria di orientare il futuro dell'assistenza territoriale, tracciando e disegnando i percorsi della promozione, sviluppo e tutela della salute quale formidabile agente di protezione, sicurezza e coesione sociale, è traguardabile solo e soltanto superando logiche ormai obsolete, del tipo "ospedalocentriche" o "distrettocentriche", rendendo centrale il Territorio.

All'integrazione socio-sanitaria infatti il Distretto si affida per qualificare la propria capacità di accogliere, valutare, programmare ed assicurare (direttamente o per committenza) servizi e prestazioni.

Il Distretto SS 1, i Servizi Sociali dei Comuni di Molfetta e Giovinazzo, il Presidio Ospedaliero "Don Tonino Bello" e i Servizi dipartimentali (CSM e Ser.T.) attraverso l'integrazione socio-sanitaria si radicano nel proprio ambito territoriale, responsabilizzando e valorizzando tutti coloro che sono impegnati nello sviluppo della salute, chiedendo di dialogare e di riconoscersi reciprocamente, anche al fine di promuovere la cultura della responsabilità condivisa.

L'integrazione socio-sanitaria è destinata concretamente a:

- dare maggiore impulso alla gestione manageriale dei servizi e delle prestazioni attraverso strumenti e modelli orientati alla partecipazione, efficacia, efficienza, economicità, accessibilità, accoglienza e miglioramento continuo della qualità;
- realizzare la connessione ed equilibrio tra l'obiettivo generale di tutela della salute e allocazione appropriata delle risorse disponibili;
- diventare il garante di riferimento per leggere, programmare, valutare, guidare e consolidare lo sviluppo della salute nel territorio in conformità e coerenza con i documenti di pianificazione regionale, aziendale e di Ambito;
- informare il Cittadino /Utente sui Servizi esistenti sul territorio e sulla modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni, rendendolo partecipe al corretto utilizzo delle risorse;

Come affermato da Elisabetta Neve (1) *"si integra ciò che è stato artificialmente separato e che ha reso ciascuno dei due soggetti monchi, incompleti e alla fine inefficaci"*.

In conclusione mettere a sistema l'integrazione socio-sanitaria è ormai un'operazione (strategica, gestionale e professionale) imprescindibile e inderogabile per un Distretto che si propone di diventare "forte", capace cioè di garantire una governance matura e ampiamente condivisa di tutte le risorse necessarie per rispondere al bisogno di salute del Territorio e chi lo anima ovvero il Cittadino /Utente.

(1) il servizio sociale tra Teoria e Prassi in Atti del Seminario Nazionale

Direttore DSS Uno	dott. I. Bellapianta, Dirigente medico
Specialista DSS Uno	dott. R. Pomarico, Neurologo
Responsabile Integrazione Socio sanitaria DSS Uno	dott. P. F. Ceci, Dirigente Psicologo
Referente del Servizio Sociale Professionale distrettuale per Giovinazzo (in servizio presso l'Ara "Servizio Socio Sanitario" ASL BA dal 1 aprile 2012)	dott.ssa C. Mongelli, Ass. Sociale Specialista
Referente del Servizio Sociale Professionale distrettuale per Molfetta	dott.ssa S. Ruggiero, Ass. Sociale Specialista
Case Manager DSS Uno	sig.ra M. del Vecchio, Infermiere Professionale
Case Manager DSS Uno	sig.ra K. Lamanuzzi, Infermiere Professionale