



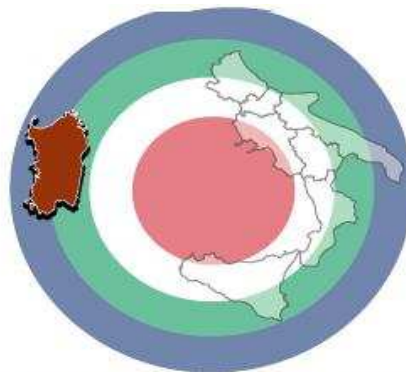
UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



**OBIETTIVI di SERVIZIO**  
**Regione SARDEGNA**

**PREMIALITA' 2007 – 2013**

**RAPPORTO ANNUALE DEGLI OBIETTIVI DI SERVIZIO 2007-2013**  
**RAOS 2010**

**OBIETTIVO DI SERVIZIO II – SERVIZI DI CURA AGLI ANZIANI**

# INDICE

<b>1. L'EVOLUZIONE DEGLI INDICATORI .....</b>	<b>3</b>
<b>2. LE AZIONI REALIZZATE E AVVIATE E L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO .....</b>	<b>5</b>
<b>Obiettivo Operativo 2.5: Facilitare l'accesso dell'utente ai servizi sociosanitari</b>	<b>5</b>
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.....	5
<b>Obiettivo Operativo 2.6: Migliorare l'organizzazione del servizio</b>	<b>5</b>
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 .....	5
2.6.2 Potenziamento dei Punti Unici di Accesso e delle UVT e delle Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate .....	5
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.....	7
2.6.5 Realizzazione dell'integrazione professionale nelle cure domiciliari attraverso il modello della Casa della salute .....	8
2.6.6 Definizione di un modello unitario regionale di Valutazione Multidimensionale e di inquadramento nei profili assistenziali .....	8
2.6.7 Snellimento delle procedure per l'erogazione diretta a domicilio dell'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica .....	8
2.6.8 Sviluppo di sistemi di pianificazione e controllo delle attività .....	9
2.6.9 Implementazione di un adeguato sistema informativo .....	9
<b>Obiettivo Operativo 2.7: Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno</b>	<b>11</b>
2.7.1 Potenziamento del ruolo e delle responsabilità del Medico di Medicina Generale .....	11
2.7.2 Garanzia della continuità dell'assistenza a domicilio nei giorni festivi e prefestivi .....	12
2.7.3 Garanzia della continuità della attività di coordinamento del servizio .....	12
2.7.4 Coordinamento delle risorse umane non professionali (volontariato e assistenti familiari) coinvolte nei processi di cura e assistenza .....	13
2.7.5 Rafforzamento dell'offerta di servizi a domicilio mediante interventi di sostegno alle famiglie.....	13
<b>Obiettivo Operativo 2.8: Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati attraverso l'integrazione tra le cure domiciliari e l'assistenza ospedaliera</b>	<b>15</b>
2.8.1 Intensificazione dell'attività di monitoraggio sui ricoveri ospedalieri.....	15
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.....	15
2.8.3 Attivazione degli ospedali di comunità di Ittiri e Thiesi.....	16
<b>Obiettivo Operativo 2.9: Migliorare l'approccio culturale dei professionisti e degli operatori del settore</b>	<b>16</b>
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 <i>di moduli specifici sulla rete dei servizi sociosanitari territoriali</i> . .....	16
2.9.2 Consolidamento e arricchimento dei percorsi formativi per operatori sociosanitari .....	16
2.9.3 Consolidamento e arricchimento della formazione specifica dei Medici di Medicina Generale .....	16
<b>3. CRITICITÀ E SOLUZIONI.....</b>	<b>22</b>
<b>4. L'AGGIORNAMENTO DELLA STRATEGIA.....</b>	<b>24</b>

## 1 L'EVOLUZIONE DEGLI INDICATORI

Nella Regione Autonoma della Sardegna (RAS) l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) viene comunemente identificata con il termine di Cure Domiciliari Integrate (CDI). Il Piano d'Azione Tematico - Servizi di cura per gli Anziani – individuava come obiettivi specifici sia l'innalzamento al 3,5%, entro l'anno 2013, del tasso di anziani assistiti in Cure Domiciliari Integrate (Indicatore S06) che il mantenimento di un livello di spesa per l'Assistenza Domiciliare Integrata (Indicatore S06 bis) pari o superiore allo 0,7% della spesa sanitaria complessivamente sostenuta dalla RAS, dato rilevato nel 2005. Per l'indicatore S06 la RAS aveva deciso di stabilire, quale ulteriore strumento di incentivazione, un target intermedio (1,7%), che è stato raggiunto e superato. La tabella n. 1 descrive l'evoluzione degli indicatori negli anni, dall'anno base, il 2005 fino al dato più recente, il 2009.

La RAS ha predisposto e inviato alle ASL una scheda di rilevazione al fine di raccogliere informazioni sull'assetto organizzativo, sul processo assistenziale e sui dati di attività.

Il target intermedio è stato 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 per la premialità.

Indicatore Premialità	Valore Base 2005	Agg.to 2006	Agg.to 2007	Agg.to 2008	Agg.to 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	2,37	3,5	1,13
S.06 bis Incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria (%)	0,7	0,7	0,6	0,7		≥ 0,7	

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Nazionale FLS21

Nella Tabella n. 2 vengono riportati gli indicatori di risultato, finale e intermedio, previsti nel Piano d'Azione (PdA), scomposti per area territoriale (ASL), e il valore effettivamente raggiunto nell'anno 2009, calcolato sulla base dei dati trasmessi dalle Aziende Sanitarie attraverso il Modello di rilevazione FLS21 ai fini dell'implementazione del Sistema Informativo Sanitario Nazionale.

**Tabella 2:** Indicatore S06 per territorio (ASL).

ASL	Valore Base	Target	Aggiornamento		Target	Fabbisogno
	2005	2009	2008	2009	2013	
<b>ASL1 Sassari</b>	0,77	1,26	1,04	<b>2,15</b>	3,5	1,4
<b>ASL2 Olbia</b>	0,46	1,01	1,08	<b>1,42</b>	3,5	2,1
<b>ASL3 Nuoro</b>	1,07	1,51	2,91	<b>2,68</b>	3,5	0,8
<b>ASL4 Lanusei</b>	2,91	3,01	4,25	<b>2,21</b>	3,5	1,3
<b>ASL5 Oristano</b>	1,72	2,04	1,99	<b>2,80</b>	3,5	0,7
<b>ASL6 Sanluri</b>	0,71	1,21	1,89	<b>2,13</b>	3,5	1,4
<b>ASL7 Carbonia</b>	2,46	2,65	2,76	<b>2,46</b>	3,5	1,04
<b>ASL8 Cagliari</b>	1,42	1,79	2,33	<b>2,54</b>	3,5	1,0
<b>Regione</b>	1,30	1,70	2,06	<b>2,37</b>	3,5	1,13

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Nazionale FLS21

Dai dati disponibili si evince comunque che l'indicatore regionale fa registrare un leggero incremento rispetto al valore raggiunto nell'anno 2008, già superiore al target prefissato nel PdA, così come si rileva un trend positivo per 5 ASL su 8. Nell'Allegato è possibile visionare la Tabella 6, relativa ai casi trattati per ASL, dalla quale emerge un trend positivo, tra il 2008 ed il 2009 per 4 ASL su 8.

Per quanto attiene l'indicatore S06 bis, valutando i dati contenuti nella scheda di rilevazione RAS, riepilogati nella Tabella 7 dell'Allegato, nel corso del 2009, è stato sostenuto per le CDI, a livello regionale, un costo complessivo pari a €25.873.043: il 62% sul totale della spesa per acquisti di servizi e, di questi, il 94% circa per prestazioni sanitarie; i costi per il personale rappresentano circa il 26% del totale. Si discostano dalla tendenza generale le ASL di Olbia e Nuoro che risultano invece aver speso maggiori risorse per il personale, quasi esclusivamente del ruolo sanitario.

I dati rilevati attraverso il questionario di rilevazione RAS fanno ritenere che vi siano delle difformità nei criteri seguiti nell'imputazione dei costi all'interno delle macrovoci in cui il Modello di rilevazione compilato dalle ASL è stato articolato<sup>1</sup>: alcune ASL hanno inserito nella macrovoce "Consumi e manutenzioni di servizio" quelli relativi ai materiali farmaceutici forniti nell'ambito delle CDI, così come sono differenti, e non sempre esplicitate, le tipologie di costo ri-comprese nella voce "Altro". Per la ASL 2 si rileva, inoltre, la presenza del Servizio di Ospedalizzazione Oncologica, nonostante la Deliberazione della Giunta Regionale 51/49 del 20.12.2007 la ricollochi nell'ambito delle Cure Domiciliari di III livello.

<sup>1</sup> Il modello per la rilevazione è stato articolato sulla base del Modello LA di cui al DM del 18.06.2004

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

Si riportano di seguito informazioni sulle azioni avviate/realizzate, suddivise per Obiettivo Operativo, nel periodo di riferimento.

### OBIETTIVO OPERATIVO 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.

La Regione, per dar corso alla Determina 1255 del 3.12.2008, è in procinto di attuare un piano di comunicazione istituzionale rivolto ai cittadini ed al personale del Servizio Sanitario Regionale, per il quale la ASL 8 è stata individuata come ASL capofila.

La ASL 8 ha organizzato dei corsi di Formazione e Informazione per MMG/PLS e tutti gli operatori delle Unità Organizzative delle Cure Domiciliari.

