

PROGRAMMA DI SVILUPPO DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE NELLA ASL DI CAGLIARI

(in attuazione delle DGR n. 52/18 del 3.10.2008 e n. 15/24 del 13.04.2010, nell'ambito del Quadro Strategico Nazionale per la politica regionale di sviluppo 2007-2013).

INDICE

- 1. Premessa**
- 2. Contesto normativo, indirizzi e provvedimenti**
 - 2.1. Normativa e linee di indirizzo di carattere nazionale**
 - 2.2. Normativa e linee di indirizzo di carattere regionale**
 - 2.3. Indirizzi e provvedimenti della ASL di Cagliari**
- 3. L'evoluzione dell'Assistenza Domiciliare Integrata nella ASL di Cagliari**
 - 3.1. L'evoluzione del modello organizzativo e di intervento**
 - 3.2. L'evoluzione delle attività**
- 4. Struttura organizzativa e analisi degli aspetti critici**
 - 4.1. Punti di forza e opportunità**
 - 4.2. Criticità e ambiti di miglioramento**
- 5. Piano delle azioni del programma**
 - 5.1. Il modello funzionale**
 - 5.2. Potenziamento e integrazione delle attività**
 - 5.2.1. Sistema PUA-UVT**
 - 5.2.2. UODI**
 - 5.2.3. Erogazione prestazioni alla persona**
 - 5.2.4. Cure domiciliari di 3° livello, cure palliative e terminali**
 - 5.3. Integrazione con le diverse strutture e istituzioni**
 - 5.3.1. Cure Primarie e Dipartimento del Farmaco**
 - 5.3.2. Ospedali/Hospice**
 - 5.3.3. Servizi sociali degli Enti locali**
 - 5.4. Formazione**
 - 5.5. Comunicazione e informazione**

1. Premessa

Il presente documento è stato elaborato dalle Direzioni dei Distretti Sociosanitari in collaborazione con la Direzione del Dipartimento dei Distretti e la Direzione dei Servizi Sociosanitari, in esecuzione delle linee di indirizzo regionali per l'attuazione del piano d'azione relativo al potenziamento delle cure domiciliari integrate, approvato con la DGR n. 52/18 del 3.10.2008 "Adozione del Piano d'azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio 2007/2013", allegato C "Piano d'azione tematico: servizi di cura per gli anziani", rientrante in un programma regionale più vasto finalizzato al perseguimento degli obiettivi inseriti nel "Quadro strategico nazionale per la politica regionale di sviluppo 2007-2013" del giugno 2007 e in attuazione della DGR n. 15/24 del 13.4.2010 "Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari".

Il Piano d'azione individua per la ASL di Cagliari due obiettivi specifici:

1. Obiettivo intermedio al 2009: popolazione anziana (≥ 65 anni) assistita in programmi di cure domiciliari integrate pari almeno al 1,79% degli anziani residenti;
2. Obiettivo finale al 2013: popolazione anziana (≥ 65 anni) assistita in programmi di cure domiciliari integrate pari almeno al 3,5% degli anziani residenti.

L'indicatore di risultato previsto dal Piano d'azione "tasso di anziani assistiti in Cure Domiciliari integrate" misura la presa in carico della popolazione anziana da parte dei servizi di assistenza domiciliare integrata delle ASL. La percentuale di anziani trattati dipende fortemente dalla capacità della rete socio assistenziale e sociosanitaria di farsi carico dei bisogni degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. Un elevato livello di integrazione dei servizi sociosanitari e la capacità dei professionisti delle equipe interdisciplinari, coinvolti nella valutazione multidimensionale, di predisporre e gestire piani di assistenza individuali, sono una delle condizioni essenziali per il raggiungimento di obiettivi assistenziali di appropriatezza ed efficienza. La percentuale di anziani assistiti e curati a domicilio in maniera integrata rappresenta pertanto un indicatore del funzionamento del sistema sociosanitario. In coerenza con questa visione di sistema, il Piano individua alcune azioni strategiche dirette al conseguimento dei seguenti obiettivi operativi:

- a. facilitare l'accesso delle persone ai servizi sociosanitari;
- b. migliorare l'organizzazione del servizio;
- c. potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno;
- d. ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati attraverso l'integrazione tra le cure domiciliari e l'assistenza ospedaliera;
- e. migliorare l'approccio culturale dei professionisti e degli operatori del settore.

