



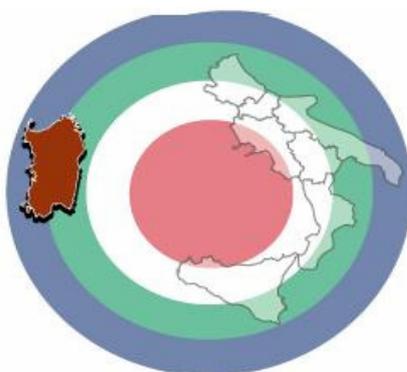
UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



OBIETTIVI di SERVIZIO
Regione SARDEGNA

PREMIALITÀ 2007 – 2013

**RAOS - RAPPORTO ANNUALE DEGLI OBIETTIVI DI SERVIZIO
ANNO 2009**

OBIETTIVO DI SERVIZIO II – SERVIZI DI CURA AGLI ANZIANI

Allegato n. 4 alla Delib.G.R. n. 10/45 del 12.3.2010

INDICE

1.	L'EVOLUZIONE DEGLI INDICATORI	3
2.	LE AZIONI REALIZZATE E AVVIATE E L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO	5
3.	CRITICITÀ E SOLUZIONI	17
4.	L'AGGIORNAMENTO DELLA STRATEGIA	18

1. L'EVOLUZIONE DEGLI INDICATORI

Si riporta nella seguente tabella l'indicatore di risultato che si intende raggiungere entro l'anno 2013 (3,5%) definito dal Quadro strategico nazionale (QSN) per la politica regionale aggiuntiva 2007-2013, l'indicatore intermedio prefissato per l'anno 2009 (1,7%) e il valore raggiunto calcolato nell'anno 2009, relativo ai dati di attività dell'anno 2008, rilevati attraverso i flussi SIS del Ministero della Salute. Si riporta inoltre l'indicatore S.06 bis, vincolante per il raggiungimento della premialità al 2013.

Il target da raggiungere nel 2009 era stato individuato tenuto conto del dato di partenza a livello regionale riferito all'anno 2005 (1,1%) e delle azioni previste nel breve periodo, prioritariamente volte a recuperare il dato relativo all'assistenza domiciliare integrata erogata ma non rilevata dal carente sistema informativo vigente al momento della stesura del Piano d'Azione.

Al momento attuale il target intermedio risulta raggiunto grazie sia ad un miglioramento della qualità del flusso informativo regionale, sia ad un processo di riorganizzazione del servizio avviato presso i Distretti sociosanitari territoriali attraverso le azioni, previste dal Piano d'Azione, di miglioramento dell'assetto organizzativo del servizio e del processo assistenziale.

Tabella 1 "Indicatori di risultato". Fonte: Ministero della Salute (flussi SIS)

Indicatore premialità	Valore Base 2005	Agg.to 2006	Agg.to 2007	Agg.to 2008	Target 2009	Target 2013	Fabbisogno da soddisfare
S.06 Percentuale di anziani che riceve assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre)	1,1	1,3	1,2	2,1	1,7	3,5	1,4
S.06 bis Incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria (%)	0,7	0,7				≥ 0,7	

L'Amministrazione ha infatti organizzato, insieme al Ministero della Salute, un incontro con tutti i referenti presso le ASL della rilevazione del dato al fine di definire le linee guida della rilevazione e chiarirne in modo univoco i contenuti.

Si riportano nella seguente tabella gli indicatori di risultato finale e intermedio previsti nel Piano d'Azione, scomposti per area territoriale (ASL), e il valore dell'indicatore effettivamente raggiunto nell'anno 2008.

Tabella 2: Indicatori di risultato per territorio (ASL). Fonte: Ministero della Salute (flussi SIS)

Percentuale di anziani che riceve assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana				
Azienda Sanitaria Locale	Valore Base 2006	Target prefissato per 2009	Aggiornamento 2008	Target prefissato per 2013
ASL n. 1 di Sassari	0,77	1,26	1,04	3,5
ASL n. 2 di Olbia	0,46	1,01	1,08	3,5
ASL n. 3 di Nuoro	1,07	1,51	2,91	3,5
ASL n. 4 di Lanusei	2,91	3,01	4,25	3,5
ASL n. 5 di Oristano	1,72	2,04	1,99	3,5
ASL n. 6 di Sanluri	0,71	1,21	1,89	3,5
ASL n. 7 di Carbonia	2,46	2,65	2,76	3,5
ASL n. 8 di Cagliari	1,42	1,79	2,33	3,5
Totale regione Sardegna	1,30	1,70	2,06	3,5

La ripartizione dei target al 2009 e al 2013 fra le diverse ASL, una volta approvata nel Piano d'Azione, è stata comunicata alle ASL con nota del dicembre 2008.