Ob. Operativo	Azione Strategica	Fonte di finanziamento	Stanziamento totale (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
2.5	2.5.1	LR 3 del 5.3.2008 (art.8)	400.000	Det. 1255 del 31.12.2008	400.000	100	0	0

### OBIETTIVO OPERATIVO 2.6: MIGLIORARE L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

Il PdA prevede una riprogettazione organizzativa del servizio di CDI, avviata nel territorio regionale nel 2008, 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

L'obiettivo è stato raggiunto, infatti, con la DGR n. 15/24 del 13.04.2010 sono state approvate e trasmesse a tutte le ASL le *'Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari'*, in cui si definisce un modello unitario di PUA, si forniscono criteri organizzativo-gestionali e si individuano procedure standardizzate per l'attivazione della rete socio-sanitaria territoriale. Inoltre, con Circolare n. 19700 del 23.09.2010, sono state trasmesse alle ASL le *'Linee guida sul funzionamento della Unità di Valutazione Territoriale (UVT)'*, in cui si delinea la struttura organizzativa e si definiscono gli strumenti operativi dell'UVT.

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

Il PUA, prima tappa da cui si snoda il percorso delle CDI, è stato implementato in tutti i distretti sociosanitari della Regione nel 2009. In 2 distretti della ASL 8 viene condiviso un unico PUA. Rispetto a quanto fotografato nel RAOS 2009 risulta aumentato il numero dei Distretti che prevedono il coinvolgimento del PUA nel processo di attivazione delle CDI, infatti, al momento attuale, solo 1 Distretto della ASL 7 prevede l'accesso alle CDI direttamente attraverso l'Unità Operativa Cure Domiciliari Integrate (UOCDI), anche se è in programma una riorganizzazione che prevede l'inserimento del PUA e dell'UVT nel percorso delle CDI.

In riferimento al potenziamento del personale del PUA previsto dal PdA, è confermato l'incremento di personale dedicato al PUA, già rilevato nel RAOS 2009: in particolare è stato registrato un incremento delle giornate/uomo prestate dalle diverse figure professionali presso il PUA, come si può desumere dalla Tabella 8 presente nell'Allegato (+ 1076 giornate/uomo). L'unico andamento in controtendenza è quello relativo alla

figura professionale dell'infermiere. Considerate le giornate/uomo prestate al PUA dalle diverse tipologie di figure professionali rispetto al totale, il 36% di esse è a carico dei medici distrettuali, mentre la restante percentuale risulta suddivisa tra assistenti sociali, infermieri e personale amministrativo, con una differente distribuzione tra le 8 ASL. Non in tutte le ASL l'equipe operativa del PUA rispecchia la composizione standard prevista dalle Linee Guida regionali di recente emanazione. In generale emerge che quasi la metà dei Distretti (10) non si avvale di personale amministrativo; 9 Distretti su 22 non ricorrono alla figura dell'infermiere; 5 Distretti non prevedono quella dell'Assistente sociale e altrettanti quella del medico distrettuale.

Per ciò che concerne le UVT, la loro formale istituzione in tutti i Distretti ha contribuito a qualificare il processo di presa in carico e a rendere imprescindibile ai fini dell'inserimento in un percorso di CDI una preventiva valutazione multiprofessionale/multidimensionale.

La composizione delle UVT, al momento attuale, rispecchia solo in parte i requisiti previsti nelle recenti Linee Guida regionali sul funzionamento della UVT. Tutte le ASL, per la valutazione sociale, si avvalgono stabilmente dall'Assistente sociale aziendale, mentre la presenza di quella del Comune di residenza del cittadino non è uniformemente e regolarmente assicurata; nelle ASL 3 e 4, l'equipe della UVT non si avvale della figura dell'infermiere.

Per ciò che concerne le UOC DI, cui compete la gestione tecnica e organizzativa delle attività assistenziali, risultano operative in tutti i Distretti già dall'anno 2009.

Al momento attuale nella quasi totalità delle ASL le funzioni di organizzazione delle Cure Domiciliari fanno capo in via esclusiva o prevalente a personale interno totalmente/parzialmente dedicato. Solamente le ASL 6 e 7 si avvalgono, per attività di tipo organizzativo, anche di personale proveniente da fornitori esterni. Rispetto alla situazione di partenza si registra una maggiore tendenza alla gestione diretta mentre dai dati contenuti nel PdA risultava che solo il 50% delle ASL utilizzava per l'attività di organizzazione delle CDI personale dipendente di provenienza esclusivamente aziendale.

Risulta invece più diffuso il ricorso all'esternalizzazione per ciò che concerne l'erogazione delle prestazioni assistenziali a domicilio, che impegna complessivamente, a livello regionale, 705 operatori. Nella Tabella 9 in Allegato è possibile visionare le diverse risorse professionali impegnate nell'assistenza a domicilio registrando, rispetto all'anno 2009, eccezion fatta per i MMG per i quali il dato non è pervenuto, un generale incremento; si registra in modo particolare un aumento, a livello regionale, del numero degli infermieri (+100). L'incremento nel numero dei medici specialisti (+20), potrebbe essere, almeno in parte, dovuto alla mancata rilevazione del dato nella ASL di Olbia nel 2009.

Pur permanendo delle criticità, sia nella rilevazione del dato che sulla operatività, si evidenzia un potenziamento delle attività e delle risorse umane nei PUA, nelle UVT e nelle Unità Operative Cure Domiciliari.

Ob. Operativo	Azione Strategica	Fonte di finanziamento	Stanziamento totale (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
2.6	2.6.2	L.R. 3 del 5.3.2008 (art.8)	15.000.000	Det. 1126 del 3.12.2008 - Det. 1056 del 15.12.2009	5.000.000	100	5.000.000	100%
2.6	2.6.2	Fondo Nazionale Non Autosufficienza	12.400.000	Det. 784 del 11.11.2008	2.561.285	21%	2.303.671	19%
Totale 2.6.2			27.400.000		7.561.285	43%	7.303.671	

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

Tutti i 25 Ambiti territoriali di riferimento per i PLUS<sup>2</sup> hanno provveduto alla formale istituzione degli Uffici per la Programmazione e Gestione dei Servizi Associati (di seguito denominati Uffici di Piano) in attuazione di quanto previsto dalla DGR n. 27/44 del 17.07.2007 che li istituisce.

Sebbene sia stata registrata una generale tendenza a rafforzare l'interazione tra sociale e sanitario, con la sottoscrizione di 10 protocolli operativi tra Aziende/Distretti Sanitari ed Enti Locali associati, al momento attuale solo nelle ASL 3 e 7, in 1 Distretto della ASL 1 ed in 1 Distretto della ASL 5 l'Ufficio di Piano partecipa alla programmazione e gestione delle CDI.

L'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ha predisposto la bozza delle nuove linee guida sui PLUS per il triennio 2011-2013. Il documento, che interviene anche sul ruolo dell'Ufficio di Piano e più in generale sul tema dell'integrazione socio-sanitaria, non è stato ancora formalmente licenziato ed è attualmente in fase di concertazione con gli Ambiti territoriali.

Ob. Operativo	Azione Strategica	Fonte di finanziamento	Stanziamento totale (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
2.6	2.6.3	Fondo regionale Sistema Integrato servizi alla persona - DGR 27/5 del 3.5.2008	9.600.000	Det. 355 del 23.06.2009	1.600.000	17	1.145.530	12
2.6	2.6.3			Det. 345 del 26.05.2010	1.600.000	17	1.600.000	17
Totale 2.6.3			9.600.000		3.200.000	33%	2.745.530	29%

### 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 PdA è la formazione specifica e l'aggiornamento degli operatori; a tal proposito la Regione non ha ancora attuato interventi di formazione rivolti agli operatori delle CDI.

Al momento attuale, visto che una parte rilevante dell'informatizzazione legata all'ADI, presente nel progetto SISaR, progetto avviato con il POR FESR 2000-2006 ed in fase di completamento con fondi APQ, risulta ancora in fase di realizzazione (stima di completamento 30/6/2011) non è possibile introdurre un piano di formazione sulle Cure Domiciliari Integrate.

I fondi che fanno capo alle Politiche Sociali risultano, al momento, inutilizzati, ma è previsto, per la programmazione futura, il loro impegno ed utilizzo.

Le Aziende Sanitarie hanno attuato eventi formativi rivolti agli operatori sanitari.

Ob. Operativo	Azione Strategica	Fonte di finanziamento	Stanziamento totale (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
2.6	2.6.4	Fondo nazionale Non Autosufficienza - DGR 44/11 del 31.10.2007	161.285	Det. 784 del 11.11.2008	161.285	100	0	0
2.6	2.6.4	PO FESR Sardegna 2007/13 - 1.2.1a	1.000.000		0	0	0	0

<sup>2</sup> Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona (L.R. n. 23/2005)

2.6	2.6.4	PO FSE Sardegna 2007/13 Asse III - G 4.1	250.000		0	0	0	0
Totale 2.6.4			1.411.285		161.285	11%	0	0%

### 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 29.11.2007, riproposto dalla DGR 53/7 del 27.12.2007 e DGR 32/10 del 04.06.2008. I fondi previsti per tale linea di attività, facenti capo alla Direzione Generale Politiche Sociali, saranno oggetto nella programmazione futura, di impegno ed utilizzo.

Al momento l'unica attiva è la Casa della Salute di Villacidro, presso ASL 6 di Sanluri, prima esperienza di questo genere in Sardegna, realizzata sulla base degli indirizzi emanati dal Ministero della Salute e dalla Regione Sardegna a valere su altre risorse finanziarie.