Al conseguimento di questi obiettivi specifici è legata l'erogazione di una "premierità" per la Regione e l'adozione di una conseguente "premierità regionale" nei confronti della ASL.

2. Contesto normativo, indirizzi e provvedimenti

2.1. Normativa e linee di indirizzo di carattere nazionale

L'assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare integrata (c.d. cure domiciliari integrate) si è sviluppata ed affermata nel corso degli ultimi 15 anni, in risposta ai mutamenti della società, con la conseguente ridefinizione dei bisogni sociali e sanitari. In particolare, l'allungamento della vita media associato con l'invecchiamento della popolazione, i progressi della medicina e, più in generale, degli interventi di sanità e

igiene pubblica, la prevalenza della morbilità dovuta alle malattie croniche e cronico-degenerative (con progressiva incidenza sulla perdita dell'autonomia delle persone, anziane e non), l'incremento delle opportunità lavorative e di partecipazione sociale attiva della donna, l'affermazione dell'assetto familiare nucleare, monoparentale o individuale (con conseguente riduzione delle capacità di sostegno, protezione e cura offerte in ambito familiare), hanno condotto ad una progressiva valorizzazione del ruolo del territorio nell'assistenza e, nello specifico, delle cure domiciliari integrate.

Gli indirizzi di carattere nazionale hanno fornito indicazioni sullo sviluppo dei servizi, sulla loro diffusione nel territorio e sulla loro articolazione, con una progressiva attenzione allo sviluppo dell'integrazione fra azioni e interventi di carattere sanitario (di pertinenza delle ASL) e socio assistenziale (di pertinenza dei Comuni).

In particolare:

- il Progetto-obiettivo "*Tutela della salute degli anziani 1991-1995*", approvato il 30 gennaio 1992 a stralcio del Piano Sanitario Nazionale (PSN), unitamente al PSN 1994-1996, codifica il termine "*assistenza domiciliare integrata*", fornendo indicazioni volte alla sua attivazione sul territorio;
- il D.Lgs n. 502 del 30.12.1992 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*" definisce "*le prestazioni sociosanitarie e l'area dell'integrazione sociosanitaria*";
- la L n. 662 del 23.12.1996, "*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*", prevede che le Regioni possano fissare un tasso di occupazione dei posti letto superiore al 75 per cento, destinando una quota parte dei risparmi derivanti dalla conseguente riduzione dei posti letto all'assistenza domiciliare a favore di portatori di handicap gravi, di patologie cronico-degenerative in stato avanzato o terminale e degli anziani non autosufficienti; è previsto inoltre che, al fine di contenere le richieste di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero di lunga degenza, le Regioni possano adottare misure di razionalizzazione della spesa sanitaria attraverso il ricorso all'assistenza domiciliare medicalmente assistita;
- Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 dedica particolare attenzione alla necessità di spostare il fulcro dell'assistenza sul territorio, e i principi stabiliti a tal fine includono lo sviluppo di forme assistenziali alternative al ricovero ospedaliero, tra cui l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza socio assistenziale;
- il DPCM 14 febbraio 2001, "*Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria*", prevede che le Cure Domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrino con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia;
- il DPCM 29 novembre 2001, "*Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza*", elenca le prestazioni che fanno capo all'area dell'integrazione socio-sanitaria e precisa che l'erogazione delle stesse va modulata in riferimento a criteri di appropriatezza, al grado di fragilità sociale e di accessibilità;
- il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008 indica gli accordi di programma "ASL-Comuni" previsti dal decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267, quale strumento primario per la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria atta a garantire effettivamente l'Assistenza Domiciliare Integrata.