Il 30% delle risorse stanziare per il 2008 per il potenziamento dei Punti unici di accesso, UVT e UO di cure domiciliari integrate (azione 2.6.2), pari a 750.000 euro, è stato vincolato, con Determinazione n. 1126 del 3/12/2008, al conseguimento del target al 2009 e contemporaneamente all'attivazione e operatività di almeno una U.O. di Cure domiciliari per distretto sociosanitario. Le risorse non assegnate per mancato raggiungimento del target, specifica la Determinazione, saranno ripartite fra le ASL virtuose.

2. LE AZIONI REALIZZATE E AVVIATE E L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO

Si riportano di seguito informazioni sulle azioni realizzate o soltanto avviate suddivise per Obiettivo Operativo, nel periodo che intercorre tra l'approvazione del Piano d'Azione (ottobre 2008) e la redazione del presente documento.

A tal fine è stata predisposta una scheda di rilevazione destinata ai Direttori di Distretto per raccogliere informazioni sull'assetto organizzativo, sul processo assistenziale e sui dati di attività. Tale scheda verrà riproposta con cadenza annuale.

- Obiettivo operativo 2.5: facilitare l'accesso dell'utente ai servizi socio-sanitari

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, permane una insufficiente conoscenza dei cittadini sull'offerta del sistema socio-sanitario territoriale e una difficoltà di orientamento dell'utente. A tal fine il Piano d'Azione prevedeva la realizzazione di strategie informative congiunte fra Amministrazione Regionale, ASL e Enti Locali che ad oggi non sono ancora state attuate.

Le ASL hanno comunque attuato, anche se in maniera disgiunta dagli Enti locali e dalla Regione, campagne di informazione indirizzate al cittadino sull'organizzazione e il funzionamento dei servizi socio-sanitari territoriali attraverso la predisposizione di materiale divulgativo, quale la carta dei servizi e altro materiale informativo sulle Cure Domiciliari Integrate e il loro sistema di accesso. In particolare sul totale di 22 Distretti socio-sanitari il 36,4% risulta avere predisposto la carta dei servizi o altro materiale informativo.

- Obiettivo operativo 2.6: migliorare l'organizzazione del servizio

Il Piano d'Azione prevede una riprogettazione organizzativa del servizio di Cure Domiciliari Integrate che tenga conto degli elementi di criticità dell'organizzazione di partenza e sia coerente con le linee di indirizzo definite nella Deliberazione G.R. 51/49 del 20/12/2007. Tale riorganizzazione è stata avviata nel territorio regionale attraverso interventi sia sulla struttura organizzativa che sui processi operativi.

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) è stato implementato in tutti i Distretti socio-sanitari quale luogo di attivazione della rete socio-sanitaria territoriale. Al momento

attuale però risulta attivato con modalità differenti presso i diversi distretti. Allo scopo di individuare un modello unitario di Punto Unico d'Accesso e di Unità di Valutazione Territoriale da implementare in tutto il territorio regionale è stata attivata l'Assistenza Tecnica dedicata. Il Formez affiancherà il gruppo di lavoro appositamente costituito¹ composto da esperti che lavorano presso l'Amministrazione Regionale e presso le diverse ASL.

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. Allo stato attuale il PUA pur essendo stato attivato in tutti i distretti del territorio, non risulta uniformemente inserito nel percorso di Cure Domiciliari Integrate. Infatti 3 distretti su 22 non prevedono l'accesso alle cure domiciliari attraverso il PUA, ma direttamente attraverso l'U.O. delle Cure Domiciliari Integrate e 2 Distretti sembrano avere attuato parzialmente tale percorso.

