



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELLA PROGRAMMAZIONE, BILANCIO, CREDITO E
ASSETTO DEL TERRITORIO

Centro Regionale di Programmazione

PREMIALITA' 2007 – 2013

**ALL. C) PIANO D'AZIONE TEMATICO: SERVIZI DI CURA PER GLI
ANZIANI**

Indice

1.	ANALISI DI CONTESTO	4
1.1.	Il quadro demografico della Regione	4
1.2.	Il quadro nosografico della Regione	6
1.2.1.	La mortalità per causa	6
1.2.2.	La morbosità nella popolazione	7
1.3.	L'offerta di prestazioni sanitarie	9
1.3.1.	L'assistenza di base	9
1.3.2.	La rete ospedaliera	10
1.3.3.	L'offerta specialistica ambulatoriale	10
1.3.4.	La continuità assistenziale	10
1.4.	La domanda di prestazioni sanitarie	10
1.4.1.	La domanda regionale di ricoveri	10
1.4.2.	L'assistenza specialistica ambulatoriale	12
1.5.	Le Cure Domiciliari Integrate nella realtà regionale	12
1.5.1.	Caratteristiche organizzative delle Cure Domiciliari Integrate	14
1.5.2.	Caratteristiche delle persone assistite	21
1.5.3.	Caratteristiche dell'assistenza erogata	25
2.	LE STRATEGIE IN ATTO	29
2.1.	Indirizzi e norme regionali e nazionali	29
2.2.	Piano Sanitario Nazionale e Assistenza Domiciliare Integrata	31
2.3.	Documenti della programmazione regionale	32
2.4.	Il Piano Locale Unitario dei Servizi (PLUS)	35
2.4.1.	Azienda Sanitaria Locale n. 1 di Sassari	37

2.4.2. Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia	37
2.4.3. Azienda Sanitaria Locale n. 3 di Nuoro	37
2.4.4. Azienda Sanitaria Locale n. 4 di Lanusei	38
2.4.5. Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Oristano	38
2.4.6. Azienda Sanitaria Locale n. 6 di Sanluri	39
2.4.7. Azienda Sanitaria Locale n. 7 di Carbonia	39
2.4.8. Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari	39
2.5. Le Cure Domiciliari Integrate	41
2.6. Implementazione del sistema informativo sanitario regionale - SISAR	43
2.7. Quadro sinottico della strategia in atto	43
3. ANALISI DEI PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA, DI OPPORTUNITA' E RISCHI	47
3.1. Punti di forza	47
3.2. Punti di debolezza	48
3.3. Opportunità	49
3.4. Rischi	49
4. DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA FUTURA	50
4.1. Definizione delle opzioni strategiche	53
4.2. Attuazione	70
4.2.1. Normativa di riferimento	70
4.2.2. Cronoprogramma	71
4.2.3. Modalità organizzative per l'attuazione, la gestione e il monitoraggio	73

1. ANALISI DI CONTESTO

1.1. Il quadro demografico della Regione

La Sardegna (tab. 1) ha una popolazione di 1.659.443 abitanti (Fonte ISTAT con riferimento al 31.12.2006) di cui il 49% maschi ed il 51% femmine (in valori assoluti: 814.695 M e 844.748 F), con una densità abitativa tra le più basse in Italia pari a 68,7 ab./km² (194,1 rif. Italia). Il **rapporto di mascolinità** è di 0,96 (96 maschi ogni 100 femmine) evidenziando la maggior presenza femminile, con differenze nelle diverse classi di età. Le femmine sono più numerose dei maschi nelle classi di età più adulte, a partire dai 45 anni.

Tab. 1 – Popolazione residente in Sardegna per classi di età								
Classi di età	2004		2005		2006		Rapporto M/F 2006	
	N	%	N	%	N	%	Sardegna	Italia
0-14	216.069	13,1	212.980	12,9	210.155	12,7	1,07	1,06
15-44	720.335	43,7	713.228	43,1	704.951	42,5	1,03	1,03
45-64	430.802	26,1	437.776	26,4	445.880	26,9	0,98	0,96
65 +	282.846	17,1	291.693	17,6	298.457	18,0	0,75	0,72
Totale	1.650.052	100,0	1.655.677	100,0	1.659.443	100,0	0,96	0,94

Fonte: Istat

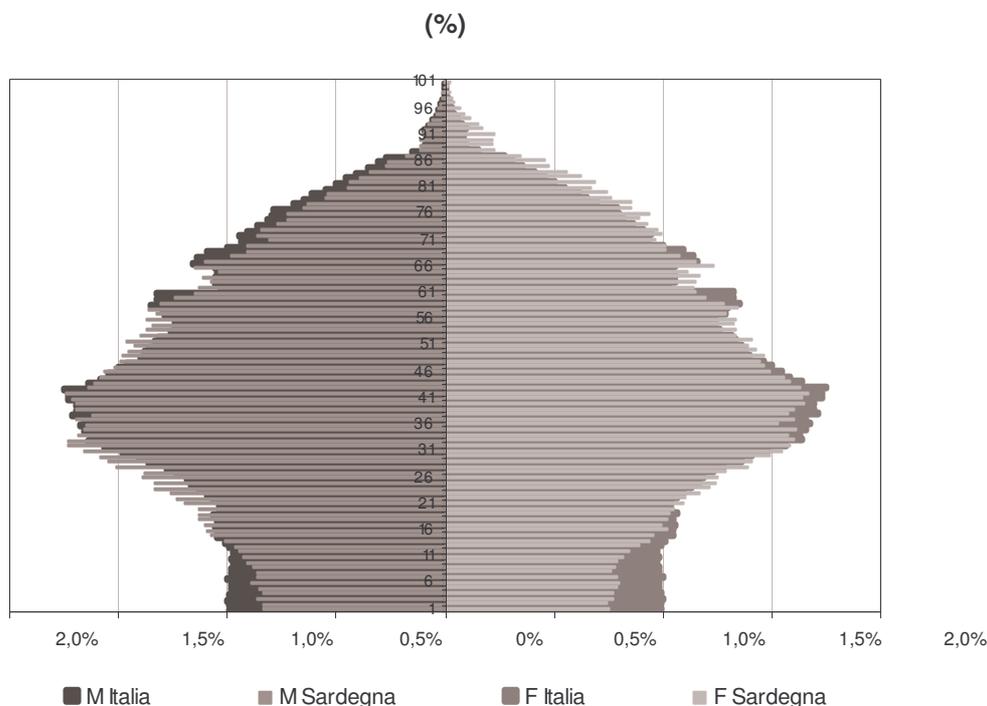
La popolazione sarda ha una struttura per età meno anziana rispetto a quella nazionale, ma parimenti coinvolta in un continuo e progressivo fenomeno di invecchiamento. L'incidenza degli ultra 65enni (**indice di invecchiamento**), pari al 18,0% della popolazione regionale, risulta inferiore al dato nazionale (19,9%). Nel 2006 il valore dell'**indice di vecchiaia** (rapporto 65+/0-14 per 100 – tab. 2), indicatore sintetico dell'invecchiamento della popolazione, si allinea al valore nazionale pari a 142 ultra 65enni ogni 100 individui con età inferiore ai 15 anni. Alla crescita della popolazione anziana si contrappone un decremento della popolazione in età pediatrica (0-14 anni) attualmente pari al 12,7% (14,1% rif. Italia).

Tab. 2 – Indici demografici della popolazione residente in Sardegna				
Indicatore	2004	2005	2006	Italia 2006
Indice di vecchiaia (per 100)	131	137	142	142
Indice di dipendenza	43,3	43,8	44,2	51,6

Fonte: Istat

Confrontando le piramidi delle età (Grafico 1) si nota per la Sardegna, un'incidenza della popolazione giovanile inferiore a quella nazionale, mentre con riferimento alla popolazione anziana la regione presenta situazioni diverse per genere, con una incidenza degli ultra 65enni inferiore alla media nazionale per i maschi e superiore per le femmine.

Grafico 1 - Piramide dell'età della popolazione residente in Italia e Sardegna - anno 2006



Fonte: Istat

Nel 2006 il **tasso grezzo di natalità** (rapporto fra nati vivi e popolazione media residente per 1.000) ed il **tasso grezzo di mortalità generale** (rapporto fra decessi e popolazione media residente per 1.000) registrati nella regione sono inferiori al dato nazionale (tab. 3). Il **tasso di crescita naturale** (differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità) risulta negativo (-0,4) ma è bilanciato dal **saldo migratorio** (2,6) dando origine ad un **tasso di crescita totale** (somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio) di 2,2 che indica come la popolazione regionale stia aumentando, seppur in misura inferiore rispetto al riferimento nazionale (6,2).

Tab. 3 – Indicatori demografici della popolazione residente in Sardegna (per 1.000 abitanti)				
Indicatore	2004	2005	2006	Italia 2006
Tasso grezzo di natalità	8,0	8,0	8,0	9,5
Tasso grezzo di mortalità	8,1	8,5	8,4	9,5
Saldo migratorio	4,4	3,9	2,6	6,2
Tasso di crescita totale	4,3	3,4	2,2	6,2

Fonte: Istat

La **speranza di vita alla nascita** (numero medio di anni che restano da vivere ad un neonato) che si attende in regione mostra una tendenza all'aumento ed è sovrapponibile al dato nazionale mantenendo in entrambi i contesti un netto differenziale di genere (tab. 4).

Tab. 4 - Speranza di vita alla nascita per sesso nel 2006 (stima)		
Indicatore	Sardegna	Italia
Speranza di vita alla nascita Maschi	78,0	78,3
Speranza di vita alla nascita Femmine	84,7	84,0

Fonte: Istat

1.2. Il quadro nosografico della Regione

Il profilo di salute della popolazione sarda, pur generalmente sovrapponendosi a quello della popolazione nazionale nel suo complesso, in parte assume connotazioni particolari.

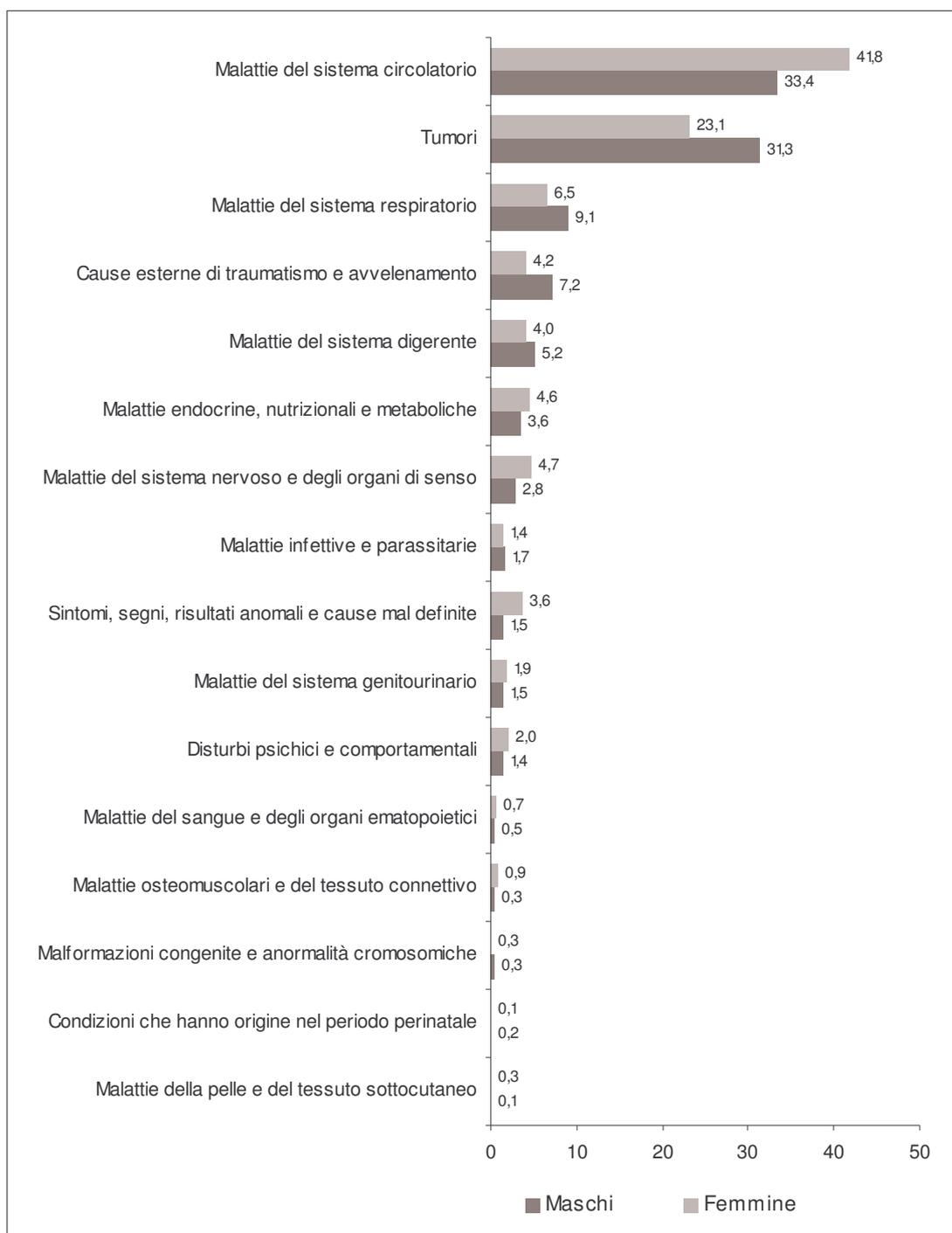
Dall'analisi dei dati di mortalità nell'intervallo di tempo 1990-2004 è emerso per la regione un **tasso grezzo di mortalità generale** M+F sempre inferiore a quello nazionale nel suo complesso, pur ricalcandone l'andamento in leggero aumento fino all'anno 2003, dopo il quale si nota una flessione. Si sono registrati in media, ogni anno, 13.600 decessi con un tasso grezzo di 85 per 10.000 abitanti. I **tassi standardizzati di mortalità** (che tengono conto della struttura per età della popolazione), stratificati per genere, non presentano, al contrario, scostamenti rilevanti rispetto al dato nazionale ed emerge il noto fenomeno del differenziale di mortalità per genere a favore di quello femminile.

1.2.1. La mortalità per causa

La mortalità proporzionale esprime il peso che ciascuna causa di morte ha sulla mortalità generale. Con riferimento all'anno 2003, fra i grandi gruppi di cause, malattie cardiovascolari e tumori rappresentano in Sardegna, come nel resto d'Italia e del mondo occidentale, le prime due cause di morte, essendo responsabili di oltre i due terzi di tutti i decessi (Grafico 2). Il 42% circa dei decessi nel sesso femminile e il 33% in quello maschile sono attribuiti a patologie del sistema circolatorio, mentre quasi 1/4 dei decessi nelle femmine ed 1/3 nei maschi sono imputabili a cause tumorali. Seguono in ordine decrescente malattie dell'apparato respiratorio e cause violente (traumatismi e avvelenamenti), senza distinzione per genere; mentre malattie dell'apparato digerente e malattie delle ghiandole endocrine sono rispettivamente quinta e sesta causa nei maschi e sesta e quinta nelle femmine. La quota di mortalità attribuibile a sintomi, segni e cause mal definite, verosimilmente è attribuibile ad una carenza nella gestione del dato di mortalità.

Grafico 2 – Mortalità proporzionale per i principali gruppi di cause in Sardegna. Maschi e femmine.

Anno 2003



Fonte: Istat

1.2.2. La morbosità nella popolazione

Le **patologie cardiovascolari** rappresentano un importante carico di malattia in Sardegna, per la loro prevalenza in termini di morbidità e disabilità, per il tasso di mortalità, per l'assorbimento

di risorse e il ricorso ai servizi sanitari. Fra gli adulti, come indicato dai dati dell'ISS, il 33% degli uomini e il 29% delle donne è iperteso. Il 21% degli uomini e il 28% delle donne ha una ipercolesterolemia. Nell'ambito delle malattie cardiovascolari, per quanto riguarda in particolare le classi anziane, un peso crescente assume lo scompenso cardiaco, che colpisce l'1,5-2% della popolazione del mondo occidentale.

I **disturbi circolatori dell'encefalo** rappresentano, per dimensioni epidemiologiche e per impatto socio economico, un'importante problematica sanitaria. Nel territorio regionale, l'assistenza delle persone colpite da ictus è insufficiente sia per il trattamento acuto sia per la neuro-riabilitazione e il reinserimento sociale.

I **tumori**, che costituiscono la seconda causa di morte in Sardegna, generano un bisogno sanitario che può essere stimato solo approssimativamente, mediante ricorso alle statistiche sulla mortalità o estendendo all'ambito regionale le osservazioni del Registro tumori dell'Azienda USL di Sassari. I dati di mortalità (ISTAT, dicembre 2007), nel periodo che va dal 1990 al 2003, indicano che il tasso di mortalità per tutti i tumori (M+F) in Sardegna è stato sempre inferiore a quello nazionale, ma ha mostrato una tendenza all'aumento, passando da circa 20 decessi per 10.000 ab. del 1990 a 24 decessi per 10.000 ab. del 2002 (Italia 26 e 28, rispettivamente). Le proiezioni basate sull'evoluzione temporale della patologia oncologica, fanno stimare per la Sardegna il numero di nuovi casi all'anno pari a circa 7.800 tumori solidi e a 700 emopatie maligne. Dai dati SDO per il triennio 2004-2006, i residenti ospedalizzati per tumori (benigni e maligni) si attestano dal 2004 al 2006 in circa 15.000 l'anno in degenza ordinaria e 7.600 in regime diurno; i pazienti ricoverati per trattamenti radio e chemio-terapici sono stati 1500 all'anno in regime ordinario e 3000 circa in regime diurno.

Le **malattie respiratorie** rappresentano in Sardegna la terza causa di morte, con un'incidenza maggiore nelle decadi centrali della vita ed un'elevata mortalità nelle fasce di età più avanzate. Le abitudini di vita e le condizioni dell'ambiente (in particolare nei poli industriali caratterizzati dalla presenza di importanti fattori di rischio) rappresentano le maggiori fonti di rischio per le malattie respiratorie. Le malattie allergiche respiratorie esercitano un grave impatto sulla qualità della vita, sulla disabilità, sui costi diretti ed indiretti; in particolare, l'asma bronchiale, malattia sociale dal 1999, con un'incidenza di circa l'8-10%, costituisce un problema di sanità pubblica. La prevalenza delle **malattie allergiche**, dermatite atopica, rinite allergica ed asma bronchiale, è significativamente aumentata negli ultimi anni.

Alta è anche la prevalenza di **malattie reumatiche** a patogenesi immuno-mediata e sono particolarmente rilevanti prevalenza e incidenza delle **malattie endocrine e dismetaboliche**, principalmente per quelle tiroidee anche a causa della persistente carenza iodica: recenti indagini hanno dimostrato che oltre il 50% della popolazione sarda di età superiore a 50 anni è affetto da gozzo multinodulare.

La Sardegna è la regione che presenta il più alto numero di nuovi casi di **diabete** di tipo 1: l'incidenza del diabete mellito infanto-giovanile (0-14 anni) è infatti di circa 42 casi ogni 100.000 abitanti, mentre nel resto d'Italia i nuovi casi si aggirano intorno a 6 su 100.000 abitanti.

Attualmente nell'Isola il numero dei diabetici (tipo 1 e tipo 2) è di circa 50.000. Se a questo numero si aggiungono i diabetici non trattati e non ancora diagnosticati si stima un numero, approssimato per difetto, di circa 80.000 persone. Questo significa altrettante famiglie interessate, con circa 250-300.000 cittadini in totale (circa 1/5 della popolazione sarda). Il diabete mellito è da ritenersi a tutti gli effetti una vera e propria emergenza sociosanitaria, anche perché il diabete mellito di tipo 2 (il cosiddetto diabete dell'adulto) è in costante crescita. In Sardegna, anche in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione, sono in aumento i casi di **demenza senile** e di **malattia di Alzheimer**. Una percentuale non irrilevante della popolazione anziana, più del 7%, soffre di disturbi cognitivi legati al decadimento demenziale, alimentando un bisogno di cura e di assistenza che coinvolge un numero crescente di familiari e di caregivers.

L'**insufficienza renale cronica** non dializzata interessa il 5% della popolazione sarda pari a oltre 80.000 cittadini, molti dei quali sono ipertesi e diabetici. La fase dializzata riguarda oltre 2.000 persone in Sardegna: i dati del registro regionale della Società italiana di nefrologia (SIN) prevedono un aumento dei pazienti che richiedono l'assistenza nefrologica, in particolare quella dialitica e il trapianto renale.

In Sardegna l'**obesità**, secondo i dati dell'ISS relativi al 2004, ha una prevalenza del 9,6% (Indice di Massa Corporea, IMC>29,9) e quella dei sovrappeso (IMC>24,9) è del 34,8%.

Con riferimento alla malattia mentale, circa il 25% della popolazione adulta della regione vive una condizione di **disagio psichico** quale ansia, depressione reattiva, insonnia, difficoltà relazionali, abuso di alcol o di sostanze, disturbi psicosomatici. I **disturbi psicotici** sono presenti nel 1,5-2,5% della popolazione.

Alcune **malattie rare**, la cui prevalenza per definizione è inferiore a 5 casi per 10.000 abitanti, appaiono in Sardegna particolarmente frequenti (talassemia, malattia di Wilson, poliendocrinopatia autoimmune tipo 1 e malattia celiaca), altre appaiono invece meno frequenti (malattie neuromuscolari tipo distrofie muscolari e sclerosi laterale amiotrofica) ma necessitano ugualmente di una particolare assistenza per la loro progressività e gravità.

1.3. L'offerta di prestazioni sanitarie

Sono di seguito riportati alcuni dettagli sull'offerta dei principali tre livelli di assistenza (primaria, ospedaliera e specialistica ambulatoriale) e della continuità assistenziale.

1.3.1. L'assistenza di base

L'assistenza sanitaria di base è erogata dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di libera scelta (PLS) convenzionati con le ASL. Il numero totale di MMG che operano in Sardegna (anno 2005 – Fonte Istat) è di 1.393, pari ad un tasso regionale di 8,43 su 10.000 abitanti (8,02 Italia), che assistono ciascuno mediamente 1.042 pazienti.

1.3.2. La rete ospedaliera

Al 31 dicembre 2006 i posti letto negli ospedali pubblici e presso strutture private accreditate sono 7.824 distinti in posti letto per acuti e post acuzie; ordinari e diurni.

La dotazione totale effettiva di posti letto è superiore allo standard nazionale di 4,5 posti letto per 1.000 abitanti (7.824 posti letto effettivi a fronte di un fabbisogno stimato in base al parametro del 4,5 per 1.000 ab. di 7.425 posti letto). Si rileva un forte esubero di posti letto per acuti (7.643 posti letto effettivi a fronte di un fabbisogno stimato in base al parametro del 3,5 per 1.000 ab., di 5.775 posti letto) e viceversa una carenza di posti letto post-acuzie (181 posti letto effettivi a fronte di un fabbisogno stimato in base al parametro dell'uno per 1.000 ab. di 1.650 posti letto). Il tasso complessivo di utilizzo dei posti letto ordinari (65,8%) è inferiore al tasso nazionale di riferimento (75%). Il tasso complessivo di utilizzo dei posti letto diurni per acuti è attualmente inferiore al tasso minimo del 10%.