Le attività relative all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sono anche parte rilevante degli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale che si sono succeduti in questi ultimi anni, il più recente dei quali approvato il 27 maggio 2009. Questi atti, pur non assumendo la funzione di normativa specifica di riferimento, hanno costituito a lungo uno dei principali riferimenti programmatori per l'ADI. L'ACN prevede tra i compiti del medico di medicina generale "*l'assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica*

e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale". Sono delineate tre forme di assistenza domiciliare programmata: a) assistenza domiciliare integrata (ADI); b) assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP); c) assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR).

Una disamina più approfondita dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) è contenuta nel documento "Le indicazioni programmatiche nazionali sul sistema dell'assistenza domiciliare nel SSN" pubblicato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGE.NA.S) nel 2009.

2.2. Normativa e linee di indirizzo di carattere regionale

Gli indirizzi della Regione Sardegna in tema di Cure Domiciliari hanno seguito le indicazioni di carattere nazionale, articolandole nello specifico della realtà normativa, amministrativa, organizzativa e sociosanitaria della Sardegna. In particolare:

- la LR n. 23 del 23.12.2005, "*Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1988. Riordino delle funzioni socio-assistenziali*", disciplina il sistema integrato dei servizi alla persona, definisce il Piano Locale Unitario dei Servizi (PLUS) e ne individua funzioni e procedimenti di adozione; all'art. 32 prevede che i comuni associati e le aziende sanitarie predispongano: "a) punti unitari di accesso ai servizi sociosanitari; b) soluzioni organizzative e protocolli operativi per la valutazione multiprofessionale dei bisogni e l'individuazione dell'operatore responsabile dell'attuazione del progetto assistenziale; c) procedure comuni di elaborazione dei programmi personalizzati di intervento";
- la DGR n. 7/5 del 21.02.2006, "*Istituzione del punto unico di accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale*", istituisce il Punto Unico di Accesso (PUA) la cui funzione è garantire la continuità e la tempestività delle cure alle persone con problemi sociosanitari complessi, cui devono essere fornite risposte multiple di tipo sanitario o socio-sanitario;
- la LR n. 10 del 28.07.2006, "*Tutela della salute e riordino del Servizio Sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5*", all'art. 17 regola l'attività dei servizi sanitari e socio-sanitari del territorio, individuando tra i compiti del Distretto la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi e la fruizione, attraverso i punti unici di accesso, dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, essendo assicurata l'integrazione con i servizi sociali e ospedalieri;
- la DGR n. 42/11 del 4.10.2006, "*Linee di indirizzo per l'attuazione del programma sperimentale Ritornare a casa*", fornisce indicazioni e individua risorse finalizzate ad evitare la istituzionalizzazione e a favorire il rientro delle persone anziane con perdita della propria autonomia presso il proprio domicilio;
- la DGR n. 47/16 del 16.11.2006, "*Riorganizzazione e attuazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Finanziamento di progetti operativi*", al fine di sostenere il processo di riorganizzazione delle cure domiciliari secondo le direttive indicate dalle normative precedenti, destina l'importo di euro 5.000.000 al finanziamento di progetti di assistenza domiciliare integrata presentati dai comuni associati di uno stesso ambito distrettuale, in accordo con l'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio;
- la DGR n. 44/11 del 31.10.2007, "*Fondo per la non autosufficienza: potenziamento dei Punti Unici di Accesso e delle Unità di valutazione territoriale*", destina la quota relativa alla Regione Sardegna del "Fondo nazionale per le non autosufficienze", per l'anno 2007, al potenziamento della rete dei Punti Unici di Accesso (PUA) e delle Unità di Valutazione Territoriale (UVT);