In riferimento al potenziamento del personale del PUA e dell'UVT previsto dal Piano d'Azione, si è registrato un lieve incremento del personale complessivamente dedicato (tab 4) passato da 1791 operatori a 1877 (+86). In dettaglio a fronte del grosso aumento di personale realizzato dalla ASL n. 1 di Sassari (+ 192) si registrano però la riduzione anche consistente del personale impiegato nelle cure domiciliari in 4 delle 8 ASL.

Tuttavia rispetto alle previsioni contenute nella Deliberazione G.R. 7/5 del 21.02.2006 il personale dedicato risulta ancora insufficiente dal punto di vista qualitativo. In particolare sui 22 distretti territoriali 14 di essi hanno individuato personale dedicato esclusivamente al PUA, mentre in 8 distretti si rileva che il personale è dedicato sia al PUA che ad altri servizi. Inoltre si rileva come criticità che in 9 Distretti l'accoglienza del bisogno sociosanitario è definito da personale amministrativo e non da personale sanitario.

La definizione di standard quantitativi relativi al personale del PUA e dell'UVT sarà uno degli argomenti affrontati dal gruppo di lavoro affiancato dal Formez, citato nell'azione 2.6.1.

Per quanto attiene l'attivazione delle Unità di Valutazione Territoriale (UVT) risulta istituita formalmente almeno una UVT in ogni distretto, e in 5 distretti risulta più di una UVT. Ogni distretto ha una Unità Operativa (U.O.) di Cure Domiciliari Integrate operante nel proprio territorio, pertanto risulta implementata una Unità operativa in più rispetto all'anno 2008. In tal modo gli obiettivi del Piano sono da intendersi, almeno per questo aspetto, raggiunti.

In particolare però 6 U.O. sono operanti ma non risultano ancora formalmente istituite e dall'analisi quantitativa e qualitativa del personale dedicato alle U.O. di Cure Domiciliari Integrate emerge che la loro composizione non è sempre coerente con la Deliberazione G.R. 7/5 del 21.02.2006. In dettaglio ogni Unità Operativa è caratterizzata dalla presenza di almeno un medico distrettuale, mentre la figura

¹ Con Determina n.789 del 29.10.2009

professionale dell'Infermiere dipendente del servizio non è sempre presente; in particolare in una U.O. di un distretto appartenente alla ASL di Cagliari risulta assente, in un'altra U.O. della ASL di Sanluri è presente la figura di un infermiere coordinatore appartenente alla ditta appaltatrice esterna. In totale per quanto riguarda la figura professionale del terapeuta della riabilitazione, solo 1 Distretto della ASL di Cagliari è dotato della figura professionale del terapeuta della riabilitazione, 1 Distretto ha 5 terapeuti della riabilitazione part-time, mentre 1 altro utilizza personale della ditta appaltatrice. Si riporta di seguito la tabella n. 4 contenente il numero di operatori impegnati nell'assistenza a domicilio per ASL negli anni 2006 e 2009.

Tabella 4. Fonte: Scheda di rilevazione annuale RAS

Tabella 4 – Numero di operatori impegnati nelle Cure Domiciliari Integrate a domicilio per Azienda Sanitaria Locale e per tipologia di professionalità.											
Confronto tra i dati relativi all'anno 2006 e all'anno 2009											
Aziende Sanitarie Locali	MMG		Medici specialisti		Infermieri professionali		Terapisti della riabilitazione		Totale operatori		Variazione
	2006	2009	2006	2009	2006	2009	2006	2009	2006	2009	
ASL n. 1 di Sassari	163	341	10	17	44	46	12	17	229	421	192
ASL n. 2 di Olbia	74	78	32	ND	8	9	2	ND	116	87	-29
ASL n. 3 di Nuoro	137	110	ND	3	15	16	ND	ND	152	129	-23
ASL n. 4 di Lanusei	43	50	20	26	15	15	12	14	90	105	15
ASL n. 5 di Oristano	145	115	29	14	90	47	3	1	267	177	-90
ASL n. 6 di Sanluri	90	91	9	45	16	43	9	18	124	197	73
ASL n. 7 di Carbonia	95	113	18	14	50	41	12	13	175	181	6
ASL n. 8 di Cagliari	564	448	ND	12	45	70	29	50	638	580	-58
Totale Regione Sardegna	1.311	1.346	118	131	283	287	79	113	1.791	1.877	86

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

Gli Uffici di Piano, che rappresentano lo strumento di integrazione istituzionale tra ASL ed Enti Locali, come previsto dalla Legge regionale n. 23/2005, sono stati attivati in 19 distretti sociosanitari su 22. Essi rappresentano la forma organizzativa di integrazione sociosanitaria sia per gli aspetti programmatici che per gli aspetti operativi della gestione associata dei servizi.