1.3.3. L'offerta specialistica ambulatoriale

L'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali è descrivibile in termini di "punti di offerta" (numero di strutture erogatrici: 393 ambulatori e laboratori, di cui 192 convenzionati – Ministero della Salute, anno 2004) e di rapporto tra numero di strutture attive e la popolazione della Sardegna. Dalla fonte Istat, per l'anno 2005 il tasso di ambulatori e laboratori è pari a 23,4 per 100.000 abitanti (17,9 in Italia) e la percentuale di ambulatori e laboratori pubblici sul totale è il 49,7% (43,4% Italia).

1.3.4. La continuità assistenziale

Il servizio di continuità assistenziale assicura interventi domiciliari e territoriali per situazioni che rivestono carattere d'urgenza e che si verificano durante le ore notturne o nei giorni festivi e prefestivi. In Sardegna nel 2005 (ultimo anno per il quale sono disponibili le informazioni; fonte ISTAT) il servizio era articolato in 220 punti di guardia medica e occupava circa 1.174 medici, per un monte ore complessivo di 6.200 all'anno per servizio. Il tasso di medici titolari di guardia medica in regione, pari a 71 per 10.000 abitanti è decisamente superiore al dato nazionale (23 medici di guardia medica per 10.000 abitanti), come risposta alle diverse condizioni geomorfologiche del territorio, alle caratteristiche della rete viaria ed alla differente distribuzione della popolazione nelle diverse aree.

1.4. La domanda di prestazioni sanitarie

1.4.1. La domanda regionale di ricoveri

Negli ultimi anni l'andamento dell'ospedalizzazione ha visto una progressiva tendenza alla riduzione dei ricoveri: il **tasso grezzo di ospedalizzazione**¹ è infatti passato nel triennio 2004-

¹ Escluso DRG 391 "Neonato sano".

2006 da 226,8 a 207,6 ricoveri per 1.000 abitanti. Questi valori, con la standardizzazione per età e genere su base popolazione Istat al censimento 2001, aumentano rispettivamente in 234,0 e 210,0 (confermando la struttura per età e genere della popolazione differente dal riferimento nazionale). La quota % di ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriatezza (43 DRG individuati dall'allegato 2C del DPCM 2001) rispetto al totale dei ricoveri erogati (Ordinari + Diurni) nella medesima categoria, mostra una netta diminuzione dall'anno 2004 (56,7 %) all'anno 2006 (48,7%). La degenza media in regime ordinario, standardizzata per case-mix, è diminuita dall'anno 2003 (7,26) all'anno 2005 (7,15). La degenza media dei reparti di lungodegenza (disciplina 60) è ugualmente diminuita dall'anno 2003 (52,6) all'anno 2005 (43,6).

Con riferimento all'anno 2006, si osservano tra le principali diagnosi di ricovero in strutture del SSR (la quota di residenti in mobilità da altre regioni è minima) le patologie del sistema circolatorio, del sistema nervoso e degli organi di senso, dell'apparato digerente e tumorali (tab. 5) con ranghi non coincidenti rispetto a quanto osservato per la mortalità: le possibili spiegazioni di questa differenza potrebbero essere ricercate, evidentemente, nella variabilità dell'espressione del bisogno e nell'effettiva offerta di prestazioni ospedaliere.

Tab. 5 – Ricoveri ospedalieri totali per gruppi omogenei di diagnosi. Anno 2006

Rango	Diagnosi principale	Codice ICD 9	% sul totale
1	Malattie del sistema circolatorio	390-	11,4%
2	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	320-	10,9%
3	Malattie dell'apparato digerente	520-	10,2%
4	Tumori	140-	9,8%
5	Malattie del sistema genitourinario	580-	8,1%
6	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	630-	7,3%
7	Traumatismi e avvelenamenti	800-	6,9%
8	Malattie dell'apparato respiratorio	460-	6,5%
9	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	710-	6,1%
10	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	780-	5,0%
11	Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	V01-	4,2%
12	Malattie infettive e parassitarie	001-	2,9%
13	Disturbi psichici	290-	2,3%
14	Malattie endocrine (disturbi della tiroide, diabete,...)	240-	1,9%
15	Malattie del sangue e organi emotopeici	280-	1,7%
16	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	680-	1,5%
17	Disturbi nutrizionali	260-	1,3%
18	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	760-	1,1%
19	Malformazioni congenite	740-	1,0%

1.4.2. L'assistenza specialistica ambulatoriale

Nel 2006 sono state erogate a uomini e donne di tutte le età, quasi 9.700.000 prestazioni specialistiche ambulatoriali, su richiesta del medico di medicina generale (nel conteggio rientrano le prestazioni erogate sul territorio regionale, compresa la mobilità attiva, e al di fuori del territorio regionale; sono escluse le prestazioni erogate in regime privato). La struttura geografica del ricorso alle prestazioni risente fortemente della localizzazione dei punti di offerta.

L'indicatore regionale *prestazioni ambulatoriali erogate ai non ricoverati per 1000 residenti*, è inferiore al dato nazionale per diagnostica strumentale e per laboratorio, e superiore per le altre prestazioni (Ministero della Salute, anno 2005).

1.5. Le Cure Domiciliari Integrate nella realtà regionale

Nella realtà sarda, le Cure Domiciliari si profilano frammentate in molteplici servizi, sanitari e sociali, territoriali ed ospedalieri, spesso non ben collegati tra loro e presenti in maniera non omogenea nel territorio.

La situazione attuale è caratterizzata innanzitutto da una sostanziale separatezza tra gli interventi di tipo esclusivamente sanitario erogati dalle Aziende Sanitarie Locali e quelli di tipo sociale, garantiti dai Servizi Sociali dei Comuni: si delineano quindi due realtà, quella sociale e quella sanitaria, ciascuna con un proprio sistema di regole circa i diritti di accesso, i requisiti richiesti all'utente, le modalità di presa in carico, la metodologia di gestione ed erogazione degli interventi; il raccordo e l'integrazione tra i Servizi socio-assistenziali e quelli sanitari è rintracciabile quasi esclusivamente nell'iniziativa del singolo operatore che assume il carico professionale del paziente, spesso in assenza di regole e procedure codificate a garanzia del risultato qualitativo.

Le Cure Domiciliari, attualmente frammentate in molteplici forme, scontano, di conseguenza una minore efficacia dell'intervento assistenziale e una scarsa efficienza dei servizi complessivamente predisposti, infatti un elevato numero di ricoveri ospedalieri e di istituzionalizzazioni improprie sono state la conseguenza più diretta del mancato raccordo tra l'intervento sanitario e quello socio-assistenziale.

Le esperienze fino ad oggi maturate nel territorio regionale denotano inoltre una sostanziale disomogeneità tra le differenti realtà territoriali sia in termini programmatici, sia in termini gestionali del servizio

Va comunque sottolineato che, benché le Cure Domiciliari Integrate rappresentino, per complessità organizzativo-gestionale e potenzialità nel soddisfacimento di bisogni assistenziali complessi, la forma più avanzata di assistenza a domicilio, a livello distrettuale vengono erogate numerose altre prestazioni sanitarie e sociali di tipo domiciliare che non necessitano di una integrazione e di uno stretto coordinamento tra gli operatori coinvolti nei processi assistenziali,

ma ugualmente necessarie per mantenere l'anziano al proprio domicilio o per garantire un'adeguata assistenza alle persone che non possono recarsi presso l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale (MMG) o dello specialista. Sono ricomprese in questo contesto l'assistenza programmata (ADP) del MMG, l'assistenza infermieristica per cicli di terapia o per singole prestazioni, e l'assistenza domiciliare di tipo sociale.

Le cure domiciliari offerte nel territorio regionale in varie forme, a seconda delle condizioni della persona da assistere, delineano le seguenti tipologie di interventi:

- Assistenza Domiciliare Sociale (SAD): è un servizio fornito dai Comuni e comprende l'assistenza per la cura e l'igiene della persona, per la cura dell'alloggio e la gestione degli impegni quotidiani, per l'integrazione sociale, per le attività di segretariato sociale. La modalità di accesso prevede l'invio della richiesta agli assistenti sociali del Comune di appartenenza con i quali viene concordato un piano di assistenza domiciliare che definisce la frequenza delle attività, la durata e la tipologia di prestazioni da assicurare.
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP): prestazioni erogate dal Medico di Medicina Generale al domicilio di un proprio assistito, previa autorizzazione del servizio sanitario pubblico competente e secondo una calendarizzazione predefinita.
- Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID): prestazioni erogate dall'Infermiere Professionale aziendale al domicilio, secondo una calendarizzazione predefinita.
- Ospedalizzazione Domiciliare (OD): forme assistenziali che vedono l'intervento al domicilio del paziente di professionisti e tecnologie di esclusiva pertinenza ospedaliera.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): prevede il coordinamento, secondo un Piano Assistenziale Individualizzato e concordato, tra le prestazioni e gli interventi di natura sanitaria e quelli di natura sociale.
- Assistenza Domiciliare Integrata in Puerperio (ADIP).

L'esame della situazione attuale delle cure domiciliari integrate è basata sull'analisi del percorso assistenziale seguito dagli utenti nelle diverse realtà territoriali regionali, sui dati rilevati dai flussi informativi ministeriali e regionali riferiti agli anni 2004 -2006 e concernenti l'attività erogata dalle Aziende Sanitarie Locali.

In particolare, le informazioni raccolte derivano dai flussi ministeriale SIS (FLS 21 quadro H) e dalle schede di rilevazione regionali compilate con cadenza annuale dalle Aziende Sanitarie Locali, e da rilevazioni ad hoc effettuate con la collaborazione dei Responsabili aziendali dei servizi interessati, attraverso l'intervista telefonica oltrechè dalle indicazioni emerse in appositi incontri realizzati con i "portatori di interesse" e finalizzati alla concertazione e alla partecipazione degli stessi alla definizione degli obiettivi del Piano d'Azione.

Le informazioni disponibili riguardano prevalentemente l'assistenza domiciliare sanitaria mentre sono carenti le informazioni e i dati concernenti gli interventi sociali a rilevanza sanitaria, in quanto difficilmente scorporabili dalla attività complessiva socioassistenziale realizzata dai Servizi Sociali dei Comuni; questo si può imputare a carenze del sistema informativo ed alla mancanza di criteri e strumenti di gestione integrata dei sistemi informativi sanitario e sociale.

Le principali informazioni raccolte sono riconducibili a tre diverse dimensioni:

1. *le caratteristiche organizzative delle Cure Domiciliari Integrate;*
2. *le caratteristiche delle persone assistite;*
3. *le caratteristiche dell'assistenza erogata.*

E' opportuno precisare che nei paragrafi successivi si userà la dizione "Assistenza Domiciliare Integrata" per descrivere le attività assistenziali domiciliari di tipo sociosanitario riferite al periodo 2004-2006, periodo precedente all'emanazione delle recenti direttive regionali per la riorganizzazione e riqualificazione del servizio (Deliberazione G.R. 51/49 del 20/12/2007), mentre si utilizzerà la dizione "Cure Domiciliari Integrate" nella descrizione della strategia in atto e della strategia futura.

L'esame della situazione attuale ha permesso di effettuare considerazioni relative al livello di attuazione della riorganizzazione del servizio prevista nel provvedimento regionale, consentendo di cogliere gli aspetti salienti di questa modalità assistenziale.

1.5.1. Caratteristiche organizzative delle Cure Domiciliari Integrate

Descrizione del processo di erogazione delle Cure Domiciliari Integrate

In tutte le ASL sarde l'attivazione del percorso assistenziale di Cure Domiciliari Integrate avviene per segnalazione da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), del reparto ospedaliero all'atto della dimissione, dei Servizi sociali comunali oppure dei familiari dell'utente e/o di altri soggetti della rete informale.

La domanda di assistenza domiciliare e l'individuazione e valutazione del bisogno, viene gestita in maniera disomogenea tra le diverse ASL regionali in alcune (ASL n.1 di Sassari, ASL n. 2 di Olbia, ASL n. 3 di Nuoro, ASL n. 4 di Lanusei, ASL n. 5 di Oristano per ciò che concerne il Distretto di Ales e il Distretto di Ghilarza-Bosa, e ASL n. 6 di Sanluri) viene gestita dal Punto Unico di Accesso (PUA) ubicato presso il Distretto sociosanitario, mentre in altre (ASL n. 5 di Oristano per ciò che concerne il Distretto di Oristano, ASL n. 7 di Carbonia, ASL n. 8 di Cagliari), nelle quali il PUA non è stato ancora efficacemente implementato, tali compiti sono attribuiti direttamente all'Unità Operativa del Distretto che organizza le Cure Domiciliari Integrate.

Il bisogno assistenziale viene esaminato dall'Unità di Valutazione Territoriale (UVT) composta da diverse figure professionali (mediche e sociali) deputate ad effettuare la valutazione multidimensionale dell'utente (valutazione dello stato funzionale, clinico, cognitivo e sociale), UVT che, in genere, viene attivata dal PUA laddove istituito e parte del percorso. L'UVT, sulla base della Valutazione Multidimensionale, predispone un progetto personalizzato di assistenza nel quale sono definiti gli obiettivi assistenziali e la durata dell'intervento.

Con riferimento alla suddetta fase del percorso assistenziale si evidenziano le seguenti **criticità**:

- sia il PUA, che accoglie la domanda di assistenza del cittadino, sia l'UVT, che valuta il bisogno assistenziale, entrambi ubicati presso i Distretti sociosanitari delle ASL, non sempre sono integrati con i rappresentanti dei servizi sociali comunali;
- le metodologie utilizzate per effettuare la valutazione multidimensionale non sono standardizzate e omogenee sul territorio regionale.

La fase successiva del percorso assistenziale consiste nella organizzazione del servizio a domicilio dell'utente. L'organizzazione delle cure domiciliari integrate è affidata all'Unità Operativa di cure domiciliari integrate composta da operatori del Distretto che operano in stretta collaborazione con il MMG e l'assistente sociale del Comune di riferimento.

All'Unità Operativa di cure domiciliari integrate spetta tradurre in termini operativi il progetto personalizzato attraverso la definizione di un Piano Attuativo degli Interventi (PAI): chi fa che cosa e con quale frequenza e quali tempi.

Nelle ASL presso le quali il recepimento della domanda avviene direttamente da parte dell'Unità Operativa Distrettuale di Cure Domiciliari Integrate, questa provvede ad effettuare la valutazione del caso, a formulare il piano personalizzato di assistenza e a predisporre il PAI, coadiuvata dal Medico di Medicina Generale ed eventualmente dal Medico Specialista della patologia principalmente invalidante e dal Terapista della Riabilitazione, se necessario.

All'équipe multiprofessionale domiciliare, composta dalle figure professionali necessarie a sviluppare gli obiettivi assistenziali definiti dal progetto personalizzato, compete infine la realizzazione concreta degli interventi domiciliari.

Il Punto Unico d'Accesso e l'Unità di Valutazione Territoriale

Nel tentativo di superare le difficoltà di presa in carico globale della persona portatrice di bisogno, restituendole, nell'assistenza, assoluta centralità, è stato previsto dalla Regione Sardegna il modello organizzativo del Punto Unico di Accesso (PUA) quale porta di accesso al servizio delle Cure Domiciliari integrate (Deliberazione GR 7/5 del 21.02.006).

Il PUA, recentemente implementato nelle realtà territoriali sarde, non sembra ad oggi assumere, nella maggior parte di esse, l'identità di centro di grande impatto nella risposta ai bisogni dell'utenza fragile e di importante nodo, nell'ambito della rete dei servizi, che consenta di presidiarne i punti critici. Non risultano infatti ancora univocamente definiti la sua organizzazione e i ruoli degli operatori, i percorsi di collegamento con i servizi territoriali e ospedalieri; inoltre risultano carenti le procedure standardizzate per la gestione del lavoro di rete. A tali carenze si aggiunge spesso il mancato adeguamento quali-quantitativo del personale rispetto al fabbisogno dei territori di riferimento.

L'Unità di Valutazione Territoriale (UVT), prevista dalla Deliberazione GR 7/5 del 21.02.006 e recentemente implementata nelle realtà territoriali sarde, risulta anch'essa ancora inadeguata, sia per la carenza di personale dedicato, sia per l'incompleto recepimento del nuovo modello organizzativo regionale.

Al momento attuale infatti non tutti i casi di bisogno socio-sanitario complesso vengono inseriti in un percorso di cure domiciliari integrate attraverso una preventiva valutazione multidimensionale.

La carenza quali-quantitativa del personale determina, inoltre, da parte degli operatori dell'UVT, la difficoltà a far fronte al carico di lavoro, il ritardo nella presa in carico dell'utente e nella valutazione multidimensionale, e, in taluni casi, l'impossibilità di dedicare tempo alle relazioni con i servizi sociali comunali, con conseguente mancato loro coinvolgimento.

L'UVT, così come previsto dalla Deliberazione G.R. 51/49 del 20/12/2007 (*Direttive per la riqualificazione delle Cure Domiciliari integrate*), deve essere composta da un nucleo stabile rappresentato dal Medico distrettuale, dal coordinatore degli infermieri professionali e dall'Assistente sociale coordinatore espressione del Comune di riferimento. In realtà, non sempre l'Assistente sociale del Comune di riferimento partecipa agli incontri della UVT per la valutazione multidimensionale; spesso il contributo sulla valutazione del bisogno sociale viene dato dall'assistente sociale della ASL e il contatto della UVT con i servizi sociali comunali avviene al più per via telefonica.

L'UVT pertanto non presenta ancora nella realtà sarda la connotazione di importante mezzo per realizzare l'integrazione tra i Servizi Sociali e quelli Sanitari.

L'UVT inoltre si avvale costantemente di altre importanti figure professionali, vale a dire: il Medico di Medicina Generale, il Medico Specialista ed eventualmente il Terapista della Riabilitazione. La valutazione del Medico di Medicina Generale viene acquisita nella maggior parte dei casi attraverso apposita certificazione clinica mentre soltanto nei casi clinici più complessi, attraverso la presenza diretta del medico all'incontro della UVT per la valutazione multidimensionale del caso.

Le Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate

In tutte le ASL sarde le Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate assolvono il ruolo di direzione tecnico-organizzativa dei soli operatori sanitari dell'équipe multiprofessionale domiciliare, mentre gli interventi di tipo sociale sono coordinati dai Servizi Sociali comunali. L'integrazione fra operatori sanitari e operatori sociali, prevista dalla programmazione regionale, è un processo in atto, da rafforzare e uniformare in tutto il territorio.

Il *personale preposto alla organizzazione* delle Cure Domiciliari Integrate è, soltanto nel 50% delle ASL, personale dipendente di origine esclusivamente aziendale, mentre nell'altra metà di esse è personale di provenienza mista, sia aziendale sia esterno, fornito da società o cooperative appaltatrici del servizio. Tutte le Unità Operative di Cure Domiciliari Integrate sono caratterizzate dalla presenza della figura del Medico di Distretto e del Coordinatore

infermieristico; le altre figure professionali presenti variano a seconda della ASL considerata: in particolare, nel 75% delle ASL è presente la figura professionale del farmacista, mentre nel 50% dei casi è presente personale amministrativo e infine solo nel 25% delle ASL compare la figura del coordinatore della fisiokinesiterapia.

Il *personale deputato all'assistenza a domicilio*, specifico e variabile per ogni singolo caso, eroga le prestazioni necessarie secondo le cadenze e modalità definite dal piano attuativo degli interventi (PAI), in maniera settoriale: per la parte sanitaria è rappresentato dall'infermiere professionale e dal terapeuta della riabilitazione, individuati all'interno del *pool* distrettuale di operatori pubblici oppure forniti da società o cooperative appaltatrici del servizio; per la parte sociale invece è rappresentato dall'assistente sociale e dall'operatore socio-sanitario individuati dai Comuni, le cui attività nella gran parte dei casi non sono previste nel piano degli interventi. Il personale di pertinenza sanitaria risulta essere nel 62,5% delle ASL di provenienza mista, sia dipendente aziendale sia personale esterno fornito da società o cooperative appaltatrici del servizio; mentre solo nel 37,5% delle ASL risulta di provenienza esclusivamente aziendale (Fonte:schede di rilevazione regionale).

Il *M.M.G.* esplica nei confronti dell'assistito a domicilio i compiti di cura, prevenzione e riabilitazione, effettua le prestazioni previste nella convenzione ed ogni altra prestazione di competenza del MMG, in particolare: mantiene la responsabilità clinica del caso; assume compiti di coordinamento funzionale del personale infermieristico, tecnico e di assistenza nell'ambito e nel rispetto del piano assistenziale; formula diagnosi; definisce i problemi assistenziali nell'ambito dell'équipe multidisciplinare dell'UVT (nelle ASL in cui questa è attiva per le richieste di assistenza domiciliare); prescrive la terapia farmacologica, gli accertamenti diagnostici, le consulenze specialistiche ed eventuali presidi e ausili; dispone eventuale ricovero ospedaliero; si interfaccia con la famiglia.

Il *Medico Specialista* esegue le consulenze e provvede alla eventuale prescrizione di presidi di pertinenza specialistica. I Medici Specialisti preposti all'assistenza domiciliare integrata sono, nella maggior parte delle ASL, medici convenzionati dei Poliambulatori distrettuali aziendali, mentre nella ASL n. 2 di Olbia risultano essere esclusivamente di provenienza ospedaliera, nella ASL n. 4 di Lanusei di provenienza prevalentemente distrettuale con ricorso ai medici ospedalieri per le Specialità non presenti a livello distrettuale e infine nella ASL n. 1 di Sassari risultano essere prevalentemente di provenienza distrettuale e in parte forniti da società o cooperative appaltatrici del servizio.

L'*infermiere professionale* ha la responsabilità generale dell'assistenza infermieristica, per le attività comprese nella sfera di azione specifica ha piena autonomia tecnico funzionale. Effettua interventi di prevenzione, cura, riabilitazione ed educazione.

Nella Tabella 6 è riportato il numero di operatori delle Unità Operative di Assistenza Domiciliare delle ASL sarde impegnati nell'assistenza a domicilio del paziente nell'anno 2006, per tipologia

di professionalità. Si evidenzia che in alcune ASL i dati relativi ad alcune tipologie professionali sanitarie risultano non determinati (ND). Inoltre risultano non disponibili i dati riguardanti il numero di operatori dei Servizi Sociali comunali (Operatori Socio Sanitari e Assistenti Sociali).