Ob. Operativo	Azione Strategica	Fonte di finanziamento	Stanziamento totale (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
2.6	2.6.5	PO FESR Sardegna 2007/13 - 2.2.2 b	20.000.000		0		0	

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

L'obiettivo è stato raggiunto, infatti, con Circolare n. 13583 del 25.06.2010, è stato notificato a tutte le ASL che, quale strumento di Valutazione Multidimensionale da utilizzare su tutto il territorio regionale, è stata individuata la Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane (S.Va.M.A.), anche in ottemperanza al Patto per la Salute 2010–2012 siglato tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 3.12.2009.

Con il supporto dell'Assistenza Tecnica del Foromez è stata inoltre realizzata un'attività di benchmarking sui modelli di informatizzazione del sistema di VMD, con l'obiettivo di individuare buone prassi da mutuare. Nell'ambito di tale attività è stata organizzata una visita - studio presso la ULSS 4 di Thiene (Veneto). Nel corso della visita sono stati analizzati i tracciati dei dati relativi alle CDI, sono stati approfonditi gli aspetti connessi all'informatizzazione della S.Va.M.A. ed è stato complessivamente analizzato il Sistema Informativo Aziendale, quale strumento funzionale all'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri.

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

La criticità permane, con assenza di Direttive, invece previste nel PdA. Obiettivo del piano è la razionalizzazione e la tempestività della procedura di erogazione dell'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica, attraverso la ridefinizione e lo snellimento delle procedure autorizzative per la consegna al domicilio del paziente.

L'Unità Operativa Distrettuale (UOD) deve avviare tempestivamente la procedura per l'erogazione diretta e la consegna al domicilio dei farmaci, presidi e ausili, al fine di porre in essere il Piano Attuativo degli Interventi (PAI) e fare l'immediata presa in carico.



Si è rilevato che presso tutte le ASL viene assicurata la consegna al domicilio o tramite farmacia territoriale dei farmaci. Rispetto al dato rilevato nel RAOS 2009, si registra un incremento del numero di Distretti che assicurano tale servizio pari a 4 unità.

L'approvvigionamento dei farmaci attraverso la farmacia territoriale viene assicurato in 6 ASL su 8, per un totale di 16 Distretti su 22 (fanno eccezione le ASL 3 e 7 ed 1 Distretto della ASL 1 che si avvale della farmacia ospedaliera). Si avvalgono di farmacie convenzionate solamente le ASL 4 e 6 ed 1 Distretto della ASL 2.

La fornitura di presidi e ausili viene assicurata al domicilio in 21 Distretti su 22, tramite farmacia territoriale in 9 Distretti su 22 e tramite Farmacia Convenzionata in 10 Distretti su 22. Per un maggior dettaglio si rimanda alla Tabella 10 in Allegato.

### **2.6.8 Sviluppo di sistemi di pianificazione e controllo delle attività**

Al fine di migliorare il 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 che tenga conto di:

personale numericamente adeguato e di accertata competenza professionale;

definizione di uno standard di carico assistenziale giornaliero attribuito rispettivamente all'infermiere professionale e all'operatore socio-sanitario, verificandone il rispetto;

potenziamento e la qualificazione di personale competente in Cure Palliative;

l'implementazione di un sistema di verifica e monitoraggio sulla qualità dei servizi esternalizzati attraverso una duplice azione.

In linea con quanto previsto dal PdA, 8 Distretti su 22 si sono dotati di sistemi per il monitoraggio e la valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate; in altri 8 Distretti, invece, questi sistemi risultano essere in fase di predisposizione.

Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali con il DM del 17.12.2008 ha istituito il sistema informativo per il monitoraggio della Assistenza Domiciliare. La Regione, per rispondere al debito informativo ministeriale, ha predisposto ed emanato precise regole per le ASL attraverso la Circolare n. 686 del 18.01.2010 che prevede l'istituzione dei nuovi flussi ministeriali per ADI ed Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (Flussi ADI e ARS, rispettivamente).

In allegato alla circolare è presente il tracciato dei dati che definisce in maniera puntuale i dati da raccogliere nelle diverse fasi del processo assistenziale.

Il flusso ARS comprende tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), nei Centri Diurni Integrati (CDI) e negli Hospice pubblici e privati. Il flusso ADI comprende tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate in modalità programmata da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

### **2.6.9 Implementazione di un adeguato sistema informativo**

La informatizzazione delle attività legate alla Assistenza Domiciliare è inserita all'interno di un progetto regionale di informatizzazione di tutto il Sistema Sanitario Regionale, che si pone l'obiettivo di fornire il necessario supporto al complesso processo di innovazione organizzativa del Servizio Sanitario Regionale, riducendo l'elevato grado di disomogeneità delle soluzioni informatiche in uso presso le Aziende e

prevedendone eventualmente la sostituzione, completando il sistema con le componenti ancora non informatizzate e garantendo una visione unitaria, per processi e strumenti, del "sistema salute" della Regione Autonoma della Sardegna.

Il 10 agosto 2006 la Regione Sardegna ha indetto una Gara d'appalto pubblica<sup>3</sup> per la progettazione e realizzazione del Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale (SISaR); tale gara nasce dal Piano per l'informatizzazione del Sistema Sanitario Regionale della Sardegna, approvato il 13.07.2005 e dalla DGR 34/28 del 2.08.2006.

Il progetto vuole consentire il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, supportare il controllo della spesa sanitaria, migliorare l'efficienza delle cure primarie attraverso l'integrazione in rete dei professionisti al fine di agevolare i processi di continuità assistenziale, supportare gli interventi di prevenzione attiva sul territorio, facilitare l'accesso ai servizi potenziando e facilitando la scelta dei cittadini attraverso l'interoperabilità tra i sistemi di prenotazione. Inoltre vuole consentire il miglioramento dei processi integrati di assistenza sociale e quelli di assistenza sociosanitaria, mediante l'organizzazione di un unico punto di accesso - PUA alle prestazioni, alimentare il Nuovo Sistema Informativo Sanitario con i dati necessari per il Ministero della Salute (debito informativo) e migliorare la qualità dei documenti elettronici all'interno del sistema sanitario regionale.

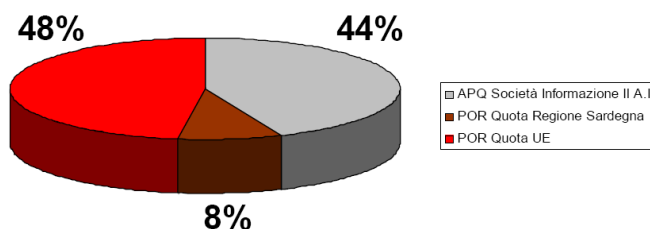
Il Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale è in effetti un sistema di sistemi composto da servizi, in parte centralizzati (livello regionale) ed in parte distribuiti (livello territoriale). I sistemi centrali, consentono agli utenti finali di operare attraverso la modalità WEB nella Rete Telematica della Regione Sardegna (RTR).

Il SISaR è composto dai seguenti moduli di livello regionale: sistema informativo sanitario direzionale, il sistema informativo sanitario amministrativo (contabilità, personale, acquisti, etc.), il CUP (Centro Unico di Prenotazione) ed il sistema informativo epidemiologico. Il sistema informativo ospedaliero ed il sistema informativo delle attività assistenziali e di prevenzione opereranno invece su base distribuita territoriale.

La realizzazione dei lavori, ha avuto in inizio con la data di stipula del contratto il 28/02/2008, terminerà nell'anno 2011.

Il Progetto di € 25.200.000 è finanziato attraverso i seguenti strumenti:

<b>POR Sardegna Misura 6.3 k</b>	€ 14.200.000
<b>Accordo di Programma Quadro Società dell'informazione Il Atto integrativo</b>	€ 11.000.000



**Tabella 3:** Finanziamento Progetto SISaR

<sup>3</sup> Determina n. 836 del 01.08.2006

Attualmente il sistema SISaR per la Assistenza Domiciliare è avviato presso tutte le ASL della Regione Sardegna con la sola eccezione della ASL6 di Sanluri. La informatizzazione delle attività territoriali della ASL iniziata nei primi mesi dell'anno 2009 attraverso il Progetto SISaR non è ancora completata, il loro completamento è previsto nell'anno 2011.

In precedenza la ASL6 di Sanluri e la ASL8 di Cagliari erano le uniche aziende che alla data della predisposizione della Gara disponevano di un Sistema Informativo per la Assistenza Domiciliare Integrata e per le attività legate al Punto Unico di Accesso (quali Hospice, RSA, Centri Diurni, Protesica ecc. ecc.).

La attuale configurazione del sistema informativo della ADI SISaR non soddisfa ancora quanto richiesto dalla Determinazione n. 686 dell'Assessorato Sanità del 18/01/2010 che recepisce le indicazioni del DM del 17 dicembre 2008 del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali; soltanto a partire dal 01 gennaio 2011 sarà possibile per le Aziende Sanitarie rispondere al debito sui flussi in maniera automatizzata.

Il Raggruppamento Temporaneo di Imprese (RTI) che ha vinto la Gara SISaR ha presentato il Sistema PUA-SISaR nel mese di ottobre 2010.

E' stata prevista la presentazione della scheda S.Va.M.A. informatizzata entro Dicembre 2010.

## **OBIETTIVO OPERATIVO 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**

Una variabile di cui è possibile tener conto nella lettura dei valori assunti dall'indicatore è il numero delle ore di assistenza erogata a domicilio a favore di cittadini 65+<sup>4</sup>. Anche in questo caso il criterio adottato per il conteggio del numero delle ore nelle diverse ASL non risulta omogeneo; in alcuni casi un accesso convenzionalmente è pari a un'ora, in altri casi la convenzione è diversa.

Si evidenzia una diminuzione, sia in termini assoluti che percentuale, delle ore di assistenza domiciliare complessivamente erogate nelle ASL 3, 4, 5 e 7.