Al fine di definire le procedure operative, le responsabilità, i ruoli nel lavoro integrato, le modalità di gestione integrata della documentazione, gli strumenti di comunicazione tra gli operatori e le risorse messe a disposizione, sono stati definiti sino al momento attuale 18 protocolli operativi tra Enti Locali, in forma associata, e altrettanti distretti sociosanitari della ASL di riferimento. Risultano pertanto ancora da definire protocolli operativi in 4 Distretti territoriali.

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 d'Azione è la formazione specifica e l'aggiornamento degli operatori addetti alle cure domiciliari integrate; a tal proposito non risultano ancora realizzati interventi di formazione coinvolgenti gli operatori delle Cure Domiciliari dell'intero territorio regionale, ma sono stati effettuati interventi promossi a livello dei singoli distretti sociosanitari. In totale interventi mirati all'acquisizione di competenze nella gestione integrata dei percorsi assistenziali sono stati realizzati in 5 distretti.

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

Il modello regionale della casa della salute è stato 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. Al momento attuale risulta attivata una casa della salute in un unico distretto sociosanitario.

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

La metodologia unitaria di valutazione multidimensionale del bisogno e la modalità uniforme di inquadramento nei profili assistenziali sarà definito dal gruppo tecnico di esperti ²affiancati dal Formez che esaminerà il processo di accesso e presa in carico della persona portatrice di bisogno sociosanitario complesso.

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

Dall'indagine effettuata sulle modalità di approvvigionamento di farmaci presso le ASL (tabella n.5) è emerso che la percentuale di ASL che effettua la consegna diretta di farmaci a domicilio è aumentata rispetto all'anno 2008, passando da 62,5% al 75% (si passa da 14 a 16 ASL). La consegna viene effettuata dagli infermieri che erogano l'assistenza. Attualmente, considerando il dato per distretto, solo in 5 distretti sociosanitari su 22 non è effettuata ancora la consegna a domicilio (in 2) o non sempre viene garantita (in 3). Per 2 Aziende Sanitarie regionali, quali la ASL di Oristano e la ASL di Cagliari, emerge inoltre la mancanza di uniformità nella modalità di erogazione del servizio tra distretti appartenenti alla stessa ASL.

² Istituito attraverso Determina n.789 del 29.10.2009

Tabella 5. Fonte: Scheda di rilevazione annuale RAS

Tabella 5 – Modalità di consegna e approvvigionamento di farmaci necessari: % di Aziende Sanitarie Locali che adottano la modalità- Anni 2008-2009		
	2008	2009
Consegna effettuata a domicilio	62,5%	75%
Modalità di approvvigionamento:		
Esclusivamente presso la Farmacia Territoriale del Distretto	37,5%	50%
Esclusivamente presso l'ospedale	-	
Presso sia la Farmacia Territoriale Distrettuale che quella Ospedaliera		37,5%
Presso farmacia convenzionata	-	-
Non dichiarato		12,5%

Per quanto attiene la consegna di presidi e ausili il servizio di consegna avviene a carico della ASL in soli 4 distretti. Si precisa che nei casi in cui la consegna non è a carico della ASL, l'erogazione avviene attraverso rivendite convenzionate con la ASL che provvedono anche alla consegna a domicilio del presidio o ausilio.

Ancora oggi, come avveniva nel 2008, le U.O. di Cure Domiciliari Integrate nella gran parte dei distretti (13 distretti) non hanno il controllo sulla quantità e tipologia di ausili e presidi erogati e perdono la capacità di rilevarne e monitorarne la richiesta.