Tab. 6 – Numero di operatori impegnati nell'Assistenza Domiciliare erogata dalle Aziende Sanitarie Locali per tipologia di professionalità - Anno 2006					
Aziende Sanitarie Locali	MMG	Medici specialisti	Infermieri professionali	Terapisti della riabilitazione	Totale
ASL n. 1 di Sassari	163	10	44	12	229
ASL n. 2 di Olbia	74	32	8	2	116
ASL n. 3 di Nuoro	137	ND	15	ND	152
ASL n. 4 di Lanusei	43	20	15	12	90
ASL n. 5 di Oristano	145	29	90	3	267
ASL n. 6 di Sanluri	90	9	16	9	124
ASL n. 7 di Carbonia	95	18	50	12	175
ASL n. 8 di Cagliari	564	ND	45	29	638
Totale regione Sardegna	1.311	118	238	50	1.799

Fonte:schede di rilevazione annuali RAS

Distribuzione delle Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate e dislocazione sul territorio regionale

La distribuzione delle Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate operanti al momento attuale nel territorio regionale coincide, nella maggior parte dei casi, con la suddivisione distrettuale delle ASL, come di seguito riportato.

- ASL n. 1 di Sassari: 3 Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate, 1 per il Distretto di Sassari (comprendente 27 comuni), 1 per il Distretto di Alghero (comprendente 23 comuni), 1 per il Distretto di Ozieri (comprendente 16 comuni), per un territorio di 4.285 kmq e una popolazione totale di riferimento (al 01.01.07) pari a 333.576 abitanti;
- ASL n. 2 di Olbia: 2 Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate, 1 per il Distretto di Olbia (comprendente 17 comuni), 1 per il Distretto di Tempio Pausania (comprendente 10 comuni), per un territorio di 3.404 kmq e una popolazione totale di riferimento (al 01.01.07) pari a 147.387 abitanti;
- ASL n. 3 di Nuoro: 4 Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate, 1 per il Distretto di Nuoro (comprendente 20 comuni), 1 per il Distretto di Macomer (comprendente

10 comuni), 1 per il Distretto di Siniscola (comprendente 9 comuni), 1 per il Distretto di Sorgono (comprendente 13 comuni), per un territorio di 3.932 kmq e una popolazione totale di riferimento (al 01.01.07) pari a 161.929;

- ASL n. 4 di Lanusei: 1 Unità Operativa Distrettuale di Cure Domiciliari Integrate per l'unico Distretto di Lanusei (comprendente 23 comuni), per un territorio di 1.857 kmq e una popolazione totale di riferimento (al 01.01.07) pari a 57.960 abitanti;
- ASL n. 5 di Oristano: 3 Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate, 1 per il Distretto di Oristano (comprendente 24 comuni), 1 per il Distretto di Ales (comprendente 32 comuni), 1 per il Distretto di Ghilarza-Bosa (comprendente 31 comuni), per un territorio di 3.040 kmq e una popolazione totale di riferimento (al 01.01.07) pari a 168.381 abitanti;
- ASL n. 6 di Sanluri: 2 Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate, 1 per il Distretto di Sanluri (comprendente 21 comuni), 1 per il Distretto di Guspini (comprendente 7 comuni), per un territorio di 1.517 kmq e una popolazione totale di riferimento (al 01.01.07) pari a 103.727 abitanti;
- ASL n. 7 di Carbonia: 2 Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate, 1 per il Distretto di Carbonia (comprendente 16 comuni), 1 per il Distretto di Iglesias (comprendente 7 comuni), per un territorio di 1.526 kmq e una popolazione totale di riferimento (al 01.01.07) pari a 131.074 abitanti;
- ASL n. 8 di Cagliari: 4 Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate, 1 per il Distretto di Quartu Sant'Elena-Parteolla (comprendente 8 comuni), 1 per il Distretto di Sarrabus-Gerrei (comprendente 10 comuni), 1 per il Distretto di Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta (comprendente 29 comuni), e infine un'unica Unità Operativa per il Distretto di Cagliari-Area Vasta (comprendente 8 comuni) e il Distretto Area Ovest (comprendente 16 comuni), per un territorio di 4.570 kmq e una popolazione totale di riferimento (al 01.01.07) pari a 555.409 abitanti.

Approvvigionamento di farmaci e ausili

Tutte le ASL provvedono alla erogazione diretta di farmaci in seguito alla richiesta del MMG o del Medico Specialista. Tale erogazione avviene attraverso la consegna a domicilio nel 62,5% delle ASL e attraverso la consegna presso la farmacia territoriale del Distretto nel restante 37,5% delle ASL (Vedi Tab. 7).

Per ciò che concerne l'erogazione di ausili, anche questa risulta essere diretta in tutte le Aziende Sanitarie Locali sarde. In particolare avviene attraverso la consegna a domicilio nel 75% delle ASL e attraverso la consegna presso una farmacia convenzionata del territorio nel restante 25% delle ASL. Nella gran parte delle Aziende Sanitarie Locali la procedura per l'erogazione diretta di ausili a domicilio prevede il coinvolgimento dei familiari che devono provvedere a consegnare la richiesta del Medico di Medicina Generale all'unità operativa distrettuale specifica o, in altre ASL, all'Unità Operativa di Cure Domiciliari Integrate. Nel caso in cui la procedura della ASL preveda la consegna della richiesta da parte del familiare all'unità operativa distrettuale erogatrice, l'Unità Operativa di Cure Domiciliari Integrate non ha il

controllo sulla quantità di ausili erogati e perde la capacità di rilevarne e monitorarne le richieste.

Un altro aspetto problematico riguarda la scarsa capacità delle Unità Operative di Cure Domiciliari Integrate di rispondere tempestivamente a richieste urgenti di approvvigionamento a domicilio di farmaci, sangue ed emocomponenti, dispositivi medici, prodotti per la nutrizione artificiale, presidi e ausili necessari.

Tab. 7 – Modalità di approvvigionamento di farmaci e ausili necessari: % di Aziende Sanitarie Locali che adottano la modalità		
	Farmaci	Ausili
Consegna a domicilio	62,5%	75%
Presso la Farmacia Territoriale del Distretto	37,5%	-
Presso l'ospedale	-	-
Presso farmacia convenzionata	-	25%

Fonte: intervista telefonica

Continuità delle cure e collegamenti funzionali con i presidi ospedalieri

Le cure domiciliari rappresentano, per le persone non autosufficienti e in condizioni di “fragilità”, una componente dell’offerta assistenziale complessiva presente nel territorio regionale, costituita anche da altre tipologie di servizi, quali:

- le unità operative di lungodegenza post acutie dei presidi ospedalieri di riabilitazione estensiva, di geriatria e di oncologia;
- gli istituti socio sanitari di tipo residenziale, semiresidenziale e i centri diurni, le strutture protette, le residenze sanitarie assistenziali, le comunità alloggio e la nuova struttura tipo Hospice.

Nella realtà sarda il collegamento ospedale-territorio per le dimissioni protette è stato codificato in precise procedure nel 62,5% delle Aziende Sanitarie Locali regionali (5 ASL su 8) attraverso l’adozione all’interno dell’azienda di protocolli operativi che coinvolgono il distretto e l’ospedale, in cui sono definite in modo esplicito le modalità di passaggio dal trattamento ospedaliero alle cure domiciliari. In tali ASL il percorso assistenziale definito dai protocolli prevede la comunicazione diretta tra il medico ospedaliero responsabile del processo di cura del paziente e i servizi territoriali (il Punto Unico d’Accesso oppure in alcune ASL l’Unità Operativa di Assistenza Domiciliare Integrata).

Nelle restanti ASL i percorsi assistenziali e le modalità operative di comunicazione fra gli operatori territoriali e ospedalieri non sono definiti in precise procedure scritte, ma affidati

esclusivamente all'iniziativa dell'operatore responsabile del caso. Si palesa pertanto la necessità di migliorare la comunicazione reciproca tra Distretto e Ospedale, ma anche tra Distretto e Medico di Medicina generale.

Un altro aspetto problematico, esistente in numerose ASL, riguarda la difficoltà delle Unità Operative di Cure Domiciliari Integrate a erogare tempestivamente a domicilio farmaci, sangue ed emocomponenti, dispositivi medici, prodotti per la nutrizione artificiale, presidi o ausili necessari, a pazienti in dimissione protetta da strutture ospedaliere, per la presenza di una burocrazia poco snella e la carenza di procedure operative ben codificate e concordate tra il Distretto e l'Ospedale e tra le diverse unità operative distrettuali.

Flusso Informativo

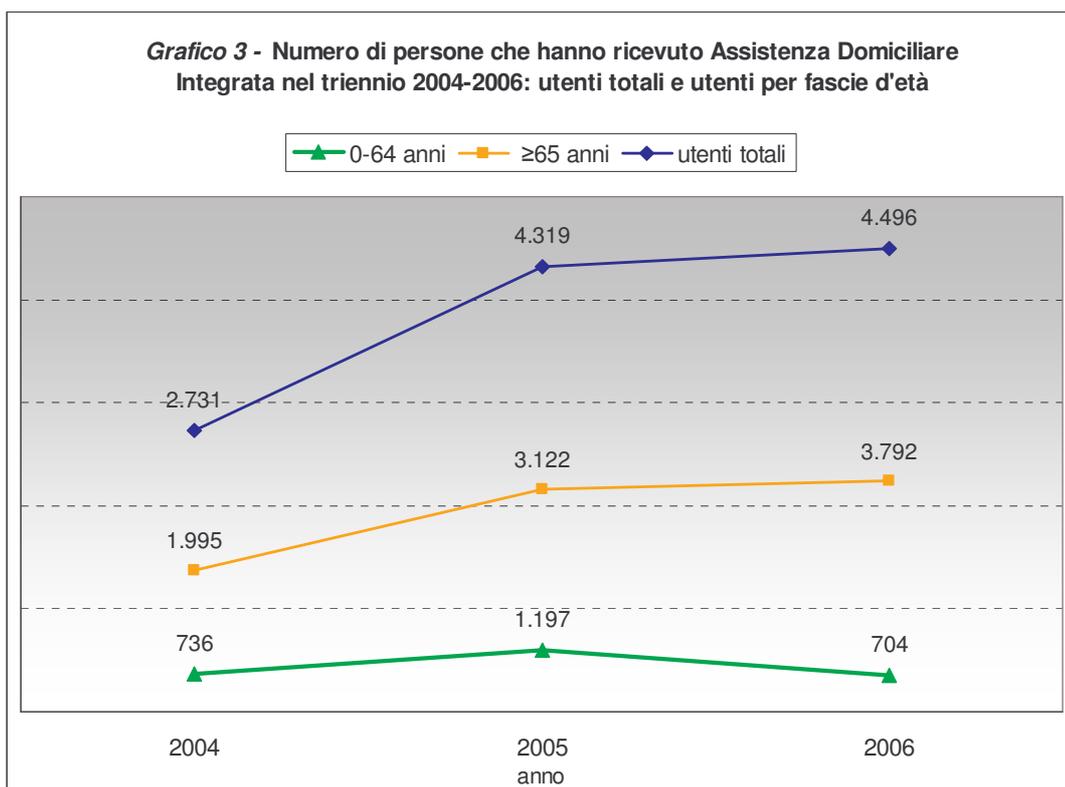
Il sistema di raccolta, elaborazione e trasmissione delle informazioni relative alle attività di assistenza domiciliare svolte risulta essere, in tutte le realtà aziendali isolate, carente.

La carente e disomogenea raccolta di dati non consente di avere adeguate informazioni sull'analisi dei bisogni socio-sanitari espressi dall'utenza in ambito distrettuale, non consente l'adeguato monitoraggio dell'attività svolta, il confronto tra le attività programmate ed effettuate e tra le prestazioni effettuate e le risorse impiegate, la valutazione e la verifica dei risultati ottenuti.

L'assistenza domiciliare integrata ha peculiarità proprie che necessitano di flussi informativi specifici, idonei a descriverne l'attività e a verificarne il raggiungimento dei risultati rispetto agli obiettivi attesi.

1.5.2. Caratteristiche delle persone assistite

Nel periodo che va dal 2004 al 2006, il numero di persone che hanno ricevuto Assistenza Domiciliare Integrata è quasi raddoppiato, passando da 2.731 assistiti nel 2004 a 4.496 assistiti nel 2006 (Grafico 3). L'aumento ha riguardato soprattutto gli anziani (ultra65enni): nel 2004 gli anziani assistiti a domicilio erano 1.995, mentre nel 2006 il numero è salito a 3.792 assistiti.



Fonte: Ministero della Salute

Sono stati calcolati i tassi grezzi relativi a persone inserite in programmi di Assistenza Domiciliare Integrata rispetto al totale della popolazione e i tassi specifici per le seguenti fasce di età: età inferiore ai 64 anni ed età superiore ai 64 anni. I dati ottenuti (tab. 8) mettono in evidenza che, in media, a livello regionale, nell'anno 2006 sono state assistite in ADI 2,7 persone ogni 1.000 abitanti. Passando a considerare il tasso grezzo per la popolazione anziana (età superiore a 64 anni), che rappresenta l'indicatore principale per il monitoraggio del piano d'azione, si può notare come esso sia moderatamente aumentato nel biennio 2005-2006 passando da un valore di 1,1 anziani presi in carico ogni 100 abitanti nell'anno 2005 ad un valore di 1,3 anziani presi in carico ogni 100 abitanti nell'anno 2006. Il valore regionale rappresenta il risultato medio di una discreta variabilità interaziendale, che nell'anno 2006 è passato da un valore minimo di 0,46 (ASL n. 2 di Olbia) ad un valore massimo di 2,91 (ASL n.4 di Lanusei) assistiti su 100 ultra 65enni.

Considerando nel triennio 2004-2006 i tassi grezzi di anziani presi in carico in ADI rispetto al totale della popolazione anziana in ogni singola ASL, si può notare:

- tra l'anno 2004 e l'anno 2005, un incremento, più o meno marcato, del dato per tutte le ASL tranne che per la per la ASL n. 2 di Olbia, la ASL n. 3 di Nuoro e la ASL n. 8 di Cagliari (non si dispone dei dati della ASL n. 1 di Sassari relativi agli anni 2004 e 2005 e della ASL n. 4 di Lanusei relativi all'anno 2004);
- tra l'anno 2005 e l'anno 2006, un incremento del dato per la ASL n. 3 di Nuoro, la ASL n. 7 di Carbonia e la ASL n. 8 di Cagliari e un decremento per la ASL n. 2 di Olbia, la ASL n. 4

di Lanusei, la ASL n. 5 di Oristano, la ASL n. 6 di Sanluri (non si dispone del dato relativo all'anno 2005 per la ASL n. 1 di Sassari).

Tab. 8 – Persone assistite in Assistenza Domiciliare Integrata nel triennio 2004-2006: tassi grezzi (x 100 abitanti)									
Aziende Sanitarie Locali	2004			2005			2006		
	< 65 anni	≥65 anni	Totale assistiti	< 65 anni	≥65 anni	Totale assistiti	< 65 anni	≥65 anni	Totale assistiti
ASL n. 1 di Sassari	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0,00	0,77	0,14
ASL n. 2 di Olbia	0,04	0,92	0,18	0,04	0,88	0,17	0,01	0,46	0,08
ASL n. 3 di Nuoro	0,00	0,55	0,10	0,02	0,45	0,10	0,02	1,07	0,21
ASL n. 4 di Lanusei	0,64	ND	0,52	0,18	3,17	0,72	0,07	2,91	0,60
ASL n. 5 di Oristano	0,08	1,62	0,38	0,09	1,85	0,44	0,11	1,72	0,44
ASL n. 6 di Sanluri	0,06	0,51	0,14	0,08	0,82	0,21	0,07	0,71	0,19
ASL n. 7 di Carbonia	ND	ND	ND	0,12	2,34	0,51	0,14	2,46	0,55
ASL n.8 di Cagliari	0,05	1,42	0,25	0,05	1,31	0,25	0,06	1,42	0,28
Totale Regione Sardegna	0,05	0,73	0,17	0,09	1,10	0,26	0,05	1,30	0,27

Fonte:Ministero della Salute

Considerando nel triennio 2004-2006 i tassi standardizzati degli assistiti totali presi in carico rispetto al totale della popolazione generale in ogni singola ASL (tab. 9 e Grafico 4), si può notare:

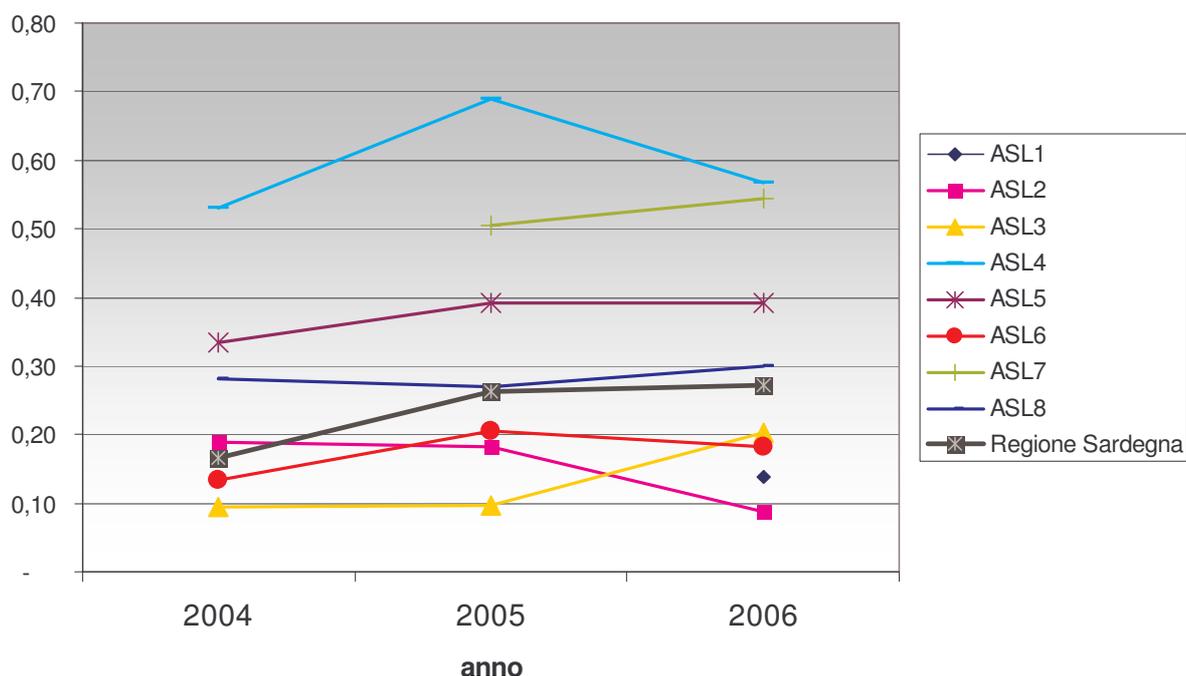
- tra l'anno 2004 e l'anno 2005, un incremento, più o meno marcato, del dato per tutte le ASL tranne che per la per la ASL n. 2 di Olbia che ha presentato una lieve flessione.
- tra l'anno 2005 e l'anno 2006, un incremento del dato per tutte le ASL tranne che per la ASL n. 6 di Sanluri e la ASL n. 2 di Olbia che hanno presentato una flessione, e per la ASL n. 5 di Oristano che ha mantenuto un dato costante.
- complessivamente il dato relativo al 2006 risulta aumentato rispetto a quello iniziale del 2004 per tutte le ASL sarde, tranne che per la ASL n. 2 di Olbia.

Si precisa che il dato della ASL n. 2 di Olbia risulta sottostimato a causa di un errore nell'inserimento dei dati nel sistema SIS, riferito al solo Distretto di Olbia.

Tab. 9 – Persone assistite in Assistenza Domiciliare Integrata nel triennio 2004-2006: tassi standardizzati per età (x 100 abitanti)			
Aziende Sanitarie Locali	2004	2005	2006
ASL n. 1 di Sassari	ND	ND	0,14
ASL n. 2 di Olbia	0,19	0,18	0,09
ASL n. 3 di Nuoro	0,09	0,10	0,20
ASL n. 4 di Lanusei	0,53	0,69	0,57
ASL n. 5 di Oristano	0,33	0,39	0,39
ASL n. 6 di Sanluri	0,13	0,21	0,18
ASL n. 7 di Carbonia	ND	0,50	0,54
ASL n. 8 di Cagliari	0,28	0,27	0,30
Totale Regione Sardegna	0,17	0,26	0,27

Fonte:Ministero della Salute

Grafico 4 - Persone assistite in Assistenza Domiciliare Integrata nel triennio 2004-2006: tassi standardizzati (x100 abitanti)



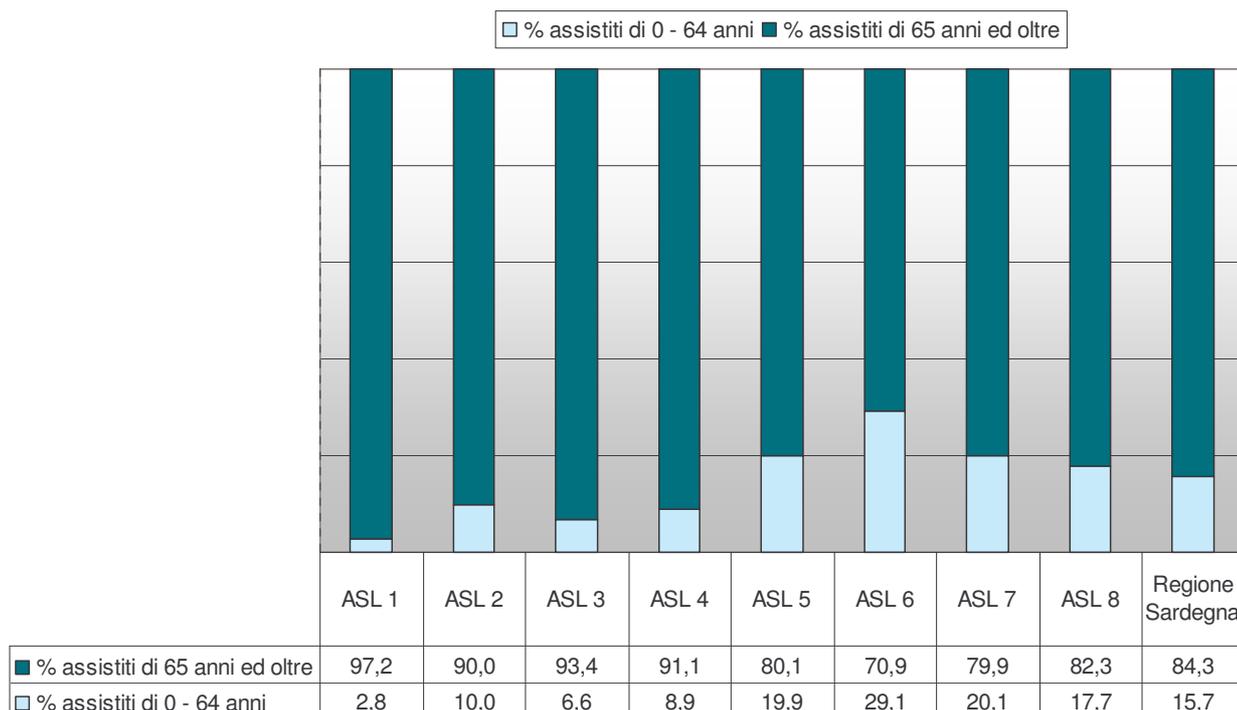
Fonte:Ministero della Salute

Dall'analisi dei dati relativi al triennio 2004-2006, risulta che la quota più grossa di assistiti in assistenza domiciliare integrata è rappresentata dalla popolazione anziana (ultra65enne) e la percentuale di anziani che hanno ricevuto assistenza domiciliare integrata rispetto al totale degli

assistiti nella regione è aumentata dal 2004 al 2006, passando da una percentuale del 73,1% nell'anno 2004, al 72,3% nell'anno 2005, al 84,3% nell'anno 2006.