- la DGR n. 51/49 del 20.12.2007, "*Direttive per la riqualificazione delle Cure Domiciliari Integrate. Assegnazione alle Aziende Sanitarie Locali di € 5.000.000 per il potenziamento del servizio*", emana gli indirizzi strategici per una nuova caratterizzazione delle cure domiciliari integrate, e le modalità di organizzazione delle attività, del percorso assistenziale e dei livelli di intensità assistenziale.
- la DGR n. 52/19 del 03.10.2008, "*QSN 2007/2013- Documento Unitario di Programmazione della Regione- Piano d'Azione tematico: Assistenza Domiciliare Integrata per la popolazione anziana*", delinea gli obiettivi di servizio per favorire l'inserimento lavorativo della donna tramite il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare;
- la DGR n. 10/43 del 11.02.2009, "*Linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica e/o in ventilazione assistita*", definisce le modalità di assistenza e cura per le persone con SLA e/o in ventilazione assistita nella fase della perdita totale della propria autonomia, onde assicurare a domicilio l'assistenza con la stessa efficacia ed efficienza dell'ospedale;
- la DGR n. 15/24 del 13.04.2010 "*Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari*", fornisce le linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari per assicurare:
 - l'effettiva attuazione in Regione della DGR n. 7/5 del 21.02.2006 "*Istituzione del punto unico di accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale*";
 - il raggiungimento della premialità, secondo le direttive indicate nella DGR n. 52/18 del 3.10.2008 "*Adozione del Piano d'azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio 2007/2013*";
 - la definizione della struttura organizzativa delle UVT, dei modelli operativi con relative procedure standardizzate e strumenti di lavoro omogenei;
 - l'ottemperare al debito informativo ministeriale relativo all'ADI.

2.3. Indirizzi e provvedimenti della ASL di Cagliari

In applicazione degli indirizzi di carattere nazionale e regionale, la ASL di Cagliari ha provveduto a ridefinire le modalità di erogazione dell'ADI all'interno delle attività sociosanitarie della azienda in favore delle persone anziane e delle persone con disabilità. Obiettivo prioritario era quello di ridefinire gli interventi, già denominati come Assistenza Domiciliare Integrata, in un'ottica di *Cure Domiciliari Integrate*. Ciò ha richiesto l'individuazione di nuove configurazioni organizzative e nuovi meccanismi di coordinamento e integrazione delle attività, dei processi e dell'erogazione delle prestazioni domiciliari finalizzate alla presa in carico delle persone, a partire dall'attivazione del Punto Unico d'Accesso.

Atti deliberativi di riferimento:

- Deliberazione Direttore Generale n. 578 del 10.07.2006, "*Costituzione delle Unità di Valutazione Territoriali*";
- Deliberazione Direttore Generale n. 603 del 20.07.2006, "*La presa in carico della persona nel Punto unico di accesso: sistema di governance sociosanitaria sull'area anziani e persone con disabilità e istituzione del Punto Unico di accesso ai servizi alla persona*";
- Deliberazione Direttore Generale n. 526 del 08.05.2007, "*Approvazione del Piano di riorganizzazione delle Cure Domiciliari e attuazione delle Cure Domiciliari Integrate e conferimento incarico di Responsabile dell'Assistenza Domiciliare Integrata*";

- Deliberazione Direttore Generale n. 906 del 01.08.2007, “*Potenziamento delle attività distrettuali di Cure Domiciliari*”;
- Deliberazione Direttore Generale n. 1205 del 12.11.2007, “*Potenziamento delle attività distrettuali di Cure Domiciliari*” per la presa in carico integrata ospedale-territorio, nelle cure domiciliari, delle persone dimesse da Unità Operative (U.O.) di Anestesia e di Terapia Intensiva per l’annualità 2007-2009”;
- Atto Aziendale 2008, che ricomprende le Cure Domiciliari all’interno della attività distrettuale;
- Delibera del Commissario Straordinario n. 1290 del 17.11.2009, “*Fondo per la non autosufficienza: potenziamento dei Punti Unici di Accesso e delle Unità di valutazione territoriale (DGR n. 44/11 del 31.10.2007). Approvazione piano di spesa aziendale*”.