2.6.8 Sviluppo di sistemi di pianificazione e controllo delle attività

Al fine di perseguire un maggiore controllo sulla qualità del servizio erogato 7 Distretti sociosanitari hanno definito uno standard di carico assistenziale giornaliero attribuito all'infermiere. Nonostante ciò risulta attualmente insufficiente il sistema di verifica della qualità del servizio erogato. Nei restanti 15 distretti, non avendo definito uno standard di riferimento quantitativo sull'attività infermieristica, risulta ancora più difficoltoso il monitoraggio della qualità del servizio.

La verifica della qualità del servizio erogato risulta più difficoltosa nei casi di esternalizzazione del servizio. Nel territorio regionale il servizio risulta essere prevalentemente esternalizzato, infatti solo 8 distretti su 22 hanno una gestione aziendale e utilizzano personale dipendente della ASL. In particolare nel caso di servizi appaltati a ditte esterne il capitolato risulta lo strumento di acquisto di un servizio di qualità. Considerato che i capitolati attualmente in vigore presso la maggior parte delle ASL risultano essere stati approvati precedentemente al momento di riorganizzazione delle Cure Domiciliari come previsto dalla Deliberazione 51/49 del 20.12.2007, non sono coerenti con il nuovo modello organizzativo.

Pertanto la stesura dei nuovi capitolati dovrebbe prevedere coerenza con il nuovo modello organizzativo, definire criteri di qualità del servizio e sistemi di verifica e controllo della stessa.

2.6.9 Implementazione di un adeguato sistema informativo

Il Piano d'Azione prevede l'attivazione di 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 flussi informativi carenti esistenti negli anni precedenti. Al fine di perseguire tale obiettivo è in fase di implementazione nelle ASL sarde il nuovo sistema informativo sanitario integrato regionale (SISaR). Nell'anno 2009 l'Amministrazione Regionale ha predisposto una scheda di rilevazione inviata e compilata dai Direttori di Distretto al fine di raccogliere informazioni sull'assetto organizzativo, sul processo assistenziale e sui dati di attività. Tale scheda verrà riproposta con cadenza annuale per il monitoraggio dei progressi raggiunti nella direzione degli obiettivi prefissati.

Come previsto dal piano inoltre tutte le ASL hanno provveduto a registrare nella cartella clinica della persona presa in carico gli accessi effettuati da parte degli operatori dell'equipe multiprofessionale; inoltre la maggior parte dei Distretti (14 su 22) hanno definito le procedure e i responsabili della raccolta dei dati sull'attività effettuata. Obiettivo del piano è anche la realizzazione di una scheda di Valutazione Multidimensionale informatizzata che consenta la compilazione in rete di tale scheda da parte dei professionisti della UVT. A tal fine l'Amministrazione Regionale ha istituito, attraverso la Determina n. 78/2009 precedentemente menzionata, un gruppo tecnico di esperti del settore che provvederanno alla definizione di una scheda di valutazione multidimensionale univoca per tutto il territorio regionale.

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

Al fine di migliorare la capacità dell'offerta di Cure Domiciliari Integrate e 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.

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

Dall'analisi dei dati derivati dal Ministero della Salute (flussi SIS) è emerso un incremento notevole del numero degli accessi effettuati dal personale medico nell'anno 2008 rispetto al dato raccolto nella fase di stesura del Piano d'Azione relativo al 2006. 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. Si precisa che il dato a disposizione rilevato attraverso i flussi SIS è riferito agli accessi di tutto il personale medico, comprendendo gli accessi del Medico di Medicina Generale, dei Medici Specialisti e Medici di Distretto.

Tabella 6. Fonte: Ministero della Salute

Aziende Sanitarie Locali	Accessi del personale medico					Variazione 2008 su 2006	Variazione % 2008 su 2006
	2004	2005	2006	2007	2008		
ASL n. 1 di Sassari	1	0	0	7.509	9.184	9.184	100%
ASL n. 2 di Olbia	3.066	2.819	2.915	2.581	3.156	241	8%
ASL n. 3 di Nuoro	827	1.829	1.904	1.608	5.379	3.475	183%
ASL n. 4 di Lanusei	6.000	5.638	3.603	4.638	4.689	1.086	30%
ASL n. 5 di Oristano	7.166	10.195	5.978	12.006	10.808	4.830	81%
ASL n. 6 di Sanluri	97	3.390	3.039	4.756	5.191	2.152	71%
ASL n. 7 di Carbonia		7.500	0	36.050	8.925	8.925	100%
ASL n. 8 di Cagliari	16.324	18.476	20.788	16.679	26.520 ³	5.732	28%
Totale	33.481	49.847	38.227	85.827	73.852	35.625	93%