Obiettivo del piano è l'incremento del numero degli accessi del MMG in rapporto al numero dei pazienti presi in carico in CDI. Il numero degli accessi registrati a livello regionale (79.578) evidenzia come il valore atteso nel PdA per il 2013 è già stato raggiunto (+ 15.000 rispetto al 2006); complessivamente il numero degli accessi da parte di personale medico (MMG e medici specialisti, territoriali e ospedalieri) è più che raddoppiato rispetto al 2006 passando da 47.383 a 90.829, nel 2009, come visibile dalla Tabella 11 in Allegato (somma MMG + MSP + MSO).

Al fine di perseguire l'obiettivo generale del PdA e favorire la continuità dell'assistenza territoriale si ritiene strategico rafforzare il coinvolgimento dei MMG nella partecipazione al processo di valutazione e di presa in carico delle Cure Domiciliari, per la condivisione degli obiettivi di servizio e la migliore definizione del percorso assistenziale. E' altresì importante favorire l'applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale, che già prevede un incentivo economico vuoi per la partecipazione alla VMD, vuoi per i singoli accessi a domicilio, completando il coinvolgimento anche dei Medici di Continuità Assistenziale.

L'Accordo Integrativo Regionale dei Medici di Medicina Generale (Deliberazione della Giunta Regionale 19/9 del 12.05.2010) ha ulteriormente potenziato l'incentivazione economica prevista per ogni attivazione o riattivazione di Cure Domiciliari Integrate per persona (85 €) e per ogni accesso domiciliare per paziente (22 €) e prevede la compilazione, da parte del MMG, del Piano Attuativo degli Interventi (PAI) ma "*nessuna altra scheda o valutazione è richiesta al MMG, se non la compilazione della cartella clinica e della modulistica necessaria per la gestione del caso*".

---

<sup>4</sup> Si fa riferimento alle ore di assistenza erogate dalle seguenti categorie di operatori così come previsto nel modello di rilevazione FLS21: infermieri professionali, terapisti della riabilitazione e "altri operatori".

Essendo riconosciuto il ruolo del MMG quale responsabile clinico dei singoli casi, è necessario potenziare la sua azione in tutte le fasi del processo ed in modo particolare nelle partecipazioni alla VMD e nella Continuità dei Piani Assistenziali al fine del raggiungimento degli obiettivi di salute.

Ob. Operativo	Azione Strategica	Fonte di finanziamento	Stanziamen to totale (A)	Attuazione				
				Provvedimen to	Impegn i (B)	B/A	Pagament i (C)	C/A
2.7	2.7.1	DGR n. 17/1 del 2008	2.800.000		800.000	28,57%	800.000	28,57%

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

Obiettivo del piano è garantire la continuità assistenziale alle persone in CDI anche nei giorni festivi e prefestivi, al fine di evitare accessi impropri al Pronto Soccorso e interventi del 118.

Le cure a maggior carico assistenziale, il terzo livello e le palliative a malati terminali, comportano una risposta intensiva ai bisogni di alta complessità, definita nel PAI e dalla presa in carico globale con intervento di tipo multidisciplinare.

Si tratta di interventi programmati 7 giorni su 7 e per le cure palliative, è inoltre prevista la pronta disponibilità medica 24h, di norma erogata da una equipe di cura in possesso di specifiche competenze o comunque da personale specificatamente formato, come indicato nella DGR n. 51/49 del 20.12.2007.

Allo stato attuale nessuna ASL ha una 'equipe di cura' e la pronta disponibilità 24 h su 24 ma tutte le aziende si avvalgono del coinvolgimento del Medico di Continuità Assistenziale (MCA) nelle cure che implicano un'assistenza continuativa programmata 7 giorni su 7. Il coinvolgimento del MCA può essere programmato nel PAI e, nel rispetto dell'AIR 2008, verrà remunerato ogni singolo accesso.

Le ASL, nelle more di dar corso alle "Cure Palliative", devono stilare dei protocolli d'intesa per il coinvolgimento attivo dei MCA, come già è stato fatto nelle ASL 2, 3, 6 e 8.

Naturalmente deve essere garantita anche l'assistenza infermieristica. Allo stato attuale questa viene garantita 7 giorni su 7 in 16 Distretti su 22.

Ob. Operativo	Azione Strategica	Fonte di finanziamento	Stanziamen to totale (A)	Attuazione				
				Provvedimen to	Impegn i (B)	B/A	Pagament i (C)	C/A
2.7	2.7.2	DGR 17/1 del 2008	440.000		0	0%	0	0%

### 2.7.3 Garanzia della continuità della attività di coordinamento del servizio

Obiettivo del piano è garantire la continuità di coordinamento del servizio durante tutto il percorso di cura e assistenza attraverso l'Unità Operativa Distrettuale delle CDI.

La centrale operativa cure domiciliari è di norma aperta al pubblico per 5 giorni settimanali, solamente 2 Distretti della ASL 1 ne garantiscono l'apertura per 6 giorni. L'apertura al pubblico anche negli orari pomeridiani (11 su 14 in tutti i giorni di apertura, gli altri per almeno 2 giorni) è prevista in 14 Distretti su 22.

L'accessibilità telefonica è garantita nei giorni feriali da oltre la metà dei Distretti (12/22) per non meno di 6 ore; nei restanti le ore di accessibilità non sono mai inferiori alle 4 giornaliere. Nei giorni pre-festivi non è prevista nelle ASL 3, 4 e 8. In 1 Distretto della ASL 2 l'accessibilità telefonica nei giorni pre-festivi è assicurata solo per l'ospedalizzazione oncologica domiciliare.

E' compito delle ASL attivarsi per porre in essere la pronta disponibilità e reperibilità, al fine di garantire una continuità assistenziale ed evitare i ricoveri impropri.

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

Il PdA inserisce tra le opzioni strategiche dell'obiettivo operativo "Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno" la valorizzazione delle risorse informali della comunità e la responsabilizzazione e l'accrescimento delle competenze dei *care-giver* non professionali coinvolti nei processi di cura e assistenza, al fine di garantire sostegno e supporto all'assistito e alla sua famiglia ed alleviarne il carico assistenziale.

Già a partire dal 2006 sono state promosse iniziative volte alla qualificazione e alla crescita professionale delle assistenti familiari, oltre che alla regolarizzazione dei rapporti di lavoro. In particolare, con la DGR n. 45/24 del 7.11.2006<sup>5</sup> è stata finanziata l'istituzione, presso gli Ambiti PLUS, di Registri pubblici delle assistenti familiari (badanti); al momento attuale risultano attivati in 22 Ambiti su 25. Gli iscritti nei Registri risultano essere circa 2300<sup>6</sup>.

Con deliberazioni successive<sup>7</sup> sono state stanziati ulteriori risorse a favore degli Ambiti territoriali per il potenziamento della Rete pubblica delle assistenti familiari attraverso azioni di formazione per l'acquisizione e il rafforzamento delle loro competenze tecnico-professionali e/o di accompagnamento nella gestione degli aspetti connessi alla corretta e regolare instaurazione dei rapporti contrattuali/lavorativi. Per ciò che concerne la collaborazione e il coinvolgimento del volontariato nel sistema delle CDI, risulta che 5 Distretti hanno sottoscritto degli specifici protocolli operativi con associazioni attive nei territori di riferimento: 1 nella ASL 2, 2 nella ASL 5 e 3 nella ASL 6. Risulta aumentato rispetto alla rilevazione precedente sia il numero di Distretti che ha attivato accordi di collaborazione con associazioni di volontariato sia il numero dei protocolli sottoscritti.

Ob. Operativo	Azione Strategica	Fonte di finanziamento	Stanziamento totale (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
2.7	2.7.4	Fondo Nazionale Non Autosufficienza - DGR 44/13 del 31.10.2007	700.000	Det. 831 del 1.12.2007	700.000	100%	665.000	95%

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

Non si è ancora provveduto all'attivazione dei voucher di sostegno alle famiglie con anziani inseriti in percorsi 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 previsti nel Piano d'Azione. Tuttavia, già con DGR n. 42/11 del 4.10.2006, la Regione ha avviato il Programma sperimentale regionale "Ritornare a casa"<sup>8</sup> destinando la somma di 5.000.000 euro per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008, al finanziamento di progetti personalizzati finalizzati a favorire il rientro in famiglia o nella comunità di appartenenza di persone inserite in strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitario, prevenire l'istituzionalizzazione e promuovere la domiciliarità degli interventi assistenziali. In considerazione del crescente numero di richieste di intervento, con deliberazioni successive sono state stanziati ulteriori risorse<sup>9</sup> e ridefiniti i destinatari del Programma, individuandoli esclusivamente nelle

<sup>5</sup> La deliberazione stanziava inoltre 490.000€ per la realizzazione di due programmi pilota nei Comuni di Cagliari e Sassari, da avviarsi in raccordo con le ASL di riferimento, per sperimentare modalità e forme di sostegno a favore di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti che necessitavano di un assistente familiare

<sup>6</sup> Il dato sul numero degli iscritti è stato fornito dagli Ambiti (e aggiornati a giugno 2010) o ricavato dall'esame dei Registri pubblicati online, alcuni dei quali risultano aggiornati al 2009.

<sup>7</sup> DGR n. n. 44/13 del 31 ottobre 2007 (700.000€).

<sup>8</sup> Di cui al comma 1, art. 17, L.R. n. 4/2006.