3. L’evoluzione dell’Assistenza Domiciliare Integrata nella ASL di Cagliari

3.1. L’evoluzione del modello organizzativo e di intervento

Nel 1999, l’azienda istituiva il Servizio ADI, alle dirette dipendenze della Direzione Sanitaria. Ciò in esecuzione della DGR n. 11/15 del 22.2.1999 che istituiva l’attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) nell’intera Regione e approvava un programma per la sua attivazione sistematica in tutte le Aziende USL della Regione. Tale strategia assistenziale veniva individuata in quanto idonea alla riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri ed al contempo indicata come una delle risposte migliori, in termini di efficacia, efficienza ed equità, alle esigenze degli assistiti.

Il programma prevedeva l’attivazione delle unità di valutazione multidisciplinare in ogni distretto sanitario, per la valutazione del bisogno di assistenza della persona e la definizione di un piano personalizzato di assistenza con relativi tempi e modalità di svolgimento. Data la complessità dell’ADI, che richiede la collaborazione tra operatori di istituzioni diverse, era prevista la stipula di appositi protocolli operativi tra le aziende USL e i Comuni; altri protocolli erano previsti tra le strutture ospedaliere e il distretto per l’attivazione dell’ADI a seguito di dimissioni protette. Veniva così previsto un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali (queste ultime a carico dei comuni attraverso i propri servizi sociali), da attivare al domicilio del paziente.

La realtà operativa del servizio ha tuttavia presentato limiti importanti in termini di presa in carico dei bisogni della persona e della famiglia, valutazione multidimensionale, personalizzazione del piano di assistenza, integrazione ASL-Enti Locali.

Nel maggio 2007, con la Delibera del Direttore Generale n. 526 del 08.05.2007, “*Approvazione del Piano di riorganizzazione delle cure domiciliari e attuazione delle cure domiciliari integrate e conferimento incarico di Responsabile dell’Assistenza Domiciliare Integrata*”, la ASL di Cagliari inizia un percorso di riordino del servizio. Vengono, in particolare, recepite le indicazioni della “Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei LEA” che individua, nell’ambito delle “cure domiciliari”, le cure sanitarie e sociosanitarie integrate, distinguendole dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio assistenziale e tutelare.

I nuovi obiettivi del servizio sono quelli di mantenere le persone con perdita della autonomia nel proprio ambiente di vita, organizzare al domicilio della persona piani personalizzati di assistenza sociosanitaria per evitare l’ospedalizzazione impropria, proteggere le dimissioni, evitare, tutte le volte che le condizioni sanitarie e socio-ambientali lo permettono, l’inserimento in strutture residenziali, favorire i percorsi di rete

nell'assistenza territoriale sociosanitaria, valorizzando il ruolo dei medici delle cure primarie e riducendo la domanda di assistenza ospedaliera, che deve essere riservata alle patologie di grave acuzie ad elevata complessità diagnostica e terapeutica.

Con la riorganizzazione delle Cure Domiciliari viene ridefinito in maniera organica e funzionale il sistema della "domiciliarità" quale strategia privilegiata da mettere in campo in favore delle persone "fragili" (persone con perdita totale o a grave rischio di perdita dell'autonomia e con bisogni complessi), capace di sviluppare azioni per il miglioramento della qualità di vita della persona e della sua famiglia, di favorire il mantenimento delle capacità residue e di rendere meno gravoso il carico dell'assistenza.

Coerentemente con l'obiettivo di sviluppare l'integrazione tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale e garantire alla persona la continuità di cura, con la deliberazione del Direttore Generale n. 1205 del 12.11.2007, "Programma aziendale di Potenziamento delle attività distrettuali di Cure Domiciliari per la presa in carico integrata ospedale-territorio, nelle cure domiciliari, delle persone dimesse da Unità Operative (U.O.) di Anestesia e di Terapia Intensiva per l'annualità 2007-2009", alle persone ricoverate nelle U.O. di Rianimazione nel territorio della ASL di Cagliari si è offerta la possibilità, attraverso dimissioni concordate, di una assistenza integrata ospedale-territorio con permanenza il più possibile nel proprio domicilio e con i propri familiari, garantendo una funzione di supporto nei confronti della famiglia e degli operatori di assistenza territoriali. Si tratta in questo caso di pazienti di area "critica" (ventilazione meccanica assistita, nutrizione artificiale domiciliare, tracheostomia).