Dalla scheda di rilevazione somministrata è emerso che in 18 Distretti su 22 il MMG partecipa sempre alla Valutazione Multidimensionale del caso, mentre in 4 Distretti la sua partecipazione non è sempre garantita. E' stata inoltre indagata la modalità di partecipazione del MMG ed è emerso quanto segue: il MMG partecipa personalmente alla Valutazione Multidimensionale in 8 Distretti su 22; vi partecipa esclusivamente tramite l'invio di certificazione cartacea in 6 Distretti, mentre nei restanti 8 Distretti partecipa alternativamente attraverso le suddette modalità o attraverso contatto telefonico.

Si riscontra quindi una positiva reazione rispetto alla incentivazione economica introdotta nel Contratto Integrativo Regionale della medicina generale, approvato con la DGR n. 17/1 del 20 marzo 2008, per gli accessi effettuati dai medici di medicina generale nell'ambito delle cure domiciliari integrate. L'incentivazione è differenziata in rapporto al livello di intensità delle cure, ed è finalizzata a favorire un maggiore coinvolgimento del medico curante, soprattutto in relazione ai casi più complessi. Il percorso di coinvolgimento attivo da parte delle ASL del MMG, in qualità di responsabile clinico del caso proseguirà al fine di raggiungere una migliore integrazione nella rete assistenziale.

³ Si integra il dato della ASL n.8 di Cagliari relativo agli accessi esclusivamente dei MMG pari a 26.520 (Fonte del dato: Scheda di rilevazione annuale RAS).

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

Poiché 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 alla settimana, è stato previsto nel Contratto Integrativo Regionale della medicina generale, approvato con la DGR n. 17/1 del 20 marzo 2008, 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 7 giorni su 7, con la relativa remunerazione dei singoli accessi a domicilio.

Ad oggi 8 Distretti su 22 pianificano, nei casi di maggiore complessità, l'intervento del Medico di continuità assistenziale nei giorni prefestivi e festivi, attraverso il suo inserimento nel Piano Attuativo degli interventi (PAI) e per ora soltanto 5 Distretti hanno definito protocolli operativi con i medici della continuità assistenziale.

Inoltre 16 Distretti su 22 garantiscono l'assistenza dell'infermiere anche nei giorni prefestivi e festivi nei casi di maggiore intensità assistenziale (cure domiciliari di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali) attraverso l'inserimento nel Piano Attuativo degli Interventi di tali accessi; uno garantisce l'assistenza infermieristica nei soli giorni prefestivi; mentre 5 Distretti non garantiscono l'assistenza infermieristica in tali giorni.

Le ASL dovranno quindi continuare ad impegnarsi per favorire il coinvolgimento programmato dei Medici di continuità assistenziale e degli infermieri al fine di evitare vuoti nell'assistenza e nella cura delle persone prese in carico.

2.7.3 Garanzia della continuità della attività di coordinamento del servizio.

L'attività di coordinamento del servizio durante tutto il percorso di cura e assistenza è garantita da 21 Distretti che assicurano l'accessibilità telefonica dell'Unità Operativa Distrettuale delle Cure Domiciliari Integrate per almeno sei ore al giorno nei giorni feriali e da solo 7 Distretti che garantiscono per almeno quattro ore al giorno la reperibilità telefonica dell'Unità Operativa Distrettuale delle Cure Domiciliari Integrate nei giorni pre-festivi.

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

L'Amministrazione Regionale si propone di ripetere l'esperienza avuta nel 2007 quando ha finanziato percorsi di formazione per le assistenti familiari ("badanti") al fine di favorire l'acquisizione di competenze specifiche nella gestione dell'assistenza a domicilio, informazioni sul sistema di funzionamento della rete dei servizi territoriali e sostenere la loro integrazione.