<sup>9</sup> DGR n. 8/9 del 5.02.2008 (5.000.000 €); DGR n. 28/12 del 19.6.2009 (5.000.000 € ad integrazione dei fondi stanziati con L.R. n. 1/2009 – finanziaria 2009).

persone che necessitano di un carico assistenziale “molto elevato”<sup>10</sup>. Per ogni progetto può essere erogato un contributo annuo di massimo 20.000 euro, definito in base al livello di assistenza necessaria ed alla situazione economica del nucleo familiare del beneficiario, individuata in base all’Isee. Può inoltre essere assegnato un finanziamento straordinario integrativo, fino a 9.000 euro all’anno<sup>11</sup>, in caso di situazioni particolarmente gravi che richiedono un significativo carico assistenziale. Il finanziamento straordinario è destinato alla copertura delle spese, anche indirettamente correlate alla malattia, quali il pagamento delle utenze, l’adeguamento dei locali e l’alimentazione differenziata. La realizzazione del Programma presuppone uno stretto raccordo tra Aziende Sanitarie e Servizi Sociali Comunali<sup>12</sup>.

Il progetto personalizzato di intervento viene infatti predisposto in maniera congiunta, coinvolgendo l’UVT per la valutazione multidimensionale del bisogno, promuovendo l’integrazione e il coordinamento tra le prestazioni di cure domiciliari erogate dalle ASL e gli interventi di natura sociale garantiti dai Comuni e favorendo un coinvolgimento attivo e responsabile delle reti parentali e degli organismi di solidarietà e di volontariato. Il numero dei Progetti finanziati è progressivamente aumentato nel corso degli anni, nonostante la maggiore rigidità e selettività dei criteri per l’accesso, passando dai 378 finanziati nella prima annualità, ai 1005 (per un ammontare pari a €12.649.735 oltre a € 69.813 di finanziamenti aggiuntivi concessi a 17 utenti in condizioni di particolare gravità) nel 2009. Nel 2010 risultano esser stati spesi, al mese di ottobre, complessivamente € 12.709.232 per il finanziamento di 949 progetti di intervento, a cui si aggiungono € 149.513 di finanziamenti aggiuntivi concessi a 27 utenti in condizioni di particolare gravità.

Una quota consistente dei destinatari del Programma è costituita da soggetti appartenenti a classi di età molto avanzate: al 30.04.2009 più del 70% dei progetti finanziati riguardava persone con oltre 70 anni d’età. Rientra nell’ambito della strategia regionale orientata allo sviluppo della domiciliarità dei servizi alla persona e al supporto alle famiglie nell’attività di cura, anche il finanziamento di piani personalizzati di intervento in favore di persone con grave disabilità (L.162/98). La DGR n. 51/37 del 20.12.2007, che interviene in materia, introduce due diverse linee di intervento di cui una specificatamente dedicata alla conservazione di buoni livelli di autonomia e alla permanenza nell’ambito familiare di anziani non autosufficienti. I progetti personalizzati presentati e finanziati sono costantemente aumentati nel corso degli anni e quelli relativi a cittadini anziani, attualmente in corso di realizzazione, risultano essere 11.942 e oltre 5.000 sono le richieste pervenute nel 2010 per l’attivazione di nuovi progetti.

I cittadini di età superiore ai 65 anni con disabilità grave (art. 3, comma 3 L. 104/92), che raggiungano un punteggio superiore a 75 secondo i criteri di valutazione utilizzati per il finanziamento dei piani personalizzati L. 162/98, con un ISEE non superiore ai 32.000 euro annui possono beneficiare di un contributo economico di € 3000<sup>13</sup> annui per potersi avvalere dell’aiuto di un assistente familiare assunto con regolare contratto di lavoro per un minimo di 6 ore giornaliere per 6 giorni settimanali<sup>14</sup>.

Nel periodo 1.1.2008 - 30.04.2010 risultano essere stati liquidati € 336.000,00 per complessivi 112 progetti per tali interventi economici di cui: 13 relativi al 2008, 77 al 2009 e 22 ai primi 3 mesi del 2010. Di recente, con DGR n. 34/30 del 18 ottobre 2010 sono stati ridefiniti i criteri per la valutazione e l’ammissione al finanziamento regionale dei programmi personalizzati di cui alla L. 162/1998. E’ inoltre in fase di discussione la proposta di sottoporre a valutazione multidimensionale da parte dell’UVT le istanze di attivazione di un progetto di assistenza ex L. 162, analogamente a quanto accade nell’ambito del Programma “Ritornare a casa” anche ai fini di una maggiore integrazione degli interventi con le CDI erogate dalle Aziende.

La Regione ha inoltre provveduto alla pubblicazione dell’avviso pubblico “Nella vita e nella casa”<sup>15</sup>, che prevede il finanziamento di progetti personalizzati a favore di persone con disabilità o in situazione di non

---

<sup>10</sup> Persone dimesse da strutture residenziali dopo un periodo di ricovero non inferiore a 12 mesi; con gravi patologie degenerative non reversibili in ventilazione assistita o coma; che si trovano nella fase terminale della loro vita; con grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDR (*Clinical Dementia Rating Scale*) con punteggio 5 (DGR n. 28/12 del 19.05.2009).

<sup>11</sup> L’importo massimo del finanziamento aggiuntivo è stato elevato da 4.000€ a 9.000€ dalla DGR n. 22/10 del 11.06.2010

<sup>12</sup> Dal Luglio 2008 i Comuni sono inoltre chiamati a un cofinanziamento per una quota non inferiore al 20 per cento del costo complessivo di ogni singolo progetto.

<sup>13</sup> Il contributo non è cumulabile con analoghi finanziamenti concessi nell’ambito del programma sperimentale “Ritornare a casa”

<sup>14</sup> DGR n. 44/13 del 31.10.2007

<sup>15</sup> Determinazione n. 5135/257 del 8.05.2009 e n. 8320/424 del 20.07.2009.

autosufficienza certificata, che contemplino interventi di domotica per l'adattamento dell'ambiente o l'acquisto e l'installazione di ausili tecnologici.

Ob. Operativo	Azione Strategica	Fonte di finanziamento	Stanziamento totale (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
2.7	2.7.5	PO FSE Sardegna 2007-13 - Asse I - B 1.3	6.000.000		0	0%	0	0%

## **OBIETTIVO OPERATIVO 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**

Attraverso un'intensa attività di monitoraggio sui ricoveri ospedalieri è possibile valutare l'efficacia e l'incisività della Medicina Territoriale, in cui rientrano anche le CDI, ma risulta quasi impossibile scorporare l'attività delle CDI dal resto dell'attività territoriale. Valutando l'ospedalizzazione negli 65+, nel triennio 2007-2009, si può facilmente individuare un trend in diminuzione, come visionabile nella tabella 12 in Allegato.

Se si scende più nel dettaglio e si va a valutare l'ospedalizzazione Over 65 in base alla ripartizione per capitolo ICD9-CM presente come diagnosi principale alla dimissione, si osserva, a fronte di un generale trend positivo alcune eccezioni (Disturbi nutrizionali; Malattie del sangue e organi ematopoietici, Disturbi psichici, Malattie dell'apparato respiratorio, Traumatismi e avvelenamenti), come visionabile nella Tabella 13 in Allegato.

Per valutare, poi, l'Ospedalizzazione evitabile si sono analizzati alcuni indicatori (Tabella 14 in Allegato), quali i ricoveri di tipo Medico in regime Diurno ed i ricoveri per Asma, Diabete e Scopenso cardiaco, proxy di una errata ospedalizzazione.

Tutti gli indicatori presi in considerazione mostrano un chiaro trend positivo, indice, da un lato, di una diminuzione nelle ospedalizzazioni improprie, e dall'altro di un miglioramento sia nell'offerta che nella fruizione dei servizi territoriali da parte degli utenti.

### **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**

Dai dati rilevati, possiamo ritenere, che vi sia ormai una diffusa consapevolezza della opportunità di prevedere percorsi strutturati di collaborazione tra Territorio e Ospedali, che vadano oltre le collaborazioni professionali tra gli operatori dei servizi. Le aree di intervento sono indirizzate ad implementare sia le "Dimissioni Protette", che gli "interventi assistenziali" veri e propri, al fine di garantire la continuità assistenziale dei pazienti con bisogni di assistenza sanitaria di alta intensità. In 18 Distretti su 22 hanno attivato protocolli operativi di Dimissioni Protette, a garanzia di un passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura all'altro; in alcuni casi trattasi di accordi o protocolli finalizzati non solo alle dimissioni accompagnate ma anche all'assistenza a domicilio dei pazienti in condizioni di criticità, soprattutto per patologie che necessitano di interventi con apparecchiature complesse, ad esempio la Ventilazione Meccanica Assistita nei pazienti con SLA. Questi accordi prevedono, in genere, l'utilizzo di personale medico ed infermieristico provenienti dalle U. O. Ospedaliere di rianimazione, che prestano gli interventi domiciliari per i Servizi di Cure Domiciliari, con il superamento della vecchia concezione della ospedalizzazione

domiciliare. Spesso tali Accordi servono a definire le condizioni che consentono di prestare tali cure in condizioni di sicurezza per i pazienti e per il personale coinvolto (tempi di dimissione; copertura dell'assistenza, responsabilità clinica, attività di supporto).

Inoltre nella quasi totalità dei Distretti (18 su 22) sono state attivate "corsie preferenziali", facilitanti l'accesso alle cure dei pazienti assistiti a domicilio, in questo caso le linee di intervento tra le diverse ASL sono abbastanza disomogenee e riguardano varie tipologie di interventi dalle trasfusioni ematiche e /o di derivati, agli esami di diagnostica strumentale o di laboratorio, alle consulenze specialistiche o ad alcune pratiche invasive come paracentesi, dialisi etc.

### 2.8.3 Attivazione degli ospedali di comunità di Ittiri e Thiesi

Tale linea di attività non è stata, al momento, portata avanti. Nel prossimo futuro sarà comunque oggetto di valutazione.