In particolare nel 2006 le ASL che hanno avuto la maggiore percentuale di assistiti anziani rispetto al totale degli assistiti sono state la ASL n. 1 di Sassari (97,2%), la ASL n. 3 di Nuoro (93,4%) e la ASL n. 4 di Lanusei (91,1%). La ASL che possiede invece il numero minore di assistiti anziani è la ASL n. 6 di Sanluri (Grafico 5).

Grafico 5 - % di assistiti in Assistenza Domiciliari Integrata over e under 65 anni - Anno 2006



Fonte: Ministero della Salute

1.5.3. Caratteristiche dell'assistenza erogata

Gli accessi a domicilio

Il numero di accessi effettuati nel 2006 dal personale medico (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici Specialisti) risulta pari a oltre 47 mila (tab.10). Il numero medio di accessi per paziente risulta pari a 14 nel 2005 e a 11 nel 2006.

Il numero di ore di assistenza domiciliare effettuate dai Terapisti della Riabilitazione (tab.11) per assistito risulta pari a 15 ore nell'anno 2005 e 14 ore nell'anno 2006.

Tab.10 – Attività assistenziale domiciliare del personale medico per Azienda Sanitaria Locale				
Anni 2005 – 2006				
Azienda Sanitaria Locale	Numero totale di accessi		Numero medio di accessi per assistito	
	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2005	Anno 2006
ASL n. 1 di Sassari	10.000	9.156	21	20
ASL n. 2 di Olbia	2.819	2.915	11	24
ASL n. 3 di Nuoro	1.829	1.904	11	6
ASL n. 4 di Lanusei	5.638	3.603	13	10
ASL n. 5 di Oristano	10.195	5.978	14	8
ASL n. 6 di Sanluri	3.390	3.039	15	16
ASL n. 7 di Carbonia	7.500	ND	11	ND
ASL n. 8 di Cagliari	18.476	20.788	13	13
Totale regione Sardegna	59.847	47.383	14	11

Fonte:Ministero della Salute

Tab.11 – Attività assistenziale domiciliare dei Terapisti della Riabilitazione per Azienda Sanitaria Locale. Anni 2005 – 2006				
Azienda Sanitaria Locale	Ore totali di assistenza erogata		Numero medio di ore di assistenza per assistito	
	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2005	Anno 2006
ASL n. 1 di Sassari	6.994	6.994	15	15
ASL n. 2 di Olbia	ND	210	ND	2
ASL n. 3 di Nuoro	96	74	1	0
ASL n. 4 di Lanusei	10.344	17.033	25	49
ASL n. 5 di Oristano	1.048	980	1	1
ASL n. 6 di Sanluri	8.277	6.957	37	35
ASL n. 7 di Carbonia	11.311	9.531	17	13
ASL n. 8 di Cagliari	26.892	23.343	19	15
Totale regione Sardegna	64.962	65.122	15	14

Fonte:Ministero della Salute

Notevolmente superiore è il numero di ore di assistenza domiciliare infermieristica (tab. 12), a sottolineare che nella realtà isolana l'assistenza domiciliare risulta essere prevalentemente di tipo infermieristico. Il numero medio annuo di ore di assistenza per assistito risulta infatti essere pari a 66 ore nell'anno 2005 e 56 ore nell'anno 2006.

**Tab.12 – Attività assistenziale domiciliare di Infermieri Professionali per Azienda Sanitaria Locale
Anni 2005 – 2006**

Azienda Sanitaria Locale	Ore totali di assistenza erogata		Numero medio di ore di assistenza per assistito	
	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2005	Anno 2006
	ASL n. 1 di Sassari	30.787	30.787	66
ASL n. 2 di Olbia	3.661	1.245	ND	10
ASL n. 3 di Nuoro	4.012	6.218	24	18
ASL n. 4 di Lanusei	30.319	22.857	72	65
ASL n. 5 di Oristano	35.848	30.799	48	42
ASL n. 6 di Sanluri	9.709	9.202	44	47
ASL n. 7 di Carbonia	47.857	37.650	71	52
ASL n. 8 di Cagliari	121.600	110.888	88	71
Totale regione Sardegna	283.793	249.646	66	56

Fonte:Ministero della Salute

Il livello di intensità delle cure

Complessivamente nel 2006, come indicato in tabella 13, la quota maggiore di assistiti è stata rappresentata da pazienti a bassa intensità assistenziale (38% degli assistiti), mentre in misura minore da assistiti a media e alta intensità assistenziale (28% e 34% rispettivamente).

Tab.13 – Percentuale di assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata definito rispetto ai livelli di intensità assistenziale – Anno 2006

Aziende Sanitarie Locali	bassa intensità (%)	media intensità (%)	alta intensità (%)	Totale
ASL n. 1 di Sassari	34	32	34	100
ASL n. 2 di Olbia	2	49	49	100
ASL n. 3 di Nuoro	2	13	84	100
ASL n. 4 di Lanusei	48	32	20	100
ASL n. 5 di Oristano	25	36	39	100
ASL n. 6 di Sanluri	32	41	27	100
ASL n. 7 di Carbonia	36	39	25	100
ASL n. 8 di Cagliari	56	18	26	100
Totale regione Sardegna	38	28	34	100

Fonte:schede di rilevazione annuali RAS

Caratteristiche dell'assistenza erogata alla popolazione anziana

Si riportano di seguito (tabb.14 e 15) i dati relativi al numero di ore di assistenza domiciliare effettuate negli anni 2005 e 2006 dai Fisioterapisti e dagli Infermieri Professionali nei confronti di anziani (età>64 anni) per Azienda Sanitaria Locale. Non si dispone del dato relativo al numero di accessi del personale medico. Oltre alle ore di assistenza indicate, risulta inoltre in media un'ora di assistenza all'anno per paziente anziano da parte di un "altro operatore diverso dai precedenti".

Tab. 14 – Attività assistenziale domiciliare di fisioterapisti nei confronti di anziani (età>64 anni) per Azienda Sanitaria Locale - Anni 2005/2006

Azienda Sanitaria Locale	Ore totali di assistenza erogata		Numero medio di ore di assistenza per assistito	
	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2005	Anno 2006
ASL n. 1 di Sassari	6.860	6.860	ND	15
ASL n. 2 di Olbia	ND	ND	ND	ND
ASL n. 3 di Nuoro	76	74	1	0
ASL n. 4 di Lanusei	8.051	13.627	24	43
ASL n. 5 di Oristano	613	857	1	1
ASL n. 6 di Sanluri	4.282	3.618	27	26
ASL n. 7 di Carbonia	9.049	7.624	17	13
ASL n. 8 di Cagliari	22.124	19.199	19	15
Totale regione Sardegna	51.055	51.859	16	14

Fonte:Ministero della Salute

Tab.15 – Attività assistenziale domiciliare di Infermieri Professionali nei confronti di anziani (età>64 anni) per Azienda Sanitaria Locale - Anni 2005/2006

Azienda Sanitaria Locale	Ore di assistenza erogata		Numero medio di ore di assistenza per paziente	
	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2005	Anno 2006
ASL n. 1 di Sassari	29.863	29.863	ND	66
ASL n. 2 di Olbia	3.257	1.003	16	9
ASL n. 3 di Nuoro	3.208	5.093	24	16
ASL n. 4 di Lanusei	15.163	18.287	45	57
ASL n. 5 di Oristano	23.047	24.866	37	42
ASL n. 6 di Sanluri	5.269	4.700	34	34
ASL n. 7 di Carbonia	38.286	30.120	71	52
ASL n. 8 di Cagliari	100.042	91.206	88	71
Totale regione Sardegna	218.135	205.138	70	54

Fonte:Ministero della Salute

2. LE STRATEGIE IN ATTO

Di seguito si procede alla disamina dei documenti di programmazione regionale e nazionale al fine di descrivere il loro contributo potenziale al conseguimento dell'obiettivo del piano, osservando fin da principio come il percorso normativo in ambito sanitario e sociale sia essenzialmente quello di due sistemi fortemente integrati.

2.1. Indirizzi e norme regionali e nazionali

In ambito sanitario, in attuazione del **Decreto Legislativo 229/99** che fissa le norme per la razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), la Regione Sardegna attraverso la **Legge Regionale 10/06** (*"Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna"*) persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali in ambito regionale, con l'adozione del piano dei servizi sanitari e del piano dei servizi sociali e assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza, garantiti sull'intero territorio regionale e finanziati con risorse pubbliche, attraverso le Aziende Sanitarie Locali (ASL). La legge dispone che il funzionamento delle ASL sia disciplinato dall'atto aziendale, il quale deve prevedere la definizione di un assetto organizzativo che tenga conto del necessario stretto collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale, nonché della indispensabile integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, prevedendo in particolare l'articolazione in distretti e la compresenza in esse di uno o più presidi ospedalieri. I distretti sociosanitari costituiscono l'articolazione territoriale della ASL e il luogo proprio dell'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale; essi sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito degli obiettivi posti dall'atto aziendale, economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate e di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. Inoltre, concorrono a realizzare la collaborazione tra la ASL ed i Comuni. Il distretto territoriale, diretto da un responsabile, articola l'organizzazione dei propri servizi tenendo conto della realtà del territorio; assicura la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi; garantisce la gestione integrata (sanitaria e sociale) e la fruizione, attraverso i punti unici di accesso, dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari.

In ambito sociale, la **Legge 328/2000** (*"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*) prevede, in primo luogo, che alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedano sia soggetti pubblici sia, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Prevede che gli enti locali, le regioni e lo Stato provvedano alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali attraverso il coordinamento e l'integrazione con gli interventi sanitari e

la concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali. Prevede, inoltre, che sia determinata annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta, attraverso investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare. In sede di prima applicazione le risorse individuate sono state finalizzate proprio al potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata.

Ai fini di favorire il riordino del sistema integrato di interventi e servizi sociali, la Legge 328/2000 indica che il Governo predisponga ogni tre anni il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali e che le regioni, nell'esercizio delle proprie funzioni e in relazione alle indicazioni del Piano nazionale, adottino il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, provvedendo in particolare all'integrazione socio-sanitaria in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale.

La **Legge Regionale 23/2005** di riordino del Sistema Integrato dei Servizi alla persona, pur giungendo in ritardo rispetto alla Legge 328/2000, rappresenta lo strumento normativo che consente ai titolari delle funzioni di procedere alla programmazione delle politiche sociali e sanitarie secondo una logica che tenga conto della dimensione territoriale e di superamento del livello di programmazione comunale.

La Legge Regionale 23/2005 prevede che la predisposizione del Piano regionale dei servizi alla persona, già introdotto dalle Legge Regionale 4/88, sia integrato con il Piano dei servizi sanitari. Prevede inoltre l'introduzione del Piano Locale dei Servizi alla Persona (Plus), uno strumento volto a garantire una forte integrazione fra tutti i soggetti, istituzionali e non, coinvolti nella cura della persona, in particolare nelle situazioni di maggiore fragilità. L'approvazione nel 2007 in tutti i distretti della regione dei primi Plus dà avvio a un processo straordinario di programmazione integrata dei servizi che coinvolge tutte le realtà locali e attiva modalità di gestione associata dei servizi.

La **Legge 162/1998** (*"Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave"*) offre una pluralità di risposte alle famiglie che hanno nel loro ambito un componente con disabilità, promuovendo interventi di assistenza domiciliare, di assistenza educativa, di accoglienza in centri diurni, interventi fortemente personalizzati progettati dalla famiglia insieme agli operatori professionali e sulla base di esigenze e di risposte assistenziali definite congiuntamente.

Con il Protocollo d'intesa e il memorandum siglato in data 17 Aprile 2007 tra i Ministri dello sviluppo economico e della Salute e dai Presidenti delle otto Regioni meridionali e insulari, la tutela della salute ed in particolare le politiche sociosanitarie rivolte alla promozione dei servizi di cura agli anziani ultrasessantacinquenni, sono considerati un fattore di promozione dello sviluppo economico e sociale. Tale documento si inserisce nel nuovo ciclo di programmazione dei fondi strutturali europei 2007 -2013 e contribuisce ad accelerare il processo di convergenza nelle politiche di sviluppo mettendo a disposizione risorse aggiuntive rispetto a quelle ordinarie finalizzate alle politiche sociali e sanitarie.

2.2. Piano Sanitario Nazionale e Assistenza Domiciliare Integrata

Il **Piano Sanitario Nazionale 1998-2000** mette in rilievo il principio secondo cui curare a casa significa adottare un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di passare “dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici” alle “strutture e professioni che assumono come *centro di gravità* la persona con i suoi bisogni”. Il Piano definisce principi di ordine organizzativo e professionale, richiedendo la complementarietà tra i diversi moduli assistenziali e prevedendo le condizioni necessarie per l’attivazione dell’ADI e le modalità per verificarne le attività ed i risultati attesi.

Il **Piano Sanitario Nazionale 2003-2005** individua, tra gli obiettivi strategici, la “*realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l’assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili*”, evidenziando la necessità di potenziare e garantire il corretto dimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, centri diurni integrati, residenze sanitarie assistenziali e istituti di riabilitazione) in accordo con l’effettivo fabbisogno.

Il **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008** individua, tra gli ambiti verso cui indirizzare le scelte innovative del sistema, l’integrazione socio-sanitaria. Nel Piano viene rimarcato come l’integrazione tra prevenzione, cure primarie e percorsi diagnostico-terapeutici non sia di per sé sufficiente a garantire la copertura di bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitarie anche, e in qualche caso soprattutto, determinanti sociali. Si tratta di un’area assistenziale nella quale la mancata azione sul piano dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario.

Nel Piano si sottolinea come il momento di programmazione rappresenti, in un’area come quella dell’integrazione socio-sanitaria facente capo a due diversi comparti istituzionali (Sistema Sanitario Regionale e Comuni), il momento fondamentale per la definizione delle scelte strategiche e delle priorità.

Nella gestione dei servizi offerti e nell’individuazione delle strategie operative da mettere in atto, un’attenzione particolare viene rivolta, nel Piano, all’inserimento dei sistemi informativi nelle organizzazioni sanitarie, accompagnato da una parallela riflessione sulle modalità di funzionamento dei processi, in particolare in quei contesti (primo fra tutti il territorio e l’erogazione di servizi ai pazienti affetti da cronicità) in cui l’assenza di unitarietà nel “luogo” in cui il processo si realizza e la sostanziale assenza di modelli organizzativi già pienamente consolidati e integrati (ad es. tra sanitario e sociale) rendono arduo pensare allo sviluppo di soluzioni informatiche indipendenti dall’organizzazione in cui debbono essere calati.

L’obiettivo principale che il Piano propone di perseguire si riferisce alla creazione di una rete nazionale articolata a livello regionale ed aziendale, per consentire lo scambio effettivo di informazioni che possa fungere da supporto per le scelte di politica sanitaria, in relazione alla necessità di avere a disposizione informazioni attendibili, tempestive, trasparenti e trasferibili sulle tecnologie sanitarie.

La valutazione delle performance del Sistema Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Nazionale viene posto come obiettivo per costruire un apparato valutativo che consentirà di monitorarne lo sviluppo, attraverso elementi di verifica dello stesso.

Nel **DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”** sono elencate le prestazioni che fanno capo all’area dell’integrazione socio-sanitaria ed è precisato che l’erogazione delle stesse va modulata in riferimento ai criteri dell’appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell’accessibilità. In tale contesto assume rilevanza strategica la programmazione integrata, con il superamento della programmazione settoriale, per intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici e culturali e predisporre le risposte assistenziali. L’approccio integrato risponde, infatti, in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute, a partire dall’analisi dei bisogni fino alle scelte di priorità di intervento.

2.3. Documenti della programmazione regionale

Il **Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008**, approvato a 20 anni di distanza dal precedente documento di programmazione sanitaria, è percorso da alcune importanti idee chiave:

- il *lavoro di rete*, da intendersi in una logica di sistema, nel quale i *processi* centrati sulla persona garantiscono una reale *presa in carico* e la *continuità* dell’assistenza;
- la *personalizzazione* e l’*appropriatezza degli interventi*;
- la *qualificazione del personale*;
- l’*intervento a domicilio* come scelta privilegiata per permettere ai cittadini di trovare risposta ai propri bisogni di salute non solo nell’ospedale, ma soprattutto nel territorio di appartenenza, luogo nel quale si realizza concretamente l’integrazione fra il sistema dei servizi sociali e quello dei servizi sanitari.

Il Piano prevede una profonda rielaborazione culturale ed organizzativa, con lo sviluppo di una serie di attività in grado di migliorare la qualità di vita della persona e individua nella domiciliarità un intervento privilegiato da mettere in campo in favore delle persone “fragili”, spesso non autosufficienti o a grave rischio di perdita della autosufficienza, con bisogni complessi e necessitanti di offerta personalizzata di servizi.

I primi interventi attuativi della politica del Piano per la domiciliarità sono stati realizzati con la **Deliberazione GR 7/5 del 21.02.2006** che prevede l’attivazione di modalità integrate nelle procedure di accesso alle prestazioni sociosanitarie (Punto Unico di Accesso - PUA) e l’istituzione delle Unità di Valutazione Territoriale (UVT). Il Punto Unico d’Accesso deve assicurare adeguate informazioni sull’offerta dei servizi anche a sostegno di una scelta consapevole dell’utente e/o della sua famiglia, accorciando i tempi di risposta ed evitando

percorsi complicati che costituiscono spesso le cause dell'ospedalizzazione impropria. Conseguentemente, l'accesso alle cure domiciliari integrate, alle prestazioni di riabilitazione globale, all'assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale e ad ogni altra prestazione di carattere socio-sanitario riguardante persone anziane, con disabilità o soggetti fragili avviene a cura del PUA, previa valutazione e accertamento della tipologia del bisogno da parte di Unità di Valutazione Territoriali (UVT), che devono sempre operare congiuntamente alla persona e/o alla sua famiglia.

Le Unità di Valutazione Territoriale (UVT) devono essere costituite in numero sufficiente a garantire la presa in carico rapida degli utenti. Ciascuna UVT è composta da un nucleo base rappresentato da un medico di assistenza distrettuale, con conoscenza della rete dei servizi, responsabile del percorso assistenziale e della continuità delle cure e da un operatore sociale della ASL o di uno dei Comuni del Distretto di riferimento. Questo nucleo base si avvale, costantemente e regolarmente, del MMG del paziente, del medico specialista e di altro operatore sanitario. Alle UVT può partecipare lo psicologo, al fine di garantire una adeguata valutazione dei bisogni psichici ed emotivi della persona e del suo contesto e di favorire il processo di comunicazione fra il paziente e gli operatori.

Il rafforzamento dei PUA, con particolare riferimento alla non autosufficienza, è stato ritenuto area prioritaria di intervento per l'utilizzo delle risorse assegnate dal "Fondo Nazionale per le non autosufficienze" per l'anno 2007. Pertanto, con la **Deliberazione GR n. 44/11 del 31.10.2007**, la quota relativa alla Regione Sardegna è stata destinata al potenziamento della rete dei PUA e delle UVT per un ammontare di 2.561.285,58 di euro. La Deliberazione GR n. 44/11 del 31.10.2007 precisa che la Regione Sardegna ha affidato alla UVT crescenti compiti nell'accesso alle prestazioni: dall'inserimento in RSA e nell'ADI, al programma "Ritornare a casa" e che, tendenzialmente, intende attribuire alle UVT la valutazione per l'accesso alle prestazioni della legge 162/98, attualmente di competenza del Comune singolo.

La **Legge Regionale n. 2 del 29.05.2007** (*"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione - legge finanziaria 2007"*), all'art. 34, ha istituito il **Fondo Regionale per la non autosufficienza**, con una dotazione complessiva di 120 milioni di euro, dei quali 25.000.000 destinati ai Comuni e alle ASL per il potenziamento dell'assistenza domiciliare. La stessa legge finanziaria ha autorizzato ulteriori 2.500.000 di euro annui per l'erogazione alle ASL di finanziamenti per lo sviluppo di programmi di Assistenza Domiciliare Integrata. Si prevede pertanto un sostanziale potenziamento dell'attività domiciliare e di supporto alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie.

Con la **Deliberazione GR n. 42/11 del 04.10.2006**, si è dato avvio al programma sperimentale "Ritornare a casa", finalizzato al rientro nella famiglia, o in ambiente di vita di tipo familiare, di persone precedentemente inserite in strutture residenziali a carattere sanitario o sociosanitario, o per promuovere la permanenza nel proprio domicilio e la de-istituzionalizzazione di persone non autosufficienti, destinando a tale scopo la somma di € 5.000.000 per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008 per il finanziamento di progetti personalizzati. In considerazione delle

numerose richieste di intervento, con deliberazione GR n. 8/9 del 05.02.2008 il programma è stato finanziato con ulteriori risorse pari ad euro 5.000.000.

A seguito del crescente numero di assistenti familiari (badanti) impegnate nel campo della cura alla persona, la **Deliberazione GR n. 45/24 del 7.11.2006** istituisce la rete pubblica delle assistenti familiari, al fine di fornire risposta contemporaneamente a due bisogni convergenti: il bisogno di aiuto e cura a domicilio, espresso da persone non autosufficienti o prive di autonomia e la disponibilità di persone in cerca di lavoro, in gran parte donne, anche immigrate, spesso assunte con forme irregolari di contratto, realizzando così uno spontaneo e positivo incontro tra domanda e offerta. Per attività di assistenza familiare si intende il lavoro di cura e aiuto prestato a domicilio da persone singole, non in rapporto di parentela con l'assistito, a favore di persone anziane o disabili in situazione di non autosufficienza o di grave perdita dell'autonomia. Il provvedimento ha promosso in tutti gli ambiti distrettuali la costituzione del registro pubblico degli assistenti familiari al quale è possibile iscriversi previa verifica dei requisiti di professionalità e di esperienza richiesti.

Il registro pubblico garantisce le famiglie sulla competenza delle persone addette alla cura che assumono ed offre agli assistenti familiari maggiori opportunità di occupazione.

Il medesimo provvedimento promuove inoltre la formazione professionale del personale addetto alla cura e la corretta informazione sui percorsi assistenziali e sulle opportunità offerte dai diversi programmi regionali.