Inoltre come previsto nel Piano d'Azione, 6 distretti su 22 hanno definito 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.

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

I voucher di sostegno alle famiglie con anziani ultrasessantacinquenni inseriti in programmi di cure domiciliari integrate, a carico della linea di attività b.1.3 "Contributi ai lavoratori per favorire la conciliazione tra famiglia e lavoro", 'Asse I, "Adattabilità" del POR Sardegna - Fondo Sociale Europeo, non sono stati ancora attivati.

- Obiettivo operativo 2.8: Riduzione del numero di 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

L'Amministrazione Regionale 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 e assicurare la continuità assistenziale sono stati individuati percorsi semplificati attraverso la definizione di 20 protocolli operativi tra i Distretti sociosanitari e i Presidi Ospedalieri.

2.8.3 Attivazione degli ospedali di comunità di Ittiri e Thiesi

Le risorse previste sono state programmate.

- Obiettivo operativo 2.9: 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).

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.

L'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, non è stata ancora raggiunta.

2.9.2 Consolidamento e arricchimento dei percorsi formativi per operatori sociosanitari

L'arricchimento delle prossime iniziative dei percorsi formativi interdisciplinari per gli Operatori sociosanitari, a cura dell'Amministrazione Regionale, è in fase di definizione.

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

L'arricchimento dei percorsi formativi dei Medici di Medicina Generale con contenuti sull'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 è in fase di definizione.

Si riportano di seguito nella tabella n. 7 gli *indicatori di realizzazione* per il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi del Piano d'Azione, con il valore previsto per l'anno 2013 e quello raggiunto nell'anno 2009.

Tabella 7: Indicatori di realizzazione

Obiettivi operativi	Indicatore di realizzazione	Unità di misura	Valore raggiunto 2009	Valore atteso 2013
2.5 Facilitare l'accesso dell'utente ai servizi sociosanitari	Campagne informative Realizzate	numero	0	2
2.6 Migliorare l'organizzazione del servizio	Modello unitario regionale di Punto Unico d'Accesso e di UVT	numero	0	1
	Distretti sociosanitari che hanno inserito il Punto Unico d'Accesso nel percorso di Cure Domiciliari Integrate	numero	17	22
	Distretti sociosanitari che hanno attivato l'unità operativa distrettuale di cure domiciliari	numero	22	22
	Distretti sociosanitari che hanno attivato l'Ufficio di Piano	numero	19	22
	Protocolli operativi tra ASL ed Enti Locali operanti in forma associata attivati	numero	18	22

Obiettivi operativi	Indicatore di realizzazione	Unità di misura	Valore raggiunto 2009	Valore atteso 2013
	Corsi di formazione realizzati (su scala regionale)	numero	0	8
	Case della salute realizzate	numero	1	18
	Modello unitario regionale di Valutazione Multidimensionale	numero	0	1
	Distretti sociosanitari che garantiscono l'erogazione diretta di farmaci	numero	16	22
	Definizione di standard quantitativi in rapporto al carico assistenziale per l'infermiere professionale	numero	7	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	5	22
	Accordi con il volontariato da parte delle ASL e degli Enti Locali	numero	6	5
2.8 Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati attraverso l'integrazione tra cure domiciliari e l'assistenza ospedaliera	Protocolli operativi attivati tra Distretti e presidi ospedalieri	numero	20	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	0	2

La seguente tabella n. 8 riporta, per ogni azione strategica, gli impegni e pagamenti effettuati dall'approvazione del Piano ad oggi.