Ob. Operativo	Azione Strategica	Fonte di finanziamento	Stanziamento totale (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
2.8	2.8.3	DGR 40/25 del 9.10.2007	3.000.000		0	0%	0	0%

## OBIETTIVO OPERATIVO 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 di moduli specifici sulla rete dei servizi sociosanitari territoriali.

Non è stata ancora definita alcuna intesa con gli 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.

### 2.9.2 Consolidamento e arricchimento dei percorsi formativi per operatori sociosanitari

La Regione ha recentemente bandito con determinazione n. 27182 /3102/F.P. del 27.07.2010 la gara per la realizzazione di corsi di formazione per Operatore Socio Sanitario (OSS). Sono stati stanziati € 7.602.000,00 (a valere sulla DGR n. 62/32 del 14.11.2008) per il conseguimento della qualifica per circa 600 disoccupati e per la realizzazione di corsi di formazione complementare in assistenza sanitaria riservati a circa 300 occupati già in possesso della qualifica di OSS. Dal bando non si evince un'attenzione particolare ai temi delle CDI. E' comunque positivo che venga potenziata l'offerta di figure professionali qualificate.

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

Nel corso del 2009 non si è provveduto all'arricchimento dei percorsi formativi per i MMG finalizzati a sviluppare le conoscenze in materia di lavoro di rete, metodologia della valutazione multidimensionale e lavoro in équipe per le CDI.

Nella seguente tabella sono evidenziati i dati riepilogativi relativi all'attuazione delle azioni strategiche finanziate in ambito regionale:



Tabella 4: Avanzamento finanziario

Obiettivo operativo	Azioni strategiche	Fonte di finanziamento	Stanziamiento totale € (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
<b>2.5 Facilitare l'accesso dell'utente ai servizi sociosanitario</b>	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	<b>400.000</b>	Det. 1255 del 31.12.2008	400.000	100%	0	0
<b>2.6 Migliorare l'organizzazione del servizio</b>	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				
<b>2.6 Migliorare l'organizzazione del servizio</b>	2.6.2 Potenziamento dei Posti Unici di Accesso e delle UVT e delle Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate	Fondo nazionale Non Autosufficienza - DGR 44/11 del 31.10.2007	12.400.000	Det. 784 Del 11.11.2008	2.561.285	21%	2.303.671	19%
		L:R: n. 3 del 5.3.2008, art 8	15.000.000	Det. 1126 del 3.12.2008 - Det. 1056 frl 15.12.2008	5.000.000	33%	5.000.000	33%
		<b>Totale 2.6.2</b>	<b>27.400.000</b>		<b>7.561.285</b>	<b>28%</b>	<b>7.303.671</b>	<b>27%</b>
	2.6.3 Attivazione e potenziamento degli Uffici di Piano in tutti i Distretti sociosanitari	Fondo regionale Sistema integrato servizi alla persona - DGR 27/5 del 3.5.2008	9.600.000	Det 355 del 23.6.2009	1.600.000		1.145.530	12%
				Det 345 del 26.05.2010	1.600.000		1.600.000	17%
		<b>Totale 2.6.3</b>	<b>9.600.000</b>		<b>3.200.000</b>	<b>33%</b>	<b>2.745.530</b>	<b>29%</b>
		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	DGR 44/11 del 31.10.2007	161.285	Det 784 del 11.11.2008	161.285	100%	0	0%
		PO FESR Sardegna 2007/13- 1.2.1 a)	1.000.000		0	0%	0	0%
		PO FSE Sardegna 2007/13-Asse III - G 4.1	250.000		0	0%	0	0%
<b>Totale 2.6.4</b>		<b>1.411.285</b>		<b>161.285</b>	<b>11%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	

Obiettivo operativo	Azioni strategiche	Fonte di finanziamento	Stanziamento totale € (A)	Attuazione					
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A	
<b>2.6 Migliorare l'organizzazione del servizio</b>	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		0	0%	0	0%	
	2.6.6 Definizione di un modello unitario regionale di Valutazione Multidimensionale e di inquadramento nei profili assistenziali	AT Amm.ne Centrale		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							
	<b>TOTALE Obiettivo Operativo 2.6</b>			<b>58.411.285</b>		<b>10.922.570</b>	<b>19%</b>	<b>10.049.201</b>	<b>17%</b>
	<b>2.7 Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno</b>	2.7.1 Potenziamento del ruolo e delle responsabilità del medico di medicina generale	DGR n. 17/1 del 2008 (approva il Contratto Integrativo Regionale della medicina generale)	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	800.000	28,57%	800.000	28,57%
2.7.2 Garanzia della continuità dell'assistenza a domicilio nei giorni festivi e prefestivi		DGR n. 17/1 del 2008	440.000		0	0,00%	0	0,00%	
<b>2.7 Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno</b>	2.7.3 Garanzia della continuità della attività di coordinamento del servizio								

Obiettivo operativo	Azioni strategiche	Fonte di finanziamento	Stanziamiento totale € (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
	2.7.4 Coordinamento delle risorse umane non professionali (volontariato e assistenti familiari) coinvolte nei processi di cura e assistenza	Fondo nazionale Non Autosufficienza - DGR 44/11 del 31.10.2007	700.000	Det 831 del 1.12.2007	700.000	100%	665.000	95%
	2.7.5 Rafforzamento dell'offerta di servizi e domicilio mediante interventi di sostegno alle famiglie	PO FSE Sardegna 2007/13-Asse I - B 1.3	6.000.000		0	0%	0	0%
	<b>TOTALE Obiettivo Operativo 2.7</b>		<b>9.940.000</b>		<b>1.500.000</b>	<b>15%</b>	<b>1.465.000</b>	<b>15%</b>
<b>2.8 Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati attraverso l'integrazione tra le cure domiciliari e l'assistenza ospedaliera</b>	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 Presidii Ospedalieri per le dimissioni protette e per l'attivazione di corsie preferenziali per l'accesso alle strutture ospedaliere dei pazienti in Cure Domiciliari Integrate.							
<b>2.8 Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati attraverso l'integrazione tra le cure domiciliari e l'assistenza ospedaliera</b>	2.8.3 Attivazione degli ospedali di comunità di Ittiri e Thiesi	DGR 40/25 del 9.10.2007	3.000.000		0	0%	0	0%
	<b>TOTALE Obiettivo Operativo 2.8</b>		<b>3.000.000</b>		<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

Obiettivo operativo	Azioni strategiche	Fonte di finanziamento	Stanziamiento totale € (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
<b>2.9 Migliorare l'approccio culturale dei professionisti e degli operatori del settore</b>	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 moduli specifici sulla rete dei servizi sociosanitari territoriali							
	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							
<b>TOTALE</b>			<b>71.751.285</b>		<b>12.822.570</b>	<b>18%</b>	<b>11.514.201</b>	<b>16%</b>

Si riportano, nella Tabella seguente n. 5, gli Indicatori di realizzazione per il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi del PdA, con il valore previsto per l'anno 2013 e quello raggiunto nel 2010.

Tabella n. 5: Indicatori di realizzazione

Obiettivi Operativi	Indicatore di realizzazione	Unità di misura	2009	2010	Target 2013
2.5 Facilitare l'accesso dell'utente ai servizi socio-sanitari	Campagne informative realizzate	Numero	0	0	2
2.6 Migliorare l'organizzazione del servizio	Modello Unitario di PUA e di UVT	Numero	0	1	1
	Distretti sociosanitari che hanno inserito il PUA nel percorso di Cure Domiciliari Integrate	Numero	17	17	22
	Distretti sociosanitari che hanno attivato l'Unità Operativa distrettuale di Cure Domiciliari	Numero	22	22	22
	Distretti sociosanitari che hanno attivato l'Ufficio di Piano	Numero	19	22	22
	Protocolli operativi tra ASL ed Enti Locali operanti in forma associata attivati	Numero	18	18	22
	Corsi di formazione realizzati (su scala regionale)	Numero	0	0	8
	Case della Salute realizzate	Numero	1	1	18
	Modello Unitario di Valutazione Multidimensionale	Numero	0	1	1
	Distretti sociosanitari che garantiscono l'erogazione diretta di farmaci	Numero	16	22	22
	Definizione di standard quantitativi in rapporto al carico assistenziale per l'infermiere professionale	Numero	7	7	8
2.7 Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno	Incrementi accessi del MMG rispetto al 2006	Numero	-	15.000	15.000
	Protocolli operativi di integrazione con il servizio di continuità assistenziale attivati	Numero	5	5	22
	Accordi con il volontariato da parte delle ASL e degli Enti Locali	Numero	6	5	5
2.8 Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati attraverso l'integrazione tra CDI e assistenza ospedaliera	Protocolli operativi attivati tra Distretti e presidi ospedalieri	Numero	20	18	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	0	2

### 3 CRITICITÀ E SOLUZIONI

Alcuni degli aspetti di criticità segnalati nel RAOS 2009 continuano a permanere, ma è auspicabile che alcune delle azioni messe in campo nell'ultimo anno possano contribuire al loro graduale superamento.

Si riportano di seguito i principali punti di debolezza che si ritiene possano aver rallentato maggiormente l'implementazione della strategia delineata nel PdA:

- **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;**

Permangono ancora delle difformità tra le Aziende e, spesso, anche tra Distretti afferenti alla medesima Azienda circa i tempi di realizzazione della VMD e di attivazione dei PAI, oltre che nella copertura settimanale e/o oraria dell'assistenza infermieristica domiciliare. Le linee guida su PUA e UVT, di recente emanazione, sono intervenute su alcuni di questi aspetti definendo, ad esempio, i tempi standard sia per la VMD che per l'attuazione dei PAI, a cui le Aziende sono chiamate ad uniformarsi. Si ritiene pertanto che, i documenti prodotti, se adeguatamente applicati, potranno contribuire ad una omogeneizzazione "procedurale" dei percorsi assistenziali delle CDI.