Con la **Deliberazione GR n. 44/13 del 31.10.2007** (*"Fondo per la non autosufficienza: sostegno alle persone anziane che si avvalgono dell'aiuto di un assistente familiare"*) viene destinata la somma complessiva di euro 6.000.000 ad azioni di sostegno ai nuclei familiari che sopportano un rilevante carico assistenziale derivante dalla presenza di un familiare non autosufficiente, attraverso l'erogazione di un contributo economico di euro 3.000 all'anno affinché possano avvalersi di un aiuto di un assistente familiare assunto con regolare contratto di lavoro; viene inoltre destinata la somma complessiva di euro 665.000 ad azioni di informazione, promozione e qualificazione dell'assistente familiare, da ripartire tra gli ambiti territoriali per la gestione associata dei servizi alla persona in relazione alla popolazione ultrasessantacinquenne residente previa presentazione di specifico programma e la somma complessiva di euro 35.000 ad azioni dirette di informazione, promozione e monitoraggio rivolte all'intero territorio regionale e tendenti in particolare a rinforzare le aree geografiche che presentano maggiori criticità.

La **Deliberazione GR n. 47/16 del 16.11.2006** ha finanziato con 5.000.000 di euro progetti operativi relativi alla riorganizzazione e attuazione dell'assistenza domiciliare integrata presentati dai comuni associati, di uno stesso ambito distrettuale, in accordo con l'Azienda Sanitaria Locale.

Con la **Deliberazione GR n. 28/16 del 01.07.2005** (*L. 162/98: criteri per la predisposizione dei piani personalizzati di sostegno in favore di persone con handicap grave*), la Regione ha introdotto delle modifiche ai criteri per la predisposizione dei piani personalizzati approvati con DGR 25/36 del 03.06.2004, ridefinendo la scheda di valutazione della situazione della persona con disabilità e lo schema del piano personalizzato di sostegno; sono stati inoltre destinati

280.000 euro per il temporaneo affiancamento degli uffici comunali preposti alla stesura del piano personalizzato.

Coerentemente con le indicazioni contenute nella Legge Regionale 10/2006 e con le scelte espresse nella stessa legge e nel Piano Sanitario Regionale 2006-2008, la Regione Sardegna con la **Deliberazione GR 30/38 del 02.08.2007** approva i *“Principi e criteri direttivi per l’atto aziendale delle aziende sanitarie locali”*, i quali in primo luogo connotano una struttura organizzativa della Azienda Sanitaria Locale e del Distretto più specifica di quella prevista nel D.Lgs. 229/99; in secondo luogo promuovono il miglioramento delle attività distrettuali nell’ambito dell’integrazione interprofessionale, dell’accesso alle prestazioni sanitarie, della continuità assistenziale e della valutazione dell’appropriatezza del ricorso ai servizi sanitari, mediante la definizione dei percorsi assistenziali e la valutazione della loro applicazione. Il direttore del servizio socio-sanitario, secondo quanto previsto dall’atto aziendale, deve promuovere l’integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari, in tutti i distretti e secondo modalità omogenee, attraverso la definizione di linee guida, protocolli e/o percorsi assistenziali, la definizione di standard di qualità delle prestazioni e la verifica trasversale della qualità dei servizi e delle prestazioni socio-sanitarie.

L’atto aziendale colloca dunque le Cure Domiciliari all’interno della ASL, nello specifico i servizi di assistenza domiciliare sono compresi tra le attività erogate nel territorio all’interno dell’Area dell’assistenza distrettuale.

Oltre agli interventi previsti nel presente documento, per il raggiungimento degli obiettivi di servizio rappresentato dall’innalzamento, entro il 2013, al 3.5% del tasso di anziani assistiti in Cure domiciliari integrate, la Regione programmerà ulteriori azioni a valere sulle risorse nazionali e comunitarie programmate per il periodo 2007-2013.

2.4. Il Piano Locale Unitario dei Servizi (PLUS)

Il Piano Locale Unitario dei Servizi (**PLUS**) è lo strumento di programmazione e di realizzazione del sistema integrato dei servizi alla persona previsto dalla Legge Regionale 23/2005. Grazie a tale strumento i diversi soggetti che concorrono a costruire la rete dei servizi alle persone di ciascun distretto (ASL, Comuni, Provincia, Attori professionali, Soggetti sociali e solidali, ecc.) determinano insieme obiettivi e priorità, programmano e dispongono in modo integrato gli interventi sociali, sanitari e sociosanitari, anche con il contributo diretto dei cittadini.

Il fine di tale processo è costruire una rete di interventi e di servizi che risponda ai reali bisogni dei cittadini in modo coordinato e armonico.

Il PLUS è strumento di promozione dei livelli essenziali di assistenza e di tutela dei diritti della popolazione in materia sociale e sanitaria, di responsabilizzazione dei cittadini e delle istituzioni, di coordinamento ed integrazione delle politiche sociali dei Comuni.

La **Deliberazione GR 23/30 del 30.05.2006** prevede che la predisposizione e attuazione del PLUS sia affidata ai Comuni associati, alla ASL e alla Provincia, coadiuvati dagli altri soggetti

istituzionali e sociali (quali le organizzazioni sindacali, di volontariato e di promozione sociale, la cooperazione sociale e ogni altra organizzazione non lucrativa presente nella comunità locale) che coordinano la loro azione ai fini del benessere sociale e del miglioramento della salute della comunità.

Le priorità del PLUS vengono indicate in coerenza con quanto stabilito dalla programmazione regionale, dai piani sociale e sanitario. Il PLUS ha durata triennale, con aggiornamento economico-finanziario annuale. I primi PLUS sono riferiti al triennio 2007-2009. In fase di prima applicazione, il PLUS può formulare obiettivi e progetti operativi solo per la prima annualità, indicando macro obiettivi per il secondo e terzo anno del triennio di riferimento. L'ambito territoriale di programmazione locale coincide con l'ambito del distretto sanitario.

Con la **Deliberazione GR 27/44 del 17.07.2007** (*"Linee di indirizzo per la costituzione degli Uffici per la programmazione e la gestione associata dei servizi alla persona (Uffici di Piano)"*) è stato individuato nell'Ufficio di Piano lo strumento organizzativo, tecnico ed amministrativo attraverso il quale sono programmate, gestite, monitorate e valutate le azioni e gli interventi associati previsti nel Piano Locale Unitario dei Servizi (PLUS). L'esercizio delle funzioni sociali e sanitarie in forma associata rende infatti necessaria una forma organizzativa stabile dell'ambito territoriale, sia per gli aspetti programmatici ma soprattutto per gli aspetti gestionali al fine di superare la frammentazione degli interventi e la debole integrazione tra le Istituzioni. L'Ufficio realizza il coordinamento tecnico ed istituzionale delle politiche sanitarie e sociali definite nell'ambito del PLUS e promuove l'integrazione sociale e sanitaria, operando sulla base di indirizzi politico-amministrativi definiti dai Comuni del Distretto, dalla Provincia e dall'Azienda Sanitaria Locale.

Con la **Deliberazione GR 27/5 del 13.05.2008** (*"Ripartizione del Fondo Regionale per il sistema integrato dei servizi alla persona – anno 2008. Indicazioni per l'aggiornamento dei Piani Locali Unitari dei –servizi – anno 2009"*) viene confermata per il 2008 l'assegnazione ai Comuni delle risorse economiche destinate alla gestione associata dei servizi, pari a complessivi euro 22.168.173. Vengono inoltre confermate per il 2008 le risorse economiche per il funzionamento degli Uffici di Piano, per un importo complessivo di euro 1.600.000.

Da un'analisi effettuata sui contenuti dei PLUS, è possibile evidenziare quali siano, per il triennio 2007-2009, gli obiettivi di miglioramento e le relative azioni programmate all'interno di ciascun territorio della Regione Sardegna, soprattutto in riferimento all'Area Anziani, all'Assistenza Domiciliare, all'ADI ed all'integrazione socio-sanitaria, nonché le criticità che spesso appaiono molto simili in tutto il territorio regionale.

Oltre agli interventi previsti nel presente documento, per il raggiungimento degli obiettivi di servizio e per consentire il miglioramento della qualità del servizio di ADI su tutto il territorio regionale, la Regione programmerà ulteriori azioni a valere sulle risorse nazionali e comunitarie programmate per il periodo 2007-2013.

2.4.1. Azienda Sanitaria Locale n. 1 di Sassari

Nel territorio della **ASL 1** (Distretti di Alghero, Ozieri e Sassari e Sassari area metropolitana) gli obiettivi nell'area Anziani riguardano principalmente l'avvio di interventi integrati (Comuni-ASL) per l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata in tutto il distretto per soggetti non autosufficienti. Il progetto *"Interventi a sostegno della domiciliarità e di sollievo alla famiglia"* del Distretto di Alghero si propone di favorire la permanenza dell'anziano e del disabile nel proprio contesto familiare e sociale, valorizzando le risorse individuali e familiari. Gli interventi proposti intendono sostenere inoltre sia le persone affette da demenza e/o da gravi patologie invalidanti che le loro famiglie nel percorso della malattia, sostenendole negli aspetti sociali, assistenziali e sanitari che ne caratterizzano le diverse fasi di sviluppo.

Tra le ipotesi progettuali quella della Creazione di una Carta dei Servizi omogenea per il Distretto con indicazione precisa delle modalità di accesso al servizio; l'istituzione del Punto Unico d'Accesso distrettuale per l'attivazione della rete socio-sanitaria territoriale mediante la definizione e l'impiego di modalità integrate delle procedure di accesso.

"Verso l'integrazione" è la denominazione del progetto che riguarda il Distretto di Sassari, la cui finalità è l'integrazione tra i servizi; si tratta di un progetto di Assistenza Domiciliare sovracomunale che coinvolge i quindici Comuni del Distretto di Sassari, volto a ripensare l'intera organizzazione del Servizio e il ruolo degli operatori coinvolti, tale da creare un effettivo collegamento tra le strutture territoriali esistenti. L'obiettivo del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) è quello di mantenere la persona assistita presso la propria abitazione, garantendo continuità assistenziale, favorendo il recupero delle capacità di autonomia e di relazione, migliorando la qualità di vita e sostenendo i familiari nelle esigenze cui essi non possono far fronte. Il SAD, nella misura in cui si riuscirà ad attuare una reale integrazione con i servizi sanitari, dovrà garantire, soprattutto per gli anziani in condizioni socio-sanitarie più critiche, maggiormente esposti alla istituzionalizzazione e a frequenti ricoveri in ospedale, un intervento domiciliare flessibile, capace di essere rimodulato a seconda delle esigenze espresse di volta in volta.

2.4.2. Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

Nel territorio della **ASL 2** (Distretti di Olbia e Tempio Pausania), si fa riferimento alla programmazione ordinaria 2007-2009 dei 26 comuni dell'ambito, che prevede il potenziamento di servizi già esistenti e l'introduzione di nuovi servizi. In riferimento all'area Anziani le proposte d'azione riguardano l'attivazione del servizio di Telesoccorso, strettamente correlato al servizio di assistenza domiciliare.

2.4.3. Azienda Sanitaria Locale n. 3 di Nuoro

Nella programmazione degli interventi e servizi a favore delle persone anziane nel territorio della **ASL 3** (Distretti di Nuoro, Siniscola, Sorgono e Macomer), si ritiene indispensabile dare

priorità alle cure domiciliari di natura socio-sanitaria al fine di garantire la permanenza dell'anziano nel proprio contesto di vita.

Tra le proposte di intervento nell'area Anziani è previsto il potenziamento del Servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale (SAD), rivolto a soggetti anziani con scarsa capacità organizzativa della quotidianità, riferite alla difficoltà di gestione dell'ambiente domestico, della cura e igiene della persona, della vita di relazione.

Si auspica il potenziamento dei servizi esistenti di Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con un potenziamento del personale sanitario da destinare al servizio e maggiore copertura al servizio nell'arco della giornata.

2.4.4. Azienda Sanitaria Locale n. 4 di Lanusei

Nel territorio della **ASL 4** (Distretto di Lanusei) gli obiettivi di miglioramento riguardanti l'Assistenza Domiciliare intendono riorganizzare il servizio integrandolo fra tutti i 23 comuni, aumentando la durata delle prestazioni, differenziandola in base alla gravità delle problematiche dell'assistito, facendo leva sulla solidarietà familiare e unificando i criteri di accesso, di costo e delle prestazioni. Viene sottolineata la necessità di coinvolgere le organizzazioni di volontariato per integrare le attività del Servizio di Assistenza Domiciliare. Viene altresì rimarcata la necessità di trascorrere la vecchiaia presso il proprio domicilio e nel proprio paese senza essere sradicati e trasferiti in altre località.

In riferimento all'ADI, le azioni da attuare concernono il potenziamento del servizio, una maggiore integrazione tra l'aspetto sociale e sanitario delle problematiche dell'anziano, la stesura di progetti personalizzati che prevedano l'interazione tra il personale sociale e sanitario, l'attivazione di un raccordo concreto tra l'unità di valutazione multidimensionale dei bisogni per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari territoriali e l'operatore sociale dei Comuni.

2.4.5. Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Oristano

Nel territorio della **ASL 5** (Distretti di Ales, Ghilarza-Bosa e Oristano) le proposte emerse dai tavoli tematici riguardano: il potenziamento su tutto il territorio del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, con l'inclusione del supporto psicologico; il potenziamento del lavoro di rete, attraverso l'integrazione e creazione di servizi tra Enti Pubblici - Privato Sociale - Volontariato; il potenziamento del Punto Unico di Accesso, luogo di definizione di progettualità integrate a forte caratterizzazione territoriale per la presa in carico; la predisposizione della Carta dei Servizi Socio-Sanitari del Distretto; l'utilizzo di linee guida cliniche, organizzative e assistenziali condivise dall'équipe multiprofessionale; la facilitazione della comunicazione interprofessionale attraverso l'utilizzo della classificazione ICF (OMS 2001); l'utilizzo sistematico di scale di valutazione validate per la valutazione multidimensionale del paziente; l'individuazione; l'istituzione di un tavolo permanente sugli anziani; l'elaborazione di una Carta dei Diritti per chi cura e chi è curato; il servizio di pasti caldi a domicilio; l'attivazione del servizio di Telesoccorso.

Gli obiettivi strategici individuati in vista della realizzazione delle suddette azioni, riguardano il mantenimento e l'implementazione della domiciliarizzazione per l'utenza fragile e la facilitazione all'accesso ai servizi socio-sanitari del Distretto. La scelta di tali obiettivi strategici è scaturita dall'esigenza emersa nei tavoli tematici di implementare i servizi già esistenti per alcuni Comuni e di crearli per quelli che ne sono sprovvisti.

2.4.6. Azienda Sanitaria Locale n. 6 di Sanluri

Nel territorio della **ASL 6** (Distretti di Guspini e Sanluri), sono stati definiti obiettivi di miglioramento quali: la promozione di una rete integrata di servizi socio-sanitari (Assistenza Domiciliare Integrata); la promozione della domiciliarità garantendo la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita; il potenziamento delle funzioni di supporto alla limitata autonomia personale, seguendo, coadiuvando e stimolando la persona in tutte le sue attività e favorendo il mantenimento delle capacità acquisite. Si prevede che i Comuni di ciascun ambito stabiliscano degli accordi con le associazioni di volontariato locale per la realizzazione di servizi domiciliari aggiuntivi rispetto a quelli già erogati istituzionalmente.

Il PLUS Sanluri ha definito il progetto "*Rete integrata dei servizi*", col quale si propone di offrire alla persona con un bisogno complesso socio-sanitario e alla sua famiglia un'alternativa all'istituzionalizzazione, sottolineando l'importanza della continuità assistenziale ospedale-territorio e dell'integrazione della rete dei servizi socio-sanitari.

2.4.7. Azienda Sanitaria Locale n. 7 di Carbonia

Nel territorio della **ASL 7** (Distretti di Carbonia e Iglesias) si sottolinea l'importanza dell'istituzione del Punto Unico di Accesso e l'avvio di una modifica qualitativa del quadro dei servizi offerti alla popolazione anziana. Sono individuate tre esigenze sostanziali degli anziani e delle loro famiglie: un'assistenza domiciliare che integri le prestazioni sociali e sanitarie, quindi un passaggio da AD (Assistenza Domiciliare) ad una reale ADI (Assistenza Domiciliare Integrata); la definizione delle forme e dei tempi di un'attività integrata, per evitare forme di ricovero improprio e qualificando il contributo del privato sociale. Inoltre è auspicata la costruzione di una scheda di analisi unica per l'analisi e lo scambio di dati e di informazioni fra gli operatori coinvolti, la costruzione di progetti individualizzati, la corresponsabilizzazione delle famiglie.

2.4.8. Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari

Nel territorio della **ASL 8** (Distretti PLUS 21, Cagliari Città, Area Ovest, Quartu, Sarcidano-Barbagia di Seulo, Sarrabus Gerrei, Trexenta) gli obiettivi prioritari sono rappresentati da: l'incremento dei servizi domiciliari che consentano la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita; l'integrazione tra l'Assistenza Domiciliare erogata dai Servizi Sociali Comunali e l'Assistenza Domiciliare Integrata erogata dalla ASL; il potenziamento del ruolo del

volontariato come anello di congiunzione tra il cittadino anziano e la Pubblica Amministrazione; l'implementazione di tutti i servizi e il lavoro di rete con i Medici di Medicina Generale, che rappresentano il primo riferimento per la famiglia.

Il modello che si intende implementare a livello aziendale prevede che il percorso di Cure Domiciliari faccia specifico riferimento al Punto Unico d'Accesso per quanto riguarda la segnalazione del bisogno, la valutazione multidimensionale e l'assegnazione all'ADI della persona eleggibile, ma soprattutto che la presa in carico sia distrettualizzata e integrata nelle reti dei servizi distrettuali.

La programmazione degli interventi e dei servizi, riguardanti sia la gestione in forma associata che quella di ogni singolo Comune, è stata fatta ponendosi l'obiettivo, nell'arco del triennio, di arrivare ad uniformare le prestazioni erogate su tutto il territorio ed in ciascun ambito, cercando di salvaguardare le peculiarità di ciascun contesto.

Tra le differenti proposte emerse, il Progetto "*Servizio di sostegno alla persona nel proprio domicilio*", elaborato dal Gruppo tecnico di Piano (GtP) PLUS 21, all'interno dell'area Anziani e Famiglia, vede tra le azioni prioritarie per l'anno 2007: la predisposizione della gara d'appalto e/o l'individuazione di uno o più gestori accreditati per l'affidamento del servizio di assistenza domiciliare ad anziani, disabili, singoli e famiglie in difficoltà e del Segretariato Sociale in forma associata; la promozione della permanenza delle persone nel proprio domicilio, attraverso il finanziamento di progetti personalizzati; la standardizzazione dei percorsi attraverso la predisposizione dei Regolamenti e della Carta dei Servizi.

Un'altra proposta all'interno dell'area Anziani e Famiglia da parte del Gruppo tecnico di Piano (GtP) PLUS 21, riguarda la classificazione internazionale sul funzionamento, disabilità e salute (ICF), al fine di giungere ad un modello concettuale che favorisca lo scambio di informazioni e quindi una più precisa raccolta di dati su tutti i problemi di salute della cittadinanza. La sua utilizzazione permetterebbe una fedele rappresentazione dello stato di *funzionamento* in cui si trova la persona in un determinato momento, sia nei suoi aspetti negativi (deficit) sia nei suoi aspetti positivi (abilità, capacità e performance).

Il progetto individuato all'interno del PLUS Area Ovest, denominato "*SOS-tenere*", si propone di creare un modello di interventi integrati sociosanitari in un sistema di rete a favore delle famiglie di persone anziane e/o affette da disabilità e non autosufficienti, per migliorare la qualità della vita, per favorire la deistituzionalizzazione, per prevenire la istituzionalizzazione e sostenere la domiciliarità.

Tra gli obiettivi strategici del PLUS Sarcidano-Barbagia di Seulo per il triennio 2007-2009 si sottolineano, oltre all'integrazione del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e sanitaria, anche l'attivazione servizio mensa e pasti caldi a domicilio per 365 giorni all'anno, l'elaborazione della Carta dei Servizi Socio-Sanitari, l'attivazione della Banca del Tempo (un "Istituto di credito" presso il cui sportello si deposita la propria disponibilità a scambiare prestazioni con altre persone usando il tempo come unità di misura degli scambi).

2.5. Le Cure Domiciliari Integrate

La riorganizzazione del sistema di Cure Domiciliari Integrate rappresenta un obiettivo di rilevanza strategica del Piano per i Servizi Sanitari 2006-2008, e si inserisce in un quadro di interventi volti al potenziamento dei servizi territoriali rivolti alle persone non autosufficienti o a grave rischio di perdita dell'autosufficienza, interventi che privilegiano l'integrazione sociale e sanitaria e assicurano la continuità assistenziale tra i diversi centri di offerta e quindi la qualificazione dell'assistenza.

La **Deliberazione GR 51/49 del 20.12.2007** (*Direttive per la riqualificazione delle Cure Domiciliari integrate*) persegue l'obiettivo generale di ridefinire il sistema di Cure Domiciliari in un'ottica di integrazione tra istituzioni e tra diverse professionalità nel quadro di riferimento delineato dal Piano Regionale dei Servizi Sanitari e dalle leggi di riordino del Servizio sanitario regionale (Legge Regionale 10/06) e del sistema integrato dei servizi alla persona (Legge Regionale 23/05).

Gli obiettivi specifici del servizio di Cure Domiciliari Integrate sono essenzialmente quelli di mantenere le persone non autosufficienti nel proprio ambiente di vita, organizzare al domicilio della persona piani personalizzati di assistenza socio-sanitaria, favorire i percorsi di rete nell'assistenza territoriale socio-sanitaria.

La Deliberazione propone il nuovo modello organizzativo di cure domiciliari in coerenza con i provvedimenti attuativi del Piano Regionale Sanitario 2006 - 2008 riguardanti l'integrazione socio-sanitaria, già adottati dalla Giunta Regionale in particolare con la Deliberazione 7/5 del 21.02.06, istitutiva del Punto Unico di Accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale e con la successiva Deliberazione 44/11 del 31.10.07 di rafforzamento della loro attività, ed in coerenza con le nuove proposizioni della "Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA" nell'ambito delle cure domiciliari.

La nuova caratterizzazione delle cure domiciliari prevede la distinzione netta tra le Cure Domiciliari Prestazionali, da intendersi come interventi occasionali a ciclo programmato, e le Cure Domiciliari Integrate in senso stretto che presuppongono una valutazione multidimensionale ed una presa in carico "globale" della persona da parte di un'équipe multiprofessionale.

All'interno della definizione di questi interventi, un ruolo centrale deve essere assunto dal Medico di Medicina Generale che deve partecipare a tutte le fasi del processo assistenziale.