Tabella n. 8: Avanzamento finanziario

Obiettivo operativo	Azioni strategiche	Fonte di finanziamento	Stanziamento totale € (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
2.5 Facilitare l'accesso dell'utente ai servizi sociosanitari	2.5.1 Sviluppo di strategie di informazione sul PUA e sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione, delle ASL e degli Enti Locali.	L.R. n. 3 del 5/3/2008, art 8	400.000	determinazione n. 1255 del 31/12/2008 - approvazione del Piano di comunicazione istituzionale del Servizio	400.000	100,00%		
2.6 Migliorare l'organizzazione del servizio	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.			Decreto Assessore - n. 31 del 22/10/2008 Costituzione Gruppo Tecnico				
	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 autosufficienza L.R. n. 3 del 5 marzo 2008, art 8	12.400.000 15.000.000	DGR 44/11 del 2007: annualità 2007 Determin. 1126 del 3/12/08	2.500.000	16,67%		
	Totale 2.6.2		27.400.000		2.500.000	9,12%		
	2.6.3 Attivazione e potenziamento gli Uffici di Piano in tutti i Distretti sociosanitari	Fondo regionale Sistema integr. servizi alla persona AT Amm.ne Centrale	9.600.000	DGR n. 27/5 del 2008;	1.600.000	16,67%	1.600.000	16,67%
	2.6.4 Realizzazione un piano di formazione sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione in collaborazione con le ASL e gli Enti Locali.	DGR 44/11 del 2007	165.286	DGR 44/11 del 2007: annualità 2007; Decreto Assessore - Costituzione Gruppo Tecnico				
		PO FESR Sardegna 2007/13 - 1.2.1 a)	1.000.000					
		PO FSE Sardegna 2007/13 - Asse III - G 4.1	250.000					
	Totale 2.6.4		1.415.286					
	2.6.5 Realizzazione dell'integrazione professionale nelle cure domiciliari attraverso il modello della Casa della salute.	PO FESR Sardegna 2007/13 2.2.2 b)	20.000.000	DGR 58/25 2008 "Case della salute"				
	2.6.6 Definizione di un modello unitario regionale di Valutazione Multidimensionale e di inquadramento nei profili assistenziali	AT Amm.ne Centrale		Decreto Assessore - Costituzione Gruppo Tecnico				
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 Sardegna 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	DGR n. 17/1 del 2008	2.800.000	Stipulato accordo integrativo della medicina generale - determinazione di pagamento n.853 del 21/10/2008 € 2.800.000 - di cui quota parte per cure domiciliari integrate - Scheda di monitoraggio in corso di definizione	800.000	28,57%	800.000	28,57%
	2.7.2 Garanzia della continuità dell'assistenza a domicilio nei giorni festivi e prefestivi	DGR 17/1 del 2008	440.000					
	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	DGR 44/13 del 2007	700.000		700.000	100,00%	665.000	95,00%
	2.7.5 Rafforzamento dell'offerta di servizi a domicilio mediante interventi di sostegno alle famiglie	PO FSE Sardegna 2007/13-	6.000.000					
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			Emanata Direttiva DG sui controlli dei ricoveri ospedalieri nel 2008				
	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.			Scheda di monitoraggio in corso di definizione				
	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	Delibera n. 40/25 del 9/10/2007 Piano investimenti 2007/2009 - Delib. 48/5 del 9/09/08 (progetto sperimentazione ospedali di comunità - casa della salute di Ittiri e di Thiesi)				
2.9 Migliorare l'approccio culturale dei professionisti e degli operatori 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							
	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		8.500.000	11,85%	3.065.000	4,27%

3. CRITICITÀ E SOLUZIONI

L'attuazione finanziaria di parte degli interventi previsti nel Piano d'Azione a carico dell'Amministrazione Regionale ha subito forti rallentamenti per il mutato assetto politico a seguito alle elezioni regionali del febbraio 2009 che ha comportato da una parte la ridefinizione dell'assetto organizzativo della struttura regionale e dall'altra una riflessione in merito alla strategia prevista nel Piano d'Azione.

Permangono i seguenti punti di debolezza, individuati nel Piano d'Azione, sui quali è necessario intervenire al fine di migliorare la qualità del servizio erogato e incrementare la percentuale di anziani assistiti in Cure Domiciliari Integrate:

- insufficiente 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;
- mancanza di passaggio attraverso il PUA del Percorso di Cure Domiciliari Integrate in alcune realtà distrettuali (3 Distretti);
- 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;
- insufficiente 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;
- inadeguatezza del sistema informativo attuale nella raccolta ed elaborazione dei dati atti a descrivere l'effettivo panorama di cure domiciliari;
- inadeguato sviluppo della modalità associata di gestione dei servizi da parte degli Enti Locali.

4. L'AGGIORNAMENTO DELLA STRATEGIA

La strategia è confermata.