- **Frammentarietà del percorso assistenziale nell'ambito del sistema sanitario e sociale e insufficiente partecipazione dell'Assistente Sociale dei Servizi Sociali comunali alla valutazione multidimensionale nell'ambito della UVT;**

Come si è già avuto modo di evidenziare all'interno del documento, continuano a permanere delle difficoltà nell'interazione tra sistema dei servizi sociali e sistema dei servizi sanitari.

La limitata presenza degli Uffici di Piano nel processo delle CDI continua a rappresentare un punto di debolezza, dato il ruolo di promotore dell'integrazione socio sanitaria attribuito a tale organismo dalla vigente normativa regionale.

Si sono probabilmente scontate da questo punto di vista le iniziali difficoltà da parte degli Ambiti a strutturare e rendere operativi gli UPGA e, più in generale, a implementare il sistema di *governance* delle politiche socio-sanitarie disegnato dalla normativa regionale. Questo infatti presupponeva un grado di maturità e consapevolezza tecnico-istituzionale e una piattaforma organizzativa che non in tutti i Distretti si è rivelata adeguata a sostenere le spinte di innovazione e cambiamento che le disposizioni normative imponevano e sollecitavano.

Si ritiene che le nuove linee guida sui PLUS, unitamente a quelle sul funzionamento del PUA e soprattutto dell'UVT, che rendono obbligatoria la presenza dell'assistente sociale del comune o dell'Ambito territoriale nel nucleo base della UVT, possano contribuire a rafforzare il processo di sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, sia a livello istituzionale che operativo.

- **Difficoltà a garantire la continuità assistenziale;**

Risulta evidente la necessità di Linee guida condivise relativamente a corsie preferenziali di assistenza ospedaliera e territoriale per pazienti in ADI e di procedure uniformi per le dimissioni protette, che saranno oggetto di prossima preparazione e divulgazione.

- **Debole cultura sulla presa in carico globale e sulla VMD;**

La strada da percorrere è senza dubbio quello di sensibilizzare le Direzioni aziendali per consentire un'effettiva applicazione delle procedure e degli strumenti individuati.

- **Insufficiente integrazione istituzionale e professionale, in particolare con il MMG, e difficoltà dello stesso ad assumere il ruolo di coordinatore degli interventi;**
- **Permangono criticità nell'erogazione diretta di farmaci, ausili e presidi al domicilio del paziente;**

Risultano necessarie delle linee guide per lo snellimento e l'omogeneizzazione delle procedure di erogazione su tutto il territorio regionale.

- **Inadeguatezza del sistema informativo attuale nella raccolta, elaborazione dei dati atti a descrivere l'effettivo panorama di cure domiciliari;**
- **Disomogeneità nella rilevazione e trasmissione dei dati con conseguente difficoltà a ricostruire l'effettivo stato dell'arte delle CDI presso le singole Aziende, a livello regionale ed a monitorarne l'andamento;**

Il problema della disomogeneità dei dati pervade la base informativa, qualsiasi sia l'oggetto della rilevazione (casi trattati, ore di assistenza erogata, numero di accessi, costi sostenuti) e costituisce quindi una grossa debolezza del sistema. In particolare sono state riscontrate difformità nei criteri di compilazione del modello FLS21 e del Quadro LA relativo ai costi sostenuti per le CDI. Si ritiene pertanto necessario, anche ai fini di un costante ed efficace monitoraggio dell'andamento delle CDI, prevedere degli interventi migliorativi nel sistema di raccolta, sistematizzazione e trasmissione dei dati.

## 4 L'AGGIORNAMENTO DELLA STRATEGIA

Considerate le azioni previste nel PdA, ad oggi non si intende effettuare una revisione della strategia, bensì, considerata la tipologia di criticità emerse, un rafforzamento della stessa nelle fasi di concertazione e confronto con i soggetti coinvolti ed un potenziamento della governance del sistema. Considerato che il processo attuativo del PdA seguirà un percorso incrementale, il cui sviluppo è fortemente condizionato dalle strategie collaborative che il settore sanitario e il settore sociale ai vari livelli di governo (regionale e locale) dovranno porre in essere, l'elaborazione di Linee guida regionali, come quelle di recente emanazione, e la messa in atto di azioni di supporto e accompagnamento alla loro attuazione costituisce la tappa fondamentale per la definizione del sistema di governance delle azioni e lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria.

Per favorire l'integrazione sarà avviato in ogni ASL un percorso di formazione residenziale integrato e obbligatorio tra uffici di piano, assistenti sociali dei comuni, personale dei PUA, UVT, delle Unità Operative CDI e di MMG/PLS. Tale percorso di formazione, svolto in comunione con le Amministrazioni Provinciali e sotto l'egida del PLUS, dovrebbe essere la chiave di volta per stabilire i rispettivi ruoli, la governance del sistema e l'integrazione operativa.

Verranno inoltre redatte linee guida relative ai percorsi integrati (a livello distrettuale) tra uffici di piano e PUA e tra componenti degli uffici di piano e UVT in modo da creare sinergie vincolanti tra le diverse parti.

Altra strategia fondamentale che la Regione intende perseguire riguarda la distribuzione delle risorse legate alla premialità intermedia alle Aziende Sanitarie attraverso la definizione di specifici criteri; in particolare, al fine di ridurre l'intensità dei divari tra territori in termini di qualità e disponibilità di servizi per i cittadini, la politica regionale è mirata alla crescita delle aree in ritardo di sviluppo. Si terrà, quindi, conto sia della dimensione della popolazione che di criteri pesati sulla base delle maggiori condizioni di svantaggio legate all'offerta territoriale dei servizi sociosanitari che delle criticità geografiche e logistiche del territorio.

La Regione perseguirà l'obiettivo generale del PdA anche attraverso l'implementazione di un sistema per la valutazione di risultato dei Direttori Generali delle ASL, connesso ad un sistema premiante, che tenga conto del raggiungimento da parte di ciascuna ASL degli obiettivi previsti e che consenta sia di rilevare e aggiornare costantemente tutte le informazioni utili a render conto dello stato attuativo degli interventi e, al contempo, di rilevare gli scostamenti ed individuare i meccanismi correttivi da apporre in corso d'opera. Tale attività accompagna l'intero processo attuativo del PdA e prevede una valutazione periodica (semestrale) dei risultati raggiunti, utilizzando i dati via via acquisiti. Tale azione, già individuata come strategica nel PdA, verrà perseguita anche attraverso una migliore definizione dei flussi informativi e un potenziamento ed ampliamento delle funzionalità del Sistema Informativo regionale (SISaR).

Si ritiene inoltre necessario, a garanzia della continuità assistenziale, uniformare le procedure per le dimissioni protette, definendo un modello di protocollo operativo/accordo di collaborazione tra Servizi territoriali e Servizi ospedalieri che vada a completare le linee guida su PUA e UVT di recente emanazione. Si valuta altresì opportuno fornire indirizzi ai fini dell'individuazione e formalizzazione presso le ASL di corsie preferenziali di assistenza ospedaliera e territoriale per pazienti in CDI.

E' inoltre intenzione dell'Amministrazione Regionale accompagnare l'attuazione del PdA con la pianificazione e realizzazione, su scala regionale, di azioni di formazione e informazione rivolte a tutti gli attori che a diversi livelli intervengono nel sistema delle CDI, allo scopo di condividere e



diffondere conoscenza sulle strategie adottate, i modelli e gli strumenti proposti e creare, in tal modo, i necessari presupposti ad una loro effettiva applicazione.

Le risorse della premialità intermedia verranno utilizzate per garantire la continuità assistenziale attraverso una integrazione tra l'Ospedale, i Servizi Distrettuali, i Medici di famiglia, con il coinvolgimento dei Gruppi di interesse della Comunità Locale per la definizione di percorsi assistenziali condivisi che vedano coinvolte le figure professionali che operano in ambiente ospedaliero e in ambito territoriale, e che tengano conto dell'espressione dei bisogni della comunità.

Le risorse verranno inoltre utilizzate per far fronte alle ulteriori criticità rilevate nel presente documento, con particolare riferimento ad azioni che favoriscano:

1. la conoscenza dei cittadini circa il complesso dei servizi offerti e l'orientamento delle famiglie e degli utenti;
2. l'omogeneizzazione dell'erogazione del servizio di cure domiciliari nel territorio regionale;
3. il rafforzamento della cultura sulla presa in carico globale e sulla VMD;
4. l'omogeneizzazione delle procedure di erogazione diretta di farmaci, ausili e presidi al domicilio del paziente su tutto il territorio regionale.

L'Amministrazione ha ritenuto non opportuno attivare un sistema formale di premialità considerando che l'impegno e la dedizione dimostrati dalle singole ASL nel perseguimento degli obiettivi previsti dal PdA sia tale da consentire, anche tenuto conto delle ingenti risorse dedicate al potenziamento delle CDI, il raggiungimento dell'obiettivo finale previsto a livello regionale.