Le prestazioni di tipo sanitario e sociale di diversa complessità e intensità devono essere definite nel Piano Attuativo degli Interventi (PAI) redatto a seguito di una Valutazione Multidimensionale (VMD). Sono individuati tre diversi livelli assistenziali:

- **Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello** (assorbono quelle già definite nell'ADI), rivolte a persone che, pur non presentando criticità specifiche o presentando sintomi di medio-bassa complessità, necessitano comunque di continuità assistenziale e di interventi programmati multiprofessionali che si articolano su 5 giorni (primo livello) o 6 giorni (secondo livello).

- **Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e Cure Palliative a malati terminali** (assorbono quelle già definite nell'Ospedalizzazione Domiciliare (OD)), rivolte a persone che presentano bisogni con un elevato livello di complessità e con criticità specifiche legate alla instabilità clinica e alla presenza di sintomi di difficile controllo (persone nella fase terminale della vita (oncologici e non); persone con malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare); persone in fasi avanzate e complicate di malattie croniche; persone con necessità di nutrizione artificiale parenterale; persone con necessità di supporto ventilatorio invasivo; persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

La prima fase del percorso assistenziale è rappresentato dal Punto Unico d'Accesso (PUA) dove la domanda viene "accolta", il bisogno viene "individuato" e viene effettuata la presa in carico della persona nel percorso di rete da parte della Unità di Valutazione Territoriale (UVT) con la definizione di un progetto personalizzato.

L'UVT è composta da un nucleo stabile: medico di assistenza distrettuale, coordinatore degli infermieri professionali, assistente sociale coordinatore, espressione del Comune di riferimento. A queste figure si integrano altre figure professionali rappresentate dal Medico di Medicina Generale della persona e lo specialista della patologia (prioritariamente dipendente o convenzionato interno).

La seconda fase del percorso assistenziale si realizza con l'intervento operativo dell'Unità Operativa Distrettuale delle Cure Domiciliari Integrate che formula un Piano Attuativo degli Interventi (PAI), nel quale sono programmate le prestazioni necessarie allo svolgimento del progetto personalizzato elaborato dall'UVT, sono individuati i referenti d'aiuto spontaneo e professionale, sono attivate e gestite le risorse assistenziali sociali e sanitarie e il rapporto con la famiglia e/o le altre parti coinvolte nell'intervento. All'Unità Operativa Distrettuale compete la gestione tecnica e organizzativa della attività assistenziali.

Il Piano Attuativo degli Interventi (PAI) è realizzato da una équipe multiprofessionale composta da tutte le figure professionali necessarie a sviluppare gli obiettivi assistenziali definiti nel progetto personalizzato. Il PAI programma la periodicità degli accessi del Medico di Medicina Generale, gli interventi di altri operatori sanitari e la loro periodicità, gli interventi di tipo sociale; gli obiettivi di cura/riabilitazione; i risultati attesi; il *case manager* (referente del "caso").

L'Unità Operativa Distrettuale ha il compito di compilare la cartella clinica di Cure Domiciliari Integrate, nella quale sono registrate tutte le attività assistenziali svolte a domicilio della persona, che viene aperta presso il PUA al momento della presa in carico. Nella logica di garantire la continuità del percorso assistenziale, la documentazione clinico-assistenziale e ogni altra informazione utile, contenute nella cartella clinica ospedaliera o di strutture residenziali di provenienza, devono essere rese accessibili all'UVT, e condivise attraverso strumenti informatici.

La logica della presa in carico "globale" del paziente/utente presuppone l'erogazione diretta a domicilio dell'Assistenza Farmaceutica e Integrativa.

Al termine del Piano Attuativo degli Interventi, l'UVT ha il compito di valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati nel progetto di assistenza e di stabilire il successivo percorso

assistenziale. La dimissione viene effettuata dall'UVT, garantendo il coordinamento con il Servizio sociale professionale comunale al fine di favorire le soluzioni più appropriate nei confronti del soggetto in dimissione e la continuità del percorso assistenziale.

2.6. Implementazione del sistema informativo sanitario regionale SISAR

La regione Sardegna ha in atto un progetto per la realizzazione di un sistema informativo sanitario integrato per il quale ha previsto un finanziamento complessivo di € 25.000.000 che troverà copertura nei fondi disponibili nell'APQ "società dell'informazione" e nell'ambito del POR Sardegna 2000 – 2006 misura 6.3k "interventi per lo sviluppo dell'e-health". Il progetto vuole consentire il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, facilitare l'accesso ai servizi, consentire il miglioramento dei processi integrati socio sanitari e supportare il controllo della spesa sanitaria. Tra le funzionalità del SISAR vi è anche un modulo specifico per l'Assistenza Domiciliare Integrata.

2.7. Quadro sinottico della strategia in atto

L'analisi dei mezzi impiegati e dei risultati conseguiti nel precedente periodo di programmazione completa l'analisi della strategia in atto e individua le azioni che possono essere utili per l'impostazione della strategia e delle modalità di attuazione del Piano d'azione.

Con l'art. 34 della LR 2/2007 è istituito il Fondo regionale per la non autosufficienza riordinando ed integrando le risorse e le azioni orientate a tali finalità all'interno di un organico disegno di intervento a sostegno delle persone non autosufficienti.

All'interno di questo disegno sono compresi sia interventi ormai consolidati nel tempo in favore di particolari bisogni di cura, sia nuovi percorsi assistenziali e programmi sperimentali e innovativi.

Contenuto del provvedimento	Atto approvazione	Ammontare di Risorse stanziare €	Risultati conseguiti al 31.12.2007 (numero)	Situazione finanziaria al 31.12.2007	Note
<i>Directive per la riqualificazione delle Cure Domiciliari integrate</i>	Deliberazione GR 51/49 del 20.12.2007				
<i>Istituzione del punto unico di accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale</i>	Deliberazione GR 7/5 del 21.02.2006				
<i>Fondo per la non</i>	Deliberazione GR n. 44/11	euro 2.561.285,58 per			

<i>autosufficienza: potenziamento dei Punti Unici di Accesso e delle Unità di Valutazione Territoriale</i>	del 31.10.2007	l'anno 2007, di cui: euro 1.200.000 ai Comuni associati degli ambiti territoriali dei PLUS; euro 1.200.000 alle ASL; euro 161.285,58 per un programma regionale di formazione e assistenza tecnica degli operatori dei PUA e delle UVT.			
<i>Programma sperimentale "Ritornare a casa".</i> Finanziamento di progetti personalizzati finalizzati a favorire il rientro in famiglia di persone inserite in strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitario, o consentire la permanenza nel proprio domicilio alle persone non autosufficienti.	Deliberazione GR n. 42/11 del 04.10.2006	euro 5.000.000 per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008	finanziati 378 progetti personalizzati riferiti prevalentemente a persone anziane, di cui 34 dimessi da strutture sociali e/o sanitarie		
Rifinanziamento <i>Programma sperimentale "Ritornare a casa"</i> per l'avvio di nuovi progetti personalizzati	Deliberazione GR n. 8/9 del 05.02.2008	euro 5.000.000 aggiuntivi a quelli già stanziati	Avvio di ulteriori 258 piani personalizzati e dimissioni e da strutture sociali e/o sanitarie di altre 35 persone		La spesa troverà copertura sulle disponibilità del Fondo regionale delle politiche sociali (UPB S05.05.007)
<i>"Fondo per la non autosufficienza: sostegno alle persone anziane che si avvalgono dell'aiuto di un</i>	Deliberazione GR n. 44/13 del 31.10.2007	euro 6.000.000 (azioni di sostegno ai nuclei familiari); euro 665.000 (azioni di informazione, promozione e	Le azioni di formazione e hanno consentito l'avvio in 23 ambiti Plus, su		

<i>assistente familiare</i>		qualificazione dell'assistente familiare); euro 35.000 (azioni dirette di informazione, promozione e monitoraggio)	25, di percorsi di qualificazioni dell'assistente familiare		
<i>L. 162/98: criteri per la predisposizione dei piani personalizzati di sostegno in favore di persone con handicap grave</i>	Deliberazione GR n. 28/16 del 01.07.2005	280.000 euro per il temporaneo affiancamento degli uffici comunali preposti alla stesura del piano personalizzato			
<i>“Riorganizzazione e attuazione dell’Assistenza domiciliare Integrata”</i> . Realizzazione di programmi individualizzati di intervento e di attività assistenziale domiciliare	Deliberazione GR n. 47/16 del 16.11.2006	euro 5.000.000 al finanziamento di progetti di assistenza domiciliare integrata presentati dai comuni associati, di uno stesso ambito distrettuale, in accordo con l’Azienda Sanitaria Locale competente per territorio.			La somma troverà copertura sulle disponibilità a favore dell’UPB S12.068 capitolo 12287 del Bilancio regionale 2006
<i>“Principi e criteri direttivi per l’atto aziendale delle aziende sanitarie locali”</i>	Deliberazione GR 30/38 del 02.08.2007				
<i>“Linee guida per l’avvio dei Piani locali unitari dei servizi alla persona”</i>	Deliberazione GR 23/30 del 30.05.2006		Avviato il processo di programmazione integrata che ha portato all’approvazione del PLUS in tutti gli ambiti.		
<i>“Linee di indirizzo per la costituzione e il finanziamento degli Uffici per la programmazione e gestione associata dei</i>	Deliberazione GR 27/44 del 17.07.2007	Euro 1.600.000 per la costituzione degli Uffici per la programmazione e la gestione associata dei servizi	Avviati in tutti gli ambiti i processi per la istituzione degli Uffici di piano		

<i>servizi alla persona (Uffici di Piano)</i>					
<i>“Direttive per la riqualificazione delle Cure Domiciliari integrate”</i>	Deliberazione GR 51/49 del 20.12.2007	euro 5.000.000 al finanziamento per la riqualificazione della cure domiciliari integrate (di cui € 2.500.000 ricomprese nel fondo per la non autosufficienza)			
<i>“Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna”</i>	Legge Regionale 10/06				
<i>“Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione LR 4/1988 Riordino delle funzioni socio-assistenziali”</i>	Legge Regionale 23/2005	Vengono istituiti nel bilancio appositi stanziamenti che costituiscono il "Fondo regionale per il sistema integrato dei servizi alla persona"			
<i>“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (legge finanziaria 2007)”</i>	Legge Regionale n. 2 del 29.05.2007	120 milioni di euro, di cui 25 mln a Comuni e ASL per il potenziamento dell’assistenza domiciliare; ulteriori 2,5 mln alle ASL per lo sviluppo di programmi di ADI			
Progetti attuativi del PSN 2006-2008 – “sperimentazione e del modello assistenziale case della salute	DGR n. 48/20 del 20.11.2007	€ 1.650.000 a valere su fondi regionali di cui 1600.000 di investimenti in c/capitale e € 2.550.000 richiesti al Ministero della Salute.			
Individuazione dell’integrazione e socio-sanitaria tra gli ambiti verso cui indirizzare le scelte innovative del sistema.	Piano Sanitario Nazionale 2006-2008				
Integrazione dei processi di cura	Piano regionale dei				

	Servizi Sanitari 2006 - 2008				
Revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza	DPCM 23 aprile 2008				

3. ANALISI DEI PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA, DI OPPORTUNITA' E RISCHI

L'analisi del contesto permette di individuare i nodi e i problemi sui quali è necessario intervenire per il raggiungimento dell'obiettivo di servizio in termini quali-quantitativi nonché le potenzialità e le opportunità sulle quali occorre far leva per qualificare la strategia o per valorizzare le iniziative in atto. Di seguito si riportano in sintesi i nodi, i problemi, le potenzialità e le opportunità, integrati con le indicazioni degli stakeholders.

3.1. Punti di forza

I **punti di forza**, ovvero le potenzialità sulle quali occorre far leva per qualificare la strategia o per valorizzare le iniziative in atto, in coerenza con l'obiettivo generale del Piano d'Azione, sono rappresentati da:

- rilevante quantità di risorse finanziarie impiegate nell'area della non autosufficienza, con l'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza (LR n. 2/2007), con il progetto "ritornare a casa" e con interventi specifici di potenziamento della organizzazione atta a favorire l'integrazione socio-sanitaria;
- qualificata esperienza regionale nei progetti personalizzati, in particolare nei piani per le persone con disabilità di cui alla Legge n. 162/98;
- progressivo sviluppo di una pluralità di interventi, differenziati in base alle esigenze delle persone anziane;
- avvio del percorso di integrazione istituzionale attraverso la programmazione integrata dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari mediante lo strumento del Plus;
- importante coinvolgimento del terzo settore (associazioni di volontariato, cooperazione sociale, ecc.) nei progetti di integrazione sociosanitaria;
- progressivi cambiamenti in atto nell'organizzazione delle cure domiciliari, verso modelli organizzativi più efficaci ed efficienti;
- istituzione del Punto Unico d'Accesso e delle Unità di valutazione multidimensionale in tutte le ASL della Sardegna;

- avvio del processo di informatizzazione del sistema sanitario e sociosanitario, attraverso la realizzazione dei progetti regionali Sisar (sistema Informativo sanitario regionale) e Medir (fascicolo sanitario elettronico);
- motivazione degli operatori sanitari e sociali ed impegno individuale all'interno delle Cure Domiciliari Integrate, attraverso azioni di formazione e coinvolgimento;
- buon coinvolgimento dei nuclei familiari e delle comunità locali nella cura degli anziani, soprattutto nei territori decentrati.

3.2. Punti di debolezza

I **punti di debolezza**, ovvero i nodi e i problemi sui quali è necessario intervenire per il raggiungimento dell'obiettivo generale del Piano d'Azione, sono rappresentati da:

- scarsa conoscenza dei cittadini circa il complesso dei servizi offerti con conseguente difficoltà di orientamento delle famiglie e degli utenti;
- disomogenea erogazione del servizio di cure domiciliari nel territorio regionale;
- frammentarietà del percorso assistenziale nell'ambito del sistema sanitario e sociale;
- disomogenea implementazione del Punto Unico d'Accesso e delle UVT nei Distretti socio-sanitari e passaggio attraverso il PUA del Percorso di Cure Domiciliari Integrate solo in alcune realtà distrettuali;
- insufficiente integrazione istituzionale e professionale, in particolare con il Medico di Medicina Generale;
- difficoltà del Medico di Medicina Generale ad assumere il ruolo di coordinatore degli interventi;
- mancanza di regolare partecipazione dell'Assistente Sociale dei Servizi Sociali comunali alla valutazione multidimensionale nell'ambito della UVT;
- carenza di formazione specifica degli operatori delle Cure Domiciliari Integrate con particolare riferimento agli strumenti della Valutazione Multidimensionale e alle competenze trasversali (competenze relazionali, etica professionale e di umanizzazione del servizio fornito);
- percorsi e procedure operative nei processi di presa in carico globale del paziente non adeguatamente sviluppati;
- presenza di procedure burocratiche per l'approvvigionamento di farmaci e ausili, con conseguente difficoltà a rispondere tempestivamente alle richieste urgenti e attivazione parziale della erogazione diretta al domicilio dell'assistito di farmaci e ausili;
- inadeguatezza del sistema informativo attuale nella raccolta, elaborazione e elaborazione dei dati atti a descrivere l'effettivo panorama di cure domiciliari;
- insufficiente assistenza medica e infermieristica nei giorni festivi e prefestivi;
- insufficiente valorizzazione del ruolo della famiglia;
- elevato numero di ricoveri ospedalieri impropri e di inserimenti in strutture residenziali;

- inadeguato sviluppo della modalità associata di gestione dei servizi da parte degli Enti Locali.

3.3. Opportunità

Le opportunità, ovvero le condizioni che possono favorire lo sviluppo delle cure domiciliari integrate, sono le seguenti:

- *esistenza di un valido quadro normativo atto a supportare l'integrazione sociosanitaria:*
 - Legge Regionale 23/05 istitutiva del sistema integrato dei servizi alla persona;
 - Legge Regionale 10/06 di riordino del Sistema Sanitario Regionale;
 - Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008;
 - I provvedimenti della Giunta Regionale attuativi della normativa di riferimento per la integrazione socio sanitaria;
- *esistenza di fonti di finanziamento regionali e statali a sostegno delle persone non autosufficienti:*
 - Fondo regionale e statale per la non Autosufficienza;
 - Progetti "Ritornare a casa";
 - Altri finanziamenti specifici e aggiuntivi previsti dalla legge finanziaria regionale per il potenziamento delle cure domiciliari integrate sul versante sanitario;
- *valorizzazione del ruolo attivo della famiglia, intesa quale risorsa del sistema delle cure domiciliari;*
- *creazione di posti di lavoro, anche a tempo parziale, sull'intero territorio regionale;*
- *vasta presenza sul territorio regionale di organismi del terzo settore, della cooperazione, di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati.*

3.4. Rischi

- Aumento del carico assistenziale che ricade sulla famiglia e sui nuclei di appartenenza;
- assenza dell'atto formale di definizione dei Livelli Essenziali dell'Assistenza Sociale, come previsto dal comma 2 dell'articolo 117 della Costituzione e dall'articolo 29, e in attuazione della legge quadro dei servizi sociali (legge 328/2000);
- difficoltà ed ostacoli di tipo giuridico-amministrativo nella definizione dei protocolli operativi tra ASL ed Enti Locali.

4. DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA FUTURA

Il peso crescente delle classi anziane, la progressiva riduzione della durata delle degenze ospedaliere, lo sviluppo di una sensibilità più attenta agli aspetti qualitativi dell'assistenza e la necessità di razionalizzare la spesa sanitaria hanno imposto, negli ultimi anni, un radicale mutamento delle strategie sociosanitarie, con un'attenzione particolare al rilancio e allo sviluppo dei progetti di cure a domicilio.

Obiettivo del piano è favorire lo sviluppo delle cure domiciliari integrate attraverso il rafforzamento e la messa in rete delle risorse del territorio, la qualificazione degli interventi sanitari, sociali e sociosanitari dedicati agli anziani con una progettazione e gestione delle attività più condivisa e partecipata da parte dei diversi attori del sistema, istituzionali e non: Regione, Enti locali, ASL, associazioni, enti gestori dei servizi.

Le criticità evidenziate e i punti di forza derivanti dalle azioni di programmazione già messe in campo determinano le seguenti scelte strategiche volte a favorire lo sviluppo dei servizi di cura domiciliari, rivolti alla popolazione anziana, che rappresenta l'elemento di maggiore carico assistenziale per le famiglie ed in particolare per le donne.

Il presente piano intende innanzitutto facilitare l'accesso dell'utente ai servizi sociosanitari attraverso azioni volte a migliorare la conoscenza del cittadino sul sistema di offerta di tali servizi e attraverso una efficiente implementazione del Punto Unico d'Accesso per l'accoglienza del bisogno e la rapida presa in carico.

Tale sviluppo comporta la necessità di definire meglio l'intera organizzazione delle Cure Domiciliari e il ruolo degli operatori, di disegnare i percorsi di collegamento tra i servizi, di connetterli attraverso la gestione di regole, percorsi e procedure, al fine di formare quella trama indispensabile per un lavoro di rete che risulti produttivo nella risposta al bisogno del cittadino.

Il piano intende migliorare l'assetto organizzativo del servizio di Cure Domiciliari Integrate attraverso un miglioramento dell'integrazione istituzionale tra le Aziende Sanitarie Locali e gli Enti Locali, un miglioramento dell'integrazione professionale tra gli operatori del settore, lo sviluppo di una migliore struttura organizzativa e lo sviluppo di meccanismi di pianificazione e gestione congiunta.

Per realizzare una efficace integrazione fra i diversi servizi che assicuri la continuità assistenziale è indispensabile inoltre che siano definiti dei percorsi semplificati per l'erogazione dei servizi assistenziali in modo adeguato e tempestivo. Obiettivo del piano è pertanto l'adozione di un modello unitario di processo assistenziale di Cure Domiciliari Integrate in tutto il territorio regionale.

Per consentire a livello regionale una migliore conoscenza e valutazione delle prestazioni erogate, sia di carattere sanitario che sociale, il piano si propone di migliorare la qualità del flusso informativo regionale, rilevandolo con criteri omogenei e implementando un sistema informativo adeguato.

Vista la sostanziale inadeguatezza dell'offerta di cure domiciliari in rapporto al fabbisogno del territorio regionale, il presente piano intende inoltre potenziarne la capacità di offerta attraverso un'estensione dell'assistenza ai giorni festivi e prefestivi, un maggiore coordinamento di tutte le risorse umane impegnate (comprese risorse professionali, volontariato sociale e assistenti familiari) e un'estensione in particolare del ruolo e responsabilità del Medico di Medicina Generale.

Il piano persegue infine l'obiettivo di ridurre il ricorso al ricovero in strutture ospedaliere, attraverso una migliore integrazione di queste con il sistema di cure del Distretto sociosanitario e quello di migliorare l'approccio culturale dei professionisti e degli operatori del settore attraverso azioni incisive sul loro processo di formazione.

La Regione, al fine di incentivare comportamenti virtuosi nei soggetti istituzionali coinvolti nella realizzazione del servizio, prevede di attivare specifici meccanismi di premialità subregionale collegati sia al conseguimento dell'indicatore di risultato, intermedio e finale, individuato per ciascun ambito territoriale e riportato nella tabella "indicatori di risultato per territorio (ASL)", sia al raggiungimento degli indicatori di realizzazione, declinati a livello territoriale, e individuati nella relativa tabella.

Appare inoltre opportuno precisare che i finanziamenti complessivamente disponibili individuati dal presente piano d'azione sono aggiuntivi rispetto a quelli ordinariamente destinati alla erogazione delle cure domiciliari integrate, posto che si tratta di un servizio pienamente ricompreso tra i livelli essenziali di assistenza

Le risorse aggiuntive destinate dal presente piano d'azione al potenziamento delle cure domiciliari rivolte alla popolazione anziana sono dirette a favorire, nel breve e medio periodo, la progressiva strutturazione del servizio, ad incrementarne l'efficacia delle risposte, e a migliorarne l'efficienza organizzativa, mediante la gestione integrata delle risorse.

Dette risorse aggiuntive dovrebbero quindi consentire la creazione delle condizioni organizzative per realizzare efficacemente le cure domiciliari integrate, con un prevedibile spostamento di risorse, in termini relativi, dal macrolivello assistenziale "assistenza ospedaliera" al macrolivello assistenziale "assistenza territoriale": si prevede, a regime, un incremento della quota complessiva di risorse ordinarie destinate alle cure domiciliari integrate e una corrispondente riduzione della quota destinata a finanziare modalità organizzative alternative e inappropriate di assistenza.

Supporto richiesto al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali

Ai fini di conseguire gli obiettivi previsti nel presente Piano tematico d'azione, si ritiene opportuno specificare il supporto richiesto al Ministero competente nell'ambito del Progetto "Azioni di sistema e assistenza tecnica per gli obiettivi di servizio 2007/2013:

- 1 condivisione di metodologie comuni;
- 2 predisposizione di sistemi di valutazione del bisogno;
- 3 integrazione dell'azione dei soggetti del sistema (comuni/ASL);
- 4 predisposizione di un buon sistema di monitoraggio;
- 5 rafforzamento delle competenze del personale.

4.1. Definizione delle opzioni strategiche

Obiettivo generale: incrementare i servizi di cura alla persona

Al fine di contribuire ad una migliore conciliazione di vita lavorativa e familiare della donna e all'incremento della sua partecipazione al mercato del lavoro, il Quadro Strategico Nazionale per la politica regionale aggiuntiva 2007-2013 (QSN), approvato con decisione della Commissione europea n. C(2007)3329 del 13/7/2007, ha individuato, tra gli obiettivi di servizio, l'incremento dei servizi di cura alla persona.

Obiettivo specifico: innalzare al 3,5% il tasso di anziani assistiti in Cure Domiciliari Integrate entro l'anno 2013

Tra i servizi di cura alla persona particolare rilevanza rivestono quelli rivolti alla popolazione anziana (ultrasessantacinquenni) per il carico assistenziale che ricade sulle famiglie e in particolare sulle donne in caso di non autosufficienza. Obiettivo specifico della programmazione è quello di incrementare la quota di popolazione anziana coperta da assistenza domiciliare integrata (target di riferimento: 3,5% di anziani da assistere in ADI entro l'anno 2013). Questo piano d'azione si inserisce in tali linee di intervento programmatiche e si propone di innalzare il tasso di anziani assistiti in Cure Domiciliari Integrate nel territorio della Sardegna dall'1,3% registrato nell'anno 2006 al 3,5% entro l'anno 2013.

2.5 Obiettivo operativo: Facilitare l'accesso dell'utente ai servizi sociosanitari

Opzioni strategiche

2.5.1. Sviluppo di strategie di informazione sul Punto Unico d'Accesso e sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione e, congiuntamente, delle Aziende Sanitarie Locali e degli Enti Locali.

Al momento attuale, nella regione Sardegna, a fronte di un recente potenziamento del Distretto sociosanitario e della ridefinizione delle sue funzioni si configura ancora una insufficiente conoscenza dei cittadini sull'offerta del sistema sociosanitario territoriale e una difficoltà di orientamento dell'utente. Per favorire l'incontro tra la persona portatrice di bisogno e la rete dei servizi e facilitarne l'accesso è necessario attuare strategie informative sul sistema di offerta.

La Regione, le ASL e gli Enti Locali promuovono congiuntamente campagne di informazione indirizzate al cittadino sull'organizzazione e il funzionamento dei servizi sociosanitari territoriali ed in particolare sulle cure a domicilio. La campagna informativa dovrà mirare a far conoscere ai cittadini i Punti di Accesso e le modalità di attivazione dei servizi.

Tali iniziative dovranno anche prevedere la predisposizione e divulgazione di materiale informativo presso i luoghi strategici per il raggiungimento del cittadino (farmacie, ambulatorio

del Medico di Medicina Generale, Presidi Ospedalieri, domicilio degli ultra sessantacinquenni e altri luoghi).

2.6 Obiettivo operativo: migliorare l'organizzazione del servizio

Per perseguire l'obiettivo specifico del piano è necessario riorganizzare il servizio coerentemente con le linee di indirizzo definite nella Deliberazione G.R. 51/49 del 20/12/2007, attraverso interventi sulla **struttura organizzativa** e sui **processi operativi**.

Per garantire la gestione unitaria ed integrata di tutte le risorse disponibili per l'erogazione delle cure domiciliari è necessaria una riprogettazione organizzativa che tenga conto degli elementi di criticità dell'attuale organizzazione.

Opzioni strategiche

2.6.1 Definizione di un modello unitario di Punto Unico d'Accesso (PUA) e di Unità di Valutazione Territoriale (UVT) per il territorio regionale

Il Punto Unico d'Accesso (previsto dalla Deliberazione G.R. 7/5 del 21.02.2006) deve essere efficientemente implementato in tutti i Distretti e deve rappresentare il luogo di attivazione della rete socio-sanitaria territoriale.

La Regione, in collaborazione con gli esperti del settore, individua un modello unitario di Punto Unico d'Accesso e di Unità di Valutazione Territoriale da implementare in tutto il territorio regionale, che definisca i percorsi di cura e quindi le modalità di accesso al servizio, le modalità di accoglimento delle richieste, le modalità di interazione tra l'organizzazione sanitaria (Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate), i Servizi Sociali Comunali e le Unità Operative Ospedaliere, le modalità di partecipazione, in termini di risorse messe a disposizione, da parte delle ASL e degli Enti Locali.

2.6.2 Potenziamento dei Punti Unici di Accesso, delle UVT e delle Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate

Il Punto Unico d'Accesso rappresenta la prima tappa in cui si snoda il percorso di cure domiciliari integrate.

Le Aziende Sanitarie Locali, in collaborazione con gli Enti locali, potenziano i Punti Unici di Accesso e le Unità di Valutazione Territoriale attraverso un aumento delle dotazioni di personale in numero adeguato alla popolazione del territorio di riferimento, anche mediante meccanismi di mobilità interna e di riorganizzazione dei servizi territoriali.

Per potenziare la capacità di offerta sul territorio e migliorarne l'organizzazione le Aziende Sanitarie Locali provvedono all'attivazione di almeno una Unità Operativa Distrettuale di Cure Domiciliari Integrate in tutti i Distretti sociosanitari.

L'Unità Operativa Distrettuale delle Cure Domiciliari deve essere composta esclusivamente da personale dipendente, poiché la gestione tecnica e organizzativa delle attività assistenziali

sanitarie deve essere di pertinenza della Azienda Sanitaria Locale e opera in stretta integrazione con il MMG e con l'assistente sociale del Comune di riferimento.

2.6.3 Attivazione e potenziamento degli Uffici di Piano in tutti i Distretti sociosanitari.

Gli Uffici di Piano rappresentano un importante strumento di integrazione istituzionale in quanto forma organizzativa stabile dell'ambito territoriale (distretto sociosanitario) sia per gli aspetti programmatici sia per gli aspetti operativi della gestione associata dei servizi sociosanitari. In particolare, secondo le vigenti disposizioni regionali, gli Uffici di Piano svolgono importanti funzioni di tipo amministrativo ed economico finanziario riferibili a:

- gestione amministrativa delle attività previste dai PLUS e degli altri interventi affidati alla gestione associata;
- gestione degli appalti e delle procedure ad evidenza pubblica;
- gestione delle risorse utilizzate in forma associata.

Per lo svolgimento di tali compiti l'Ufficio di Piano è funzionalmente dipendente dall'Ente gestore dei servizi associati (Comune capofila).

Pertanto, considerato che tali organismi possono costituire uno strumento di effettiva integrazione istituzionale, le ASL e gli Enti Locali potenziano gli Uffici di Piano in tutti i Distretti sociosanitari in cui sono già stati istituiti e provvedono alla loro attivazione negli ambiti territoriali carenti.

Le ASL e gli Enti Locali del territorio di riferimento, anche in forma associata, sottoscrivono e applicano protocolli d'intesa di contenuto specifico in cui siano definite le procedure operative, le responsabilità e i ruoli nel lavoro integrato, le modalità di gestione integrata della documentazione, le modalità e gli strumenti di comunicazione tra gli operatori, le risorse che i diversi soggetti si impegnano a mettere a disposizione del servizio.

Per la predisposizione di tali protocolli operativi i suddetti Enti si avvalgono dell'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di riferimento.

2.6.4 Realizzazione di un piano di formazione sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione in collaborazione con le ASL e gli Enti Locali.

Obiettivo del piano è la formazione specifica e l'aggiornamento degli operatori addetti alle cure domiciliari integrate; a tal proposito la Regione predispone e realizza un piano di formazione per tutto il personale coinvolto: Medici di Medicina Generale, operatori del Punto Unico d'Accesso, dell'Unità di Valutazione Territoriale, dell'Unità Operativa Distrettuale delle Cure Domiciliari Integrate, degli operatori degli Enti Locali e degli operatori degli enti che offrono servizi esternalizzati (es. cooperative sociali).

Tale formazione dovrà consentire lo sviluppo negli operatori di competenze nella gestione integrata dei percorsi assistenziali, nella realizzazione di risposte individualizzate al bisogno e nell'utilizzo degli strumenti della Valutazione Multidimensionale.

2.6.5 Realizzazione dell'integrazione professionale nelle cure domiciliari attraverso il modello della Casa della salute.

La casa della salute è una struttura territoriale ad alta integrazione multidisciplinare e interprofessionale in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone, di garantire prestazioni erogate con continuità e appropriatezza, sulla base di programmi assistenziali integrati tra sociale e sanitario e definiti nell'ambito di valutazioni multidimensionali. La casa della salute, nel modello regionale, definito in via sperimentale con la DGR n. 48/20 del 20/11/2007 e riproposto dalla DGR n.53/7 del 27/12/2007 di riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale, è fortemente orientata alle cure domiciliari integrate, assicurando una risposta medico infermieristica, specialistica e sociale 24 ore su 24, basata su Piani personalizzati di assistenza. Si prevede di realizzarne almeno una per Distretto socio sanitario.

2.6.6 Definizione di un modello unitario regionale di Valutazione Multidimensionale e di inquadramento nei profili assistenziali

Poiché attualmente non è adottata a livello regionale una metodologia unitaria di valutazione multidimensionale del bisogno e una modalità uniforme di inquadramento nei profili assistenziali, obiettivo del piano è la definizione, da parte della Regione, in collaborazione con i professionisti esperti del settore, di una metodologia di valutazione multidimensionale univoca, attraverso la predisposizione di linee guida e la messa a punto di una scheda di valutazione, quale strumento costruito "su misura" (sia pure a partire da scale validate e di ampio utilizzo in ambito nazionale e internazionale), scelta in modo da ottenere il migliore equilibrio tra completezza della valutazione e praticità di utilizzo.

Tale modello viene recepito e adottato da tutte le Aziende Sanitarie Locali.

2.6.7 Snellimento delle procedure per l'erogazione diretta a domicilio dell'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica.

Obiettivo del piano è la razionalizzazione delle modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica attraverso la ridefinizione e lo snellimento delle procedure autorizzative per la consegna diretta al domicilio del paziente di farmaci e ausili.

L'Unità Operativa Distrettuale, in caso di richiesta di valutazione multidimensionale da parte delle strutture ospedaliere, trasmessa al PUA almeno 4 giorni prima della data presunta di dimissione (come previsto dalla Deliberazione GR 51/49 del 20.12.2007), avvia tempestivamente la procedura per la consegna diretta a domicilio di farmaci e ausili in modo che tale consegna avvenga all'avvio delle cure domiciliari. La stessa procedura deve essere applicata per le dimissioni da strutture residenziali. La Regione emana apposite direttive in tal senso alle Aziende Sanitarie Locali.

2.6.8 Sviluppo di sistemi di pianificazione e controllo delle attività

Al fine di conseguire il miglioramento del servizio di cure domiciliari integrate è necessario adottare un approccio metodologico fondato sulla pianificazione operativa e sullo sviluppo di un correlato sistema di controllo volto a valutare i progressi raggiunti nella direzione degli obiettivi prefissati, attraverso lo sviluppo di specifici indicatori, che preveda in particolare:

- l'inserimento in tutti i PLUS della pianificazione delle Cure Domiciliari Integrate;
- la definizione, da parte delle ASL e degli Enti Locali, di standard quantitativi/qualitativi per operatore: l'organizzazione delle Cure Domiciliari deve disporre di personale numericamente adeguato e di accertata competenza professionale; al fine di garantire la qualità degli interventi assistenziali, le ASL e gli Enti Locali definiscono lo standard di carico assistenziale giornaliero attribuito rispettivamente all'infermiere professionale e all'operatore socio-sanitario e ne verificano il rispetto; le ASL devono inoltre prevedere il potenziamento e la qualificazione di personale competente in Cure Palliative al fine di rendere il servizio offerto adeguato al fabbisogno crescente di tale tipologia di cura;
- l'implementazione di un sistema di verifica e monitoraggio sulla qualità dei servizi esternalizzati attraverso una duplice azione: miglioramento della qualità dei capitolati delle gare d'appalto e implementazione di un sistema di verifica e monitoraggio sull'applicazione effettiva dei contenuti del capitolato da parte delle società/cooperative appaltatrici. Ai sensi dell'articolo 38 della L.R. n. 23/2005 inoltre le convenzioni tipo devono prevedere la regolare applicazione dei CCNL di riferimento.

2.6.9 Implementazione di un adeguato sistema informativo

Le Cure Domiciliari Integrate hanno peculiarità proprie che necessitano di flussi informativi specifici, idonei a descriverne l'attività e a verificarne il raggiungimento dei risultati rispetto agli obiettivi attesi. E' necessario pertanto attivare un flusso informativo, su base aziendale, rilevato con criteri omogenei, che consenta a livello regionale la conoscenza e la valutazione delle Cure Domiciliari Integrate superando i carenti flussi informativi esistenti. L'obiettivo sarà realizzato nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario integrato regionale (SISaR), in corso di realizzazione.

Nelle more della piena funzionalità del SiSaR, al fine di garantire significatività dei dati raccolti, la Regione definisce una scheda di rilevazione dei dati di attività, adeguata per una conoscenza delle Cure Domiciliari Integrate erogate.

A fine di garantire la puntuale rilevazione le ASL provvedono a:

- dare disposizioni operative affinché ogni accesso domiciliare venga registrato nel fascicolo individuale della persona presa in carico da parte degli operatori dell'equipe multiprofessionale;
- individuare una figura professionale dell'equipe responsabile della raccolta a domicilio dei dati di attività e della trasmissione degli stessi alla Unità Operativa Distrettuale di Cure Domiciliari Integrate.

I dati contenuti nella scheda di rilevazione devono essere coerenti con i dati inviati al Ministero della Salute tramite il SIS.

Il personale dell'Unità Operativa Distrettuale di Cure Domiciliari Integrate registra tutti i piani assistenziali finanziati con i progetti "Ritornare a casa" (DGR n. 42/11 del 04.10.2006) e i progetti personalizzati ex L. 162/98, trasmessi a cura della Regione e riferiti a utenti di età superiore ai 64 anni. Il personale dell'U.O. verifica se l'utente beneficiario dei finanziamenti regionali è già inserito in programmi di cure domiciliari integrate. In caso positivo è chiamato a integrare il PAI definito in precedenza con gli interventi di tipo sociale garantiti dai comuni. In caso negativo verifica l'opportunità di integrare gli interventi sanitari erogati all'assistito a qualunque titolo e con carattere di continuità in un unico PAI integrato con le prestazioni sociali. Il personale acquisisce le informazioni necessarie a documentare gli interventi di Cure Domiciliari Integrate.

Obiettivo del piano è la realizzazione di una scheda di Valutazione Multidimensionale informatizzata che consenta la compilazione in rete di tale scheda da parte dei professionisti della UVT e la creazione di un database orientato all'assistito che consenta di ricavare informazioni sull'attività erogata.

2.7 Obiettivo operativo: potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno

Al fine di migliorare la capacità dell'offerta di Cure Domiciliari Integrate di dare risposte al bisogno, espresso e inespresso, della popolazione, è necessario implementare una serie di azioni volte a favorire la continuità assistenziale, attraverso il reale coinvolgimento delle figure professionali e non, e delle organizzazioni che hanno un ruolo significativo nell'erogazione del servizio.

Opzioni strategiche

2.7.1 Potenziamento del ruolo e delle responsabilità del medico di medicina generale

Poiché, come rilevato dall'analisi dei dati relativi all'assistenza erogata negli anni 2005 e 2006, il numero di accessi totali effettuati dal personale medico è estremamente esiguo in rapporto alla numerosità dei pazienti presi in carico, obiettivo del piano è l'incremento di tali accessi. Il Contratto Integrativo Regionale della medicina generale, approvato con la DGR n. 17/1 del 20 marzo 2008, prevede una incentivazione economica per gli accessi effettuati dai medici di medicina generale nell'ambito delle cure domiciliari integrate, differenziata in rapporto al livello di intensità delle cure, e finalizzata a favorire un maggiore coinvolgimento del medico curante, soprattutto in relazione ai casi più complessi.

Il medico di medicina generale è chiamato a collaborare con i responsabili del Distretto sociosanitario in tutte le fasi del processo assistenziale, dalla valutazione del caso alla definizione del piano assistenziale: partecipa infatti alla valutazione multidimensionale in quanto membro di diritto della UVT, partecipa alla redazione del PAI (piano personalizzato degli interventi) nell'ambito della Unità Operativa Distrettuale delle cure domiciliari integrate; è parte

fondamentale della equipe multidisciplinare che eroga le prestazioni. Il Contratto Integrativo Regionale della medicina generale, approvato con la DGR n. 17/1 del 20 marzo 2008 incentiva la partecipazione del medico di medicina generale alle fasi di valutazione e coordinamento delle cure domiciliari integrate attraverso la erogazione di un compenso omnicomprensivo.

Le ASL concordano e individuano le modalità organizzative più idonee a coinvolgere in tali processi il medico di medicina generale.

2.7.2 Garanzia della continuità dell'assistenza a domicilio nei giorni festivi e prefestivi

Poiché la mancanza di una continuità reale di disponibilità da parte del servizio facilita l'accesso improprio dell'utenza ai punti della rete regionale dell'emergenza-urgenza (ad es. chiamate alle Centrali Operative 118 oppure ricorso al Pronto Soccorso), si propone il rafforzamento della continuità dell'assistenza a domicilio.

Le cure domiciliari di terzo livello e le cure domiciliari palliative a malati terminali comportano interventi, da parte dell'equipe multiprofessionale, programmati su 7 giorni settimanali. A tal fine il Contratto Integrativo Regionale della medicina generale, approvato con la DGR n. 17/1 del 20 marzo 2008, prevede il coinvolgimento programmato del Medico di continuità assistenziale nei casi più complessi (cure domiciliari integrate di terzo livello o rivolte a malati terminali), che implicano una assistenza continuativa programmata su 7 giorni settimanali, con la relativa remunerazione dei singoli accessi a domicilio. Pertanto, Le Aziende Sanitarie Locali, in accordo con i medici della continuità assistenziale, prevedono, nei casi di maggiore intensità assistenziale, l'inserimento nel Piano Attuativo degli Interventi dell'accesso del Medico di continuità assistenziale nei giorni prefestivi e festivi, e definiscono protocolli operativi per l'integrazione di questi ultimi nel servizio.

Inoltre le Aziende Sanitarie Locali prevedono, nei casi di maggiore intensità assistenziale (cure domiciliari di terzo livello e le cure domiciliari palliative a malati terminali), l'inserimento nel Piano Attuativo degli Interventi (PAI) dell'accesso dell'infermiere professionale anche nei giorni prefestivi e festivi attraverso opportune misure di riorganizzazione dell'assistenza infermieristica atta a garantire la copertura del servizio nei giorni festivi e prefestivi.

2.7.3 Garanzia della continuità della attività di coordinamento del servizio.

Inoltre, al fine di garantire con continuità l'attività di coordinamento del servizio durante tutto il percorso di cura e assistenza, l'Unità Operativa Distrettuale delle Cure Domiciliari Integrate deve essere accessibile telefonicamente per almeno sei ore al giorno nei giorni feriali e almeno quattro ore al giorno nei giorni pre-festivi. Deve altresì essere garantita la reperibilità telefonica e la pronta disponibilità al domicilio dell'infermiere professionale.

2.7.4 Coordinamento delle risorse umane non professionali (volontariato e assistenti familiari) coinvolte nei processi di cura e assistenza

Le ASL e gli Enti Locali promuovono accordi di collaborazione con le organizzazioni del terzo settore e del volontariato operanti nel settore delle disabilità, degli anziani e dei malati terminali, al fine di garantire sostegno e supporto all'assistito e alla sua famiglia.

La Regione favorisce la realizzazione di percorsi di formazione per le assistenti familiari ("badanti") di persone inserite in un percorso di Cure Domiciliari Integrate, che consentano l'acquisizione di competenze specifiche nella gestione dell'assistenza a domicilio, l'informazione sul sistema di funzionamento della rete dei servizi territoriali e l'integrazione con la stessa.

2.7.5 Rafforzamento dell'offerta di servizi a domicilio mediante interventi di sostegno alle famiglie

Al fine di favorire la conciliazione tra famiglia e lavoro, si prevede uno stanziamento complessivo di 6 milioni di euro, a carico della linea di attività b.1.3 "Contributi ai lavoratori per favorire la conciliazione tra famiglia e lavoro", all'interno dell'Asse I, "Adattabilità" del POR Sardegna - Fondo Sociale Europeo per garantire forme di sostegno alle famiglie con anziani ultrasessantacinquenni inseriti in programmi di cure domiciliari integrate.

2.8 Obiettivo operativo: Riduzione del numero di ricoveri ospedalieri inappropriati attraverso l'integrazione tra le cure domiciliari e l'assistenza ospedaliera

Il potenziamento delle Cure Domiciliari Integrate favorisce il raggiungimento di un importante obiettivo, vale a dire la riduzione dei ricoveri inappropriati, con effetti positivi sia sulla qualità dell'assistenza (permanenza dell'assistito nel proprio ambiente di vita), sia sull'utilizzo delle risorse complessivamente disponibili.

Opzioni strategiche

2.8.1 Intensificazione dell'attività di monitoraggio sui ricoveri ospedalieri

La regione assicura un costante monitoraggio dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso il controllo delle schede di dimissione ospedaliera secondo le regole e la normativa vigenti.

2.8.2 Definizione e applicazione di protocolli operativi tra il Distretto e i Presidi Ospedalieri per le dimissioni protette e per l'attivazione di corsie preferenziali per l'accesso alle strutture ospedaliere dei pazienti in Cure Domiciliari Integrate.

Per realizzare una efficace integrazione fra i servizi territoriali e ospedalieri, che assicuri la continuità assistenziale, è indispensabile definire percorsi semplificati per l'erogazione dei servizi in modo adeguato e tempestivo. Le Aziende Sanitarie definiscono procedure per le dimissioni protette, per l'attivazione delle consulenze specialistiche, per l'accesso ai servizi di

diagnostica strumentale e per l'approvvigionamento tempestivo di sangue ed emocomponenti per i pazienti seguiti a domicilio.

La dimissione protetta richiede l'adozione tra il Distretto sociosanitario e i Presidi Ospedalieri di protocolli clinico-organizzativi relativamente alla programmazione della dimissione e alla elaborazione del piano di assistenza post-dimissione attuata attraverso la valutazione multidimensionale. Dal punto di vista organizzativo, è necessario il collegamento fra il medico di reparto, il Medico di Medicina Generale, e i Servizi di Cure Domiciliari.

L'ammissione agevolata e protetta ai servizi ospedalieri è altrettanto necessaria in relazione alla crescente complessità dei pazienti seguiti al domicilio. Le ASL provvedono ad attivare corsie preferenziali per l'accesso alle strutture ospedaliere, che prevedano precise modalità sia nel caso di ricovero ordinario, sia qualora si rendessero necessarie prestazioni specialistiche di diagnosi e cura, parificando in quest'ultimo caso le procedure riservate ai degenti in ospedale.