## ALLEGATO

**Tabella 6:** Numero di casi tratti per ASL. Fonte: Sistema Informativo Sanitario Nazionale FLS21

ASL	ANNO 2008			ANNO 2009			Variazione casi anziani	Variazione % casi anziani sul totale
	N casi trattati in ADI	N casi trattati anziani	% casi anziani sul totale	N casi trattati in ADI	N casi trattati anziani	% casi anziani sul totale		
ASL1 Sassari	856	644	75	1.723	1.371	80	+727	+5
ASL2 Olbia	314	271	86	433	367	85	+96	-1
ASL3 Nuoro	1.592	910	57	1.470	852	58	-58	+1
ASL4 Lanusei	527	481	91	458	254	55	-227	-36
ASL5 Oristano	1.179	703	60	1.391	1.006	72	+303	+12
ASL6 Sanluri	469	384	82	554	436	79	+52	-3
ASL7 Carbonia	855	682	80	736	620	84	-62	-4
ASL8 Cagliari	2.657	2.227	84	2.948	2.495	85	+268	+1
<b>Regione</b>	<b>8449</b>	<b>6302</b>	<b>75</b>	<b>9852</b>	<b>7.550</b>	<b>77</b>	<b>+1248</b>	<b>+2</b>

**Tabella 7:** costi delle Cure Domiciliari Integrate – Fonte scheda di rilevazione RAS.

ASL	Consumi e manutenzioni di servizio		Costi per acquisti di servizio					Personale			Ammortamenti	Sopravvenienze	Altri	Totale
	sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari	ruolo sanitario	ruolo prof.	ruolo tecnico	ruolo amm.					
<b>ASL1</b>	644.844	0	3.099.573	0	0	1.557.405	0	17.645	0	0	0	0	5.319.467	
<b>ASL2</b>	178.175	31.658	163.513	0	27.570	892.201	0	16.534	26.851	3.912	0	0	1.340.414	
<b>ASL3</b>	126.000	20.000	490.000	46.000	216.000	1.145.000	4.000	62.000	103.000	2.000	18.000	29.000	2.261.000	
<b>ASL4</b>	0	0	1.656.108	6.495	0	300.900	0	0	10.603	0	0	52.142	2.026.249	
<b>ASL5</b>	355.324	327	0	0	7.833	559.963	0	0	0	0	0	916.466	1.839.913	
<b>ASL6</b>	80.000	0	840.000	99.000	61.000	150.000	0	18.000	24.000	0	0	8.000	1.272.000	
<b>ASL7</b>	534.000	1.000	1.994.000	0	72.000	670.000	1.000	2.000	10.000	2.000	1.000	11.000	3.298.000	
<b>ASL8</b>	101.000	3.000	6.712.000	297.000	315.000	1.015.000	0	0	65.000	0	0	0	8.508.000	
<b>Regione</b>	2.019.343	55.985	14.955.194	448.495	699.403	6.290.469	5.000	98.534	239.454	7.912	19.000	1.016.608	25.873.043	

<sup>16</sup> I costi sono comprensivi di quelli sostenuti per il servizio di ospedalizzazione domiciliare oncologica: 46964 per consumi sanitari; 13157 per consumi non sanitari; 23444 per acquisto di prestazioni sanitarie; 419648 per il personale del ruolo sanitario; 3912 ammortamenti.

**Tabella 8:** distribuzione delle giornate-uomo (gg/u) per le diverse figure professionali che compongono il PUA

ASL	Assistenti Sociali			Medici distrettuali			Infermieri			Amministrativo			Altro			Complessivo 2008	Complessivo 2009	Diff.
	2008	2009	Diff.	2008	2009	Diff.	2008	2009	Diff.	2008	2009	Diff.	2008	2009	Diff.			
ASL1	104	104	0	626	626	0	1409	1409	0	626	626	0	125	125	0	2890	2890	0
ASL2	0	0	0	416	465	49	0	135	135	266	266	0	0	0	0	682	866	184
ASL3	264	264	0	0	0	0	0	0	0	264	264	0	0	0	0	528	528	0
ASL4	260	364	104	260	260	0	260	0	-260	0	0	0	0	0	0	780	624	-156
ASL5	512	583	71	506	591	85	741	716	-25	325	254	-71	108	81	-27	2121	2225	104
ASL6	80	95	15	84	100	16	0	0	0	120	220	100	0	0	0	284	415	131
ASL7	52	104	52	104	208	104	104	208	104	156	260	104	104	208	104	520	988	468
ASL8	1040	1128	88	3568	3568	0	960	960	0	1440	1528	88	240	480	240	7248	7664	416
<b>Totale</b>	<b>2312</b>	<b>2642</b>	<b>330</b>	<b>5564</b>	<b>5818</b>	<b>254</b>	<b>3474</b>	<b>3428</b>	<b>-46</b>	<b>3197</b>	<b>3418</b>	<b>221</b>	<b>577</b>	<b>894</b>	<b>317</b>	<b>15053</b>	<b>16200</b>	<b>1076</b>

**Tabella 9:** numero di operatori che svolgono attività di assistenza a domicilio per figura professionale – confronto anni 2009-2010

ASL	MMG			Medici specialisti			Infermieri			Terapisti della riabilitazione			Altri operatori 2010*	Totale operatori	
	2009	2010	Diff.	2009	2010	Diff.	2009	2010	Diff.	2009	2010	Diff.		2009	2010
ASL1	341	NA	NA	17	11	-6	46	32	-14	17	17	0	9	421	69
ASL2	78	NA	NA	ND	0	NA	9	18	9	ND	0	NA	4	9	22
ASL3	110	NA	NA	3	8	5	16	16	0	ND	0	NA	11	129	35
ASL4	50	NA	NA	26	2	-24	15	15	0	14	15	1	5	105	37
ASL5	115	NA	NA	14	3	-11	47	95	48	1	0	-1	0	177	98
ASL6	91	95	4	45	31	-14	43	30	-13	18	15	-3	18	197	189
ASL7	113	NA	NA	14	12	-2	41	39	-2	13	14	1	2	181	67
ASL8	448	NA	NA	12	84	72	70	142	72	50	56	6	4	580	286
<b>Regione</b>	<b>1311</b>	<b>95</b>	<b>4</b>	<b>131</b>	<b>151</b>	<b>20</b>	<b>287</b>	<b>386</b>	<b>100</b>	<b>113</b>	<b>117</b>	<b>4</b>	<b>53</b>	<b>1799</b>	<b>803</b>

**Tabella 10:** Distribuzione farmaci e ausili/presidi per ASL.

ASL	Farmaci			Presidi/Ausili		
	A domicilio	Farm. Terr.	Farm. Conv.	A domicilio	Farm. Terr.	Farm. Conv.
ASL1	X	X (2 Distretti Farm. Osp.)		X		X (solo 1 Distretto)
ASL2	X (solo 1 Distretto)	X	X (solo 1 Distretto)	X	X	X (solo 1 Distretto)
ASL3	X			X		
ASL4	X	X	X	X	X	X
ASL5	X	X		X (tranne 1 Distretto)	X	
ASL6	X	X	X	X	X	X
ASL7	X			X		
ASL8	X	X		X	X (solo 1 Distretto)	X

**Tabella 11:** Numero di accessi per operatore. Fonte: scheda di rilevazione RAS.

ASL	MMG	Medici Specialisti Territoriali	Infermieri	Terapisti della Riabilitazione	Medici Specialisti Ospedalieri	OSS	Altro	Totale
ASL1	13450	862	59738	17327	0	0	741 (253 logopedisti 71 psicologi 417 non specif)	92118
ASL2[1]	3705	163	8919	0	1730	0	85 (psicologo)	14602
ASL3	2512	50	7177	0	0	0	0	9739
ASL4	4700	209	24287	14785	113	0	553 (logopedisti)	44647
ASL5	14302	248	28134	650	118	0	0	43452
ASL6	5985	349	25764	10765	304	5929	66 (psicologo)	49162
ASL7	8980	200	70599	22137	3380	2000	0	107296
ASL8	25944	2757	204734	70683	768	0	0	304886
Regione	79578	4838	429352	136347	6413 B	7929	1445	665902
	84416 A							
	A + B = 80.829							

<sup>1</sup> I dati relativi a Olbia sono comprensivi del numero di accessi effettuati nell'ambito dell'Ospedalizzazione Oncologica domiciliare: 668 MMGG; 2111 infermieri; 1688 medici specialisti ospedalieri; 85 psicologo.

**Tabella 12:** tasso standardizzato per 1000 ab. Over 65 –Rif. Istat 2001

	2007	2008	2009
<b>Tasso std</b>	<b>411</b>	<b>391</b>	<b>363</b>

**Tabella 13:** Ospedalizzazione 65+: ripartizione per capitolo ICD9-CM  
Diagnosi principale alla dimissione.

<b>Capitoli ICD9-CM DGN principale alla dimissione</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	4288	4199	4057
Malattie infettive e parassitarie	1718	1586	1479
Tumori	15498	15607	14948
Malattie endocrine (disturbi della tiroide, diabete,...)	1431	1484	1243
Disturbi nutrizionali	1156	1188	1387
Malattie del sangue e organi ematopeici	2105	2236	2419
Disturbi psichici	1496	1505	1524
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	19212	15652	13531
Malattie del sistema circolatorio	23006	22808	21674
Malattie dell'apparato respiratorio	8761	8648	8951
Malattie dell'apparato digerente	12007	12003	11781
Malattie del sistema genitourinario	7764	7566	7362
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	986	1002	825
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	6682	6835	6286
Malformazioni congenite	250	217	175
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5412	5215	5131
Traumatismi e avvelenamenti	7270	7709	7837
Radio e Chemioterapia	4550	5108	4126
<b>Totale</b>	<b>123592</b>	<b>120568</b>	<b>114736</b>

**Tabella 14:** Ospedalizzazione evitabile Over 65.

Tasso standardizzato per 1000 abitanti Over 65 – Rif. Istat 2001

<b>Indicatori</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Asma	0,6	0,6	0,5
Diabete	2,8	2,8	2,3
Scompenso cardiaco	12,5	12,3	11,7
Diurni Medici	50,9	50,3	45,2