2.8.3 Attivazione degli ospedali di comunità di Ittiri e Thiesi

Il sistema delle degenze territoriali è una forma di assistenza socio sanitaria garantita dai medici di medicina generale, dai medici di continuità assistenziale e dagli specialisti che risponde ai bisogni di pazienti con patologie croniche e in particolare degli anziani. Rappresenta una forma assistenziale intermedia per intensità di cure nel percorso che va dall'assistenza erogata nei reparti ospedalieri per acuti verso le cure domiciliari integrate. La programmazione regionale prevede la realizzazione di due ospedali di comunità a Ittiri e Thiesi, mediante la riconversione dei presidi ospedalieri esistenti, attraverso lo stanziamento a valere sulle risorse regionali per investimenti in campo sanitario previsti nel triennio 2007 – 2009.

2.9 Obiettivo operativo: migliorare l'approccio culturale dei professionisti e degli operatori del settore

Per favorire l'integrazione sociosanitaria è necessario incidere sull'approccio culturale dei professionisti e degli operatori delle Cure Domiciliari Integrate attraverso una sensibilizzazione e cooperazione con le organizzazioni strategiche di sviluppo culturale della regione (Università, Regione ed Enti di Formazione).

Opzioni strategiche

2.9.1 Definizione di un'intesa tra la Regione e gli Atenei sardi per favorire l'inserimento nei programmi didattici dei corsi di diploma universitario e dei corsi di laurea di pertinenza sociale e sanitaria, di moduli specifici sulla rete dei servizi sociosanitari territoriali.

Per intervenire sulla formazione delle professioni sanitarie e sociali, ancora fortemente orientate a dare risposte di settore, il piano prevede la definizione di un'intesa con i vertici istituzionali degli Atenei sardi per favorire l'inserimento negli ordinamenti didattici dei corsi di diploma

universitario e dei corsi di laurea di pertinenza sociale e sanitaria, di moduli specifici sulla rete dei servizi sociosanitari territoriali per l'acquisizione di competenze trasversali, quali il lavoro di rete e conoscenze sull'organizzazione del servizio sanitario, in particolare i servizi sul territorio.

2.9.2 Consolidamento e arricchimento dei percorsi formativi per operatori sociosanitari

Per intervenire sulla formazione delle professioni sociosanitarie, realizzata attraverso corsi a cura della Regione, il piano prevede un consolidamento e arricchimento dei percorsi formativi interdisciplinari già avviati negli ultimi anni nei corsi di formazione per Operatori sociosanitari.

2.9.3 Consolidamento e arricchimento della formazione specifica dei Medici di Medicina Generale.

La Regione favorisce l'inserimento all'interno del percorso formativo dei Medici di Medicina Generale di contenuti inerenti l'organizzazione distrettuale dei servizi (con particolare riferimento alla Cure Domiciliari Integrate), il lavoro di rete, la metodologia della valutazione multidimensionale ed il lavoro in équipe.

4.1.1. Contenuto tecnico

Tabella n. 1: “Struttura degli obiettivi”

Obiettivo generale di servizio	Obiettivi Specifici	Obiettivi operativi
Incrementare i servizi di cura alla persona	Innalzare al 3,5% il numero di anziani assistiti in ADI entro l'anno 2013	2.5 Facilitare l'accesso dell'utente ai servizi sociosanitari
		2.6 Migliorare l'organizzazione del servizio
		2.7 Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno
		2.8 Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati attraverso l'integrazione tra le cure domiciliari e l'assistenza ospedaliera
		2.9 Migliorare l'approccio culturale dei professionisti e degli operatori del settore

Sono riportati nella seguente tabella l'indicatore di risultato che si intende raggiungere entro l'anno 2013 (3,5%) e l'indicatore intermedio al 2009 (1,7%). Quest'ultimo è stato individuato tenuto conto del dato di partenza a livello regionale riferito all'anno 2006 (1,3%) e delle azioni previste nel breve periodo, prioritariamente volte a recuperare il dato relativo all'assistenza domiciliare erogata ma non rilevata dal sistema informativo così come strutturato allo stato attuale. Si prevede, nel complessivo arco temporale di vigenza del piano, di aumentare progressivamente la percentuale di anziani assistiti attraverso l'implementazione di azioni strutturali e quindi di medio periodo che incidano sulla organizzazione del servizio e sulla effettiva integrazione sociosanitaria delle prestazioni.

Tabella n.2: “Indicatori di risultato”

Indicatore premialità	Valore Base-2005	Agg.to 2006	Target 2009	Target 2013	Fonte/note
S.06 Percentuale di anziani che riceve assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (superiore ai 64 anni)	1,1	1,3	1,7	3,5	Ministero della Salute (flussi SIS)

Sono individuati nella seguente tabella gli indicatori di risultato, finale e intermedio, previsti a livello regionale scomposti per area territoriale (ASL). L'indicatore per area territoriale consente un monitoraggio accurato della distribuzione territoriale del servizio al fine di garantire l'omogeneità nella Regione delle opportunità di sostegno sociale offerte alle famiglie ed in

particolare alle donne, dal servizio di cure domiciliari integrate, nonché l'attivazione di specifici meccanismi di premialità sub regionale volti ad incentivare i comportamenti virtuosi degli attori istituzionali (ASL ed Enti Locali).

Gli indicatori (finale e intermedio), individuati per area territoriale, sono calcolati tenuto conto del dato di partenza di ciascuna area territoriale (riferito al 2006), ipotizzando un tasso di incremento al 2013 tale da raggiungere il target prefissato (3,5) e un tasso di incremento al 2009 proporzionale al differenziale tra il valore atteso al 2013 e il valore di partenza al 2006.

Tabella n 2.1: “Indicatori di risultato per territorio (ASL)”

Percentuale di anziani che riceve assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana				
Azienda Sanitaria Locale	Valore Base (2006)	Target 2009	Target 2013	Fonte/note
ASL n. 1 di Sassari	0,77	1,26	3,5	Ministero della Salute(flussi SIS)
ASL n. 2 di Olbia	0,46	1,01	3,5	Ministero della Salute(flussi SIS)
ASL n. 3 di Nuoro	1,07	1,51	3,5	Ministero della Salute(flussi SIS)
ASL n. 4 di Lanusei	2,91	3,01	3,5	Ministero della Salute(flussi SIS)
ASL n. 5 di Oristano	1,72	2,04	3,5	Ministero della Salute(flussi SIS)
ASL n. 6 di Sanluri	0,71	1,21	3,5	Ministero della Salute(flussi SIS)
ASL n. 7 di Carbonia	2,46	2,65	3,5	Ministero della Salute(flussi SIS)
ASL n. 8 di Cagliari	1,42	1,79	3,5	Ministero della Salute(flussi SIS)
Totale regione Sardegna	1,30	1,70	3,50	Ministero della Salute(flussi SIS)

Tabella n. 3: “Indicatori di realizzazione”

Obiettivi operativi	Indicatore di realizzazione	Unità di misura	Valore atteso 2013
2.5 Facilitare l'accesso dell'utente ai servizi socio-sanitari	Campagne informative Realizzate	numero	2
2.6 Migliorare l'organizzazione del servizio	Modello unitario regionale di Punto Unico d'Accesso e di UVT	numero	1
	Distretti socio-sanitari che hanno inserito il Punto Unico d'Accesso nel percorso di Cure Domiciliari Integrate	numero	22
	Distretti socio-sanitari che hanno attivato l'unità operativa distrettuale di cure domiciliari	numero	22
	Distretti socio-sanitari che hanno attivato l'Ufficio di Piano	numero	22
	Protocolli operativi tra ASL ed Enti Locali operanti in forma associata attivati	numero	22
	Corsi di formazione realizzati	numero	8
	Case della salute realizzate	numero	18
	Modello unitario regionale di Valutazione Multidimensionale	numero	1
	Distretti socio-sanitari che garantiscono l'erogazione diretta di farmaci e ausili	numero	22
	Definizione di standard quantitativi in rapporto al carico assistenziale per l'infermiere professionale	numero	8
2.7 Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno	Incremento accessi del MMG rispetto al 2006	numero	15.000
	Protocolli operativi di integrazione con il servizio di continuità assistenziale attivati	numero	22
	Accordi con il volontariato da parte delle ASL e degli Enti Locali	numero	5
2.8 Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati attraverso l'integrazione tra le cure domiciliari e l'assistenza ospedaliera	Protocolli operativi attivati tra Distretti e presidi ospedalieri	numero	22
2.9 Migliorare l'approccio culturale dei professionisti e degli operatori del settore	Inserimento nella formazione specifica del MMG di moduli sul lavoro di rete e sulla integrazione socio-sanitaria	numero	2

Tabella n.4: “Obiettivi operativi e relative opzioni strategiche”

Obiettivi operativi	opzioni strategiche	Contributo della Regione	Contributo altri attori
2.5 Facilitare l'accesso dell'utente ai servizi sociosanitari	2.5.1 Sviluppo di strategie di informazione sul Punto Unico d'Accesso e sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione e, congiuntamente, delle Aziende Sanitarie Locali e degli Enti Locali.	Legge finanziaria e bilancio regionale	
2.6 Migliorare la struttura organizzativa	2.6.1 Definizione di un modello unitario di Punto Unico d'Accesso (PUA) e di Unità di Valutazione Territoriale (UVT) per il territorio regionale.		
	2.6.2 Potenziamento dei Punti unici di Accesso e delle UVT e delle Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate	Legge finanziaria e bilancio regionale	Fondo nazionale per la non autosufficienza 2007
	2.6.3 Attivazione e potenziamento gli Uffici di Piano in tutti i Distretti sociosanitari	Legge finanziaria e bilancio regionale	AT Amm.ne Centrale
	2.6.4 Realizzazione di un piano di formazione sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione in collaborazione con le ASL e gli Enti Locali.	PO FSE 2007/2013	Fondo nazionale per la non autosufficienza 2007 AT Amm.ne Centrale
	2.6.5 Realizzazione dell'integrazione professionale nelle cure domiciliari attraverso il modello della Casa della salute.	PO FERS 2007/2013	
	2.6.6 Definizione di un modello unitario regionale di Valutazione Multidimensionale e di inquadramento nei profili assistenziali		AT Amm.ne Centrale
	2.6.7 Snellimento delle procedure per l'erogazione diretta a domicilio dell'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica		
	2.6.8 Sviluppo di sistemi di pianificazione e controllo delle attività		AT Amm.ne Centrale
	2.6.9 Implementazione di un adeguato sistema informativo	POR 2000/06 progetto SISAR	
2.7 Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno	2.7.1 Potenziamento del ruolo e delle responsabilità del medico di medicina generale	Legge finanziaria, bilancio regionale	
	2.7.2 Garanzia della continuità dell'assistenza a domicilio nei giorni festivi e prefestivi	Legge finanziaria e bilancio regionale	
	2.7.3 Garanzia della continuità della attività di coordinamento del servizio		
	2.7.4 Coordinamento delle risorse umane non professionali (volontariato e assistenti familiari) coinvolte nei processi di cura e assistenza	Legge finanziaria e bilancio regionale	
	2.7.5 Rafforzamento dell'offerta di servizi a domicilio mediante interventi di sostegno alle famiglie	PO FSE 2007/2013	
2.8 Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati attraverso l'integrazione tra le cure domiciliari e l'assistenza ospedaliera	2.8.1 Intensificazione dell'attività di monitoraggio sui ricoveri ospedalieri		
	2.8.2 Definizione e applicazione di protocolli operativi tra il Distretto e i Presidi Ospedalieri per le dimissioni protette e per l'attivazione di corsie preferenziali per l'accesso alle strutture ospedaliere dei pazienti in Cure Domiciliari Integrate.		
	2.8.3 Attivazione degli ospedali di comunità di Itriri e Thiesi	Legge finanziaria e bilancio regionale	

2.9 Migliorare l'approccio culturale degli operatori e dei professionisti del settore	2.9.1 Definizione di un'intesa tra la Regione e gli Atenei sardi per favorire l'inserimento nei programmi didattici dei corsi di diploma universitario e dei corsi di laurea di pertinenza sociale e sanitaria, di moduli specifici sulla rete dei servizi sociosanitari territoriali		
	2.9.2 Consolidamento e arricchimento dei percorsi formativi per operatori sociosanitari	Risorse FAS 2007/2013	
	2.9.3 Consolidamento e arricchimento della formazione specifica dei Medici di Medicina Generale		

Tabella n.5: **Quadro riepilogativo delle risorse finanziarie ripartite per annualità** (in euro)

opzioni strategiche	Strumento finanziario	Stanziam. totale	2008	2009	2010	2011	2012	2013
2.5.1 Sviluppo di strategie di informazione sul Punto Unico d'Accesso e sulle Cure Domiciliari Integrate	Legge finanziaria e bilancio regionale (art. 8 LR n. 3 del 5/3/2008)-comunicazione e istituzionale	400.000		400.000				
2.6.1 Definizione di un modello unitario di Punto Unico d'Accesso (PUA) e di Unità di valutazione Territoriale (UVT) per il territorio regionale.								
2.6.2 Potenziamento dei Punti unici di Accesso e delle UVT e delle Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate	Fondo nazionale per la non autosuffici. (DGR 44/11 del 31/10/2007)	12.400.000	2.400.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
	Legge finanziaria e bilancio regionale art. 8 L.R. n. 3 del 5 marzo 2008	15.000.000	2.500.000	2.500.000	2.500.000	2.500.000	2.500.000	2.500.000
2.6.3 Attivazione e potenziamento degli Uffici di Piano in tutti i Distretti sociosanitari.	Fondo regionale per il sistema integrato dei servizi alla persona (DGR n. 27/5 del 13 maggio 2008)	9.600.000	1.600.000	1.600.000	1.600.000	1.600.000	1.600.000	1.600.000
	AT Amm.ne Centrale							
2.6.4 Realizzazione di un piano di formazione sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione, in collaborazione con le ASL e gli Enti Locali	Fondo nazionale per la non autosuffici. 2007 (DGR 44/11 del 31/10/2007)	165.285,58		165.285,58				
	PO FESR 2007/13 – linea 1.2.1.A)	1.000.000		200.000	200.000	200.000	200.000	200.000
	PO FSE 2007/2013 – linea G 4.1	250.000		50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
2.6.5 Realizzare l'integrazione professionale nelle cure domiciliari attraverso il modello della Casa della salute	POR FERS 2007-2013 Linea attività 2.2.2	20.000.000	8.000.000	6.000.000	6.000.000			
2.6.6 Definizione di un modello unitario regionale di Valutazione Multidimensionale e di inquadramento nei profili assistenziali	AT Amm.ne Centrale							
2.6.7 Snellimento delle procedure per l'erogazione diretta a domicilio dell'assistenza farmaceutica integrativa e protesica								

2.6.8 Sviluppo di sistemi di pianificazione e controllo delle attività	AT Amm.ne Centrale							
2.6.9 Implementazione di un adeguato sistema informativo	POR 2000/06 Progetto SISAR - In esecuzione							
2.7.1 Potenziamento del ruolo e delle responsabilità del medico di medicina generale	Legge finanziarie e bilancio regionale (accordo integrativo regionale della medicina generale (DGR n. 17/1 del 20 marzo 2008	2.800.000	400.000	400.000	500.000	500.000	500.000	500.000
2.7.2 Garanzia della continuità dell'assistenza a domicilio nei giorni festivi e prefestivi	(accordo integrativo regionale della medicina generale(DG R 17/1 del 20 marzo 2008)	440.000	50.000	50.000	70.000	70.000	100.000	100.000
2.7.3 Garanzia della continuità della attività di coordinamento del servizio								
2.7.4 Coordinamento delle risorse umane non professionali (volontariato e assistenti familiari) coinvolte nei processi di cura e assistenza	Legge finanziaria e bilancio regionale (DG R 44/13 del 31/10/2007)	700.000	700.000					
2.7.5 Rafforzamento dell'offerta di servizi a domicilio mediante interventi di sostegno alle famiglie	PO FSE 2007/2013– linea B1.3	6.000.000		2.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
2.8.1 Intensificazione dell'attività di monitoraggio sui ricoveri ospedalieri								
2.8.2 Definizione e applicazione di protocolli operativi								
2.8.3 Attivazione degli ospedali di comunità di Ittiri e Thiesi	Legge finanziaria e Bilancio regionale (DGR n. 40/25 del 9/10/2007)	3.000.000	1.500.000	1.500.000				
2.9.1 Definizione di un'intesa tra la Regione ed gli Atenei sardi								
2.9.2 Consolidamento e arricchimento dei percorsi formativi per operatori sociosanitari	Risorse FAS 2007/13	da definire						
2.9.3 Consolidamento e arricchimento della formazione specifica dei Medici di Medicina Generale.								
TOTALE		71.755.286	17.150.000	16.865.286	13.920.000	7.920.000	7.950.000	7.950.000

4.2. Attuazione

4.2.1. Normativa di riferimento

Normativa regionale:

Legge Regionale 23 dicembre 2005, n. 23 *“Sistema Integrato dei servizi alla persona”*

Legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 *“Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna”*

Piano Regionale dei servizi Sanitari 2006 -2008 - *approvato dal Consiglio Regionale della Sardegna il 19 gennaio 2007*

Legge Regionale 29 maggio 2007, n. 2 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (legge finanziaria 2007)”* in particolare l'articolo 34 *“Fondo regionale per la non autosufficienza”*

Deliberazioni della Giunta Regionale:

Deliberazione GR n. 28/16 del 01.07.2005 (*“L. 162/98: criteri per la predisposizione dei piani personalizzati di sostegno in favore di persone con handicap grave”*)

Deliberazione GR n. 49/10 del 28.11.2006 (*L.162/98: finanziamenti ai Comuni per la realizzazione di piani personalizzati di sostegno in favore di persone con grave disabilità - € 36.534.464*)

Deliberazione GR n. 27/41 del 17.07.2007 (*Fondo per la non autosufficienza prima attuazione dell'articolo 34 comma 4 lettera a) della L.R. 29/05/2007 n. 2- integrazione finanziamento singolo piano 162/98 per anziani ultrasessantacinquenni*);

Deliberazione GR n. 51/37 del 20.12.2007 (*Fondo per la non autosufficienza: finanziamento dei piani personalizzati a favore di persone con grave disabilità, avvio del programma regionale a favore degli anziani non autosufficienti € 41.111.925*);

Deliberazione GR n. 23/30 del 30.5.2006 (*“linee guida per l'avvio dei Piani Locali Unitari dei servizi alla persona”*)

Deliberazione GR n. 7/5 del 21.2.2006 (*“Istituzione del Punto Unico di accesso ai servizi alla persona e delle Unità di valutazione territoriale”*)

Deliberazione GR n. 42/11 del 04.10.2006 (*Programma sperimentale “Ritornare a casa”*)

Deliberazione GR n. 45/24 del 7.11.2006 (*“Linee di indirizzo per l'istituzione della rete pubblica delle assistenti familiari (badanti) per il sostegno alle persone non autosufficienti*)

Deliberazione GR n. 30/34 del 2.8.2007 (*“Fondo per la non autosufficienza: interventi immediati di sostegno a favore di particolari condizioni di non autosufficienza” € 8.000.0000*)

Deliberazione GR n. 44/11 del 31.10.2007 (*Fondo per la non autosufficienza: Potenziamento dei Punti Unici di Accesso e della Unità di Valutazione Territoriale*)

Deliberazione GR n. 44/13 del 31.10.2007 (*Fondo per la non autosufficienza: Sostegno alle persone anziane che si avvalgono dell'aiuto di un assistente familiare*)

Deliberazione GR 51/49 del 20.12.2007 (*“Direttive per la riqualificazione delle Cure Domiciliari integrate”*)

Deliberazione GR n. 8/9 del 05.02.2008 (*Rifinanziamento Programma sperimentale “Ritornare a casa”*)

Deliberazione GR 27/5 del 13.05.2008 (“Ripartizione del Fondo Regionale per il sistema integrato dei servizi alla persona – anno 2008. Indicazioni per l’aggiornamento dei Piani Locali Unitari dei –servizi – anno 2009”)

Deliberazione GR 27/5 del 13.05.2008 (“Ripartizione del fondo regionale per il sistema integrato dei servizi alla persona 2008. Indicazioni per l’aggiornamento del PLUS anno 2009”)

Deliberazione GR 17/1 del 20.03.2008 (Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale in attuazione di quanto previsto dall’Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005)

4.2.2. Cronoprogramma

Opzioni strategiche	2008		2009				2010				2011				2012				2013			
	Trimestri																					
	II	I	IV	I	II	IV	I	II	IV	I	II	IV	I	II	IV	I	II	IV	I	II	IV	
2.5.1 Sviluppo di strategie di informazione sul Punto Unico d’Accesso e sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione e, congiuntamente, delle Aziende Sanitarie Locali e degli Enti Locali.																						
2.6.1 Definizione di un modello unitario di Punto Unico d’Accesso (PUA) e di Unità di valutazione Territoriale (UVT) per il territorio regionale.																						
2.6.2 Potenziamento dei Punti Unici di Accesso e delle UVT e delle Unità di valutazione territoriale e delle Unità Operative di cure domiciliari integrate																						
2.6.3 Attivazione e potenziamento degli Uffici di Piano in tutti i Distretti sociosanitari.																						
2.6.4 Realizzazione di un piano di formazione professionale specifica per gli operatori delle cure domiciliari integrate, da parte della regione, in collaborazione con le ASL e con gli Enti Locali.																						
2.6.5 Realizzare l’integrazione professionale nelle cure domiciliari attraverso il modello della casa della salute																						
2.6.6 Definizione di un modello unitario regionale di Valutazione Multidimensionale e di inquadramento nei profili assistenziali.																						
2.6.7 Snellimento delle procedure per l’erogazione diretta a domicilio dell’assistenza farmaceutica integrativa e protesica.																						
2.6.8 Sviluppo di sistemi di pianificazione e controllo delle attività																						
2.6.9 Implementazione di un adeguato sistema informativo																						

4.2.3. Modalita' organizzative per l'attuazione, la gestione e il monitoraggio del piano

L'attuazione, gestione e monitoraggio del Piano di Azione Tematico prevede una integrazione di funzioni e compiti esemplificati nella seguente tavola:

STRUTTURA COMPETENTE	FUNZIONE/RUOLO	COMPITI
Ass.to Igiene e sanita' e dell'assistenza sociale - Direzione generale della Sanità - Servizio Assistenza Distrettuale e Ospedaliera	<i>Direttore pro tempore del Servizio/</i> Responsabile dell'indicatore e del monitoraggio	Coordinamento
Ass.to Igiene e sanita' e dell'assistenza sociale - Direzione generale della Sanità - Servizio Assistenza Distrettuale e Ospedaliera - Settore Assistenza Territoriale	<i>Responsabile pro tempore del Settore/</i> Referente indicatore	Predisposizione atti amministrativi necessari al compimento delle azioni individuate
Ass.to Igiene e sanita' e dell'assistenza sociale - Direzione generale della Sanità - Servizio Assistenza Distrettuale e Ospedaliera Settore Assistenza Territoriale	<i>Responsabile pro tempore del Settore/</i> Referente monitoraggio	Monitoraggio