Il potenziamento delle attività distrettuali riguardanti le Cure Domiciliari Integrate, ha trovato inoltre concreta attuazione anche con la Delibera Aziendale n. 906 del 01.08.2007, che prevede il coinvolgimento dei medici di Continuità Assistenziale a supporto delle Unità Operative distrettuali.

3.2 L'evoluzione delle attività

A partire dal 2007 si è verificata una crescita costante e continua delle richieste di assistenza. E' cresciuto progressivamente negli anni sia il numero delle persone assistite che il numero delle ore di assistenza erogate. Si riportano di seguito i dati rilevati dal flusso informativo aziendale negli anni 2004 - 2009.

	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*
Persone assistite in Cure Domiciliari Integrate	1.224	1.382	1.555	1.667	2.208	2.488
Ore assistenza infermieristica (Cure Domiciliari Prestazionali + Cure Domiciliari Integrate)	98.342	109.504	110.888	89.819	163.584	199.154
Ore assistenza riabilitativa (Cure Domiciliari Integrate)	30.521	26.892	23.343	36.213	59.540	70.683

*I dati relativi al 2008 e 2009 si riferiscono ai soli assistiti in Cure Domiciliari Integrate.

La percentuale di anziani residenti (pop. \geq 65 anni) assistita in Cure Domiciliari Integrate nel 2008 era pari a 2,33%, quella del 2009 a 2,54%. L'obiettivo intermedio individuato dal Quadro Strategico Nazionale 2007-

2013 prevedeva di assistere in programmi di Cure Domiciliari Integrate, nel 2009, almeno l'1,79% della popolazione anziana (≥ 65 anni) residente. L'obiettivo finale previsto per il 2013 è del 3,5%.

4. Struttura organizzativa e analisi degli aspetti critici

L'atto aziendale ricomprende le Cure Domiciliari Integrate nell'ambito dell'attività distrettuale, dove operano anche gli altri servizi strettamente collegati: in particolare il Punto Unico d'Accesso (PUA), che costituisce la "porta d'accesso" della rete dei servizi sociosanitari integrati e l'Unità di Valutazione Territoriale (UVT), deputata alla valutazione multidimensionale delle condizioni sociosanitarie e alla elaborazione del progetto assistenziale personalizzato.

Nel distretto operano, inoltre, le strutture organizzative e unità operative che contribuiscono ad assicurarne la qualità: l'assistenza sanitaria di base, la continuità assistenziale, l'attività e l'erogazione delle prestazioni integrative e protesiche e l'attività specialistica ambulatoriale (Cure Primarie), nonché le attività di riabilitazione sociosanitaria.

Nella ASL sono attive 5 Unità Operative Domiciliari Integrate (UODI):

- 1 per il Distretto 1 (Cagliari - Area Vasta);
- 1 per il Distretto 2 (Area Ovest);
- 1 per il Distretto 3 (Quartu – Parteolla);
- 1 per il Distretto 4 (Sarrabus – Gerrei);
- 1 per il Distretto 5 (sub-ambito della Trexenta).

L'UODI interviene nella gestione tecnica e organizzativa delle attività assistenziali. Essa è composta da personale ASL e opera in integrazione con il Medico di Medicina Generale (MMG). L'UODI provvede direttamente alla analisi e decodifica della domanda e alla elaborazione del progetto personalizzato, che definisce profilo di cura, modalità erogative e tempi previsti per la realizzazione, e alla stesura e rivalutazione del Piano Attuativo degli Interventi (PAI).

L'erogazione delle prestazioni alla persona secondo il PAI è esternalizzata nei termini stabiliti dal capitolato speciale cure domiciliari relativo alla specifica gara d'appalto.

La tabella seguente riepiloga l'assetto territoriale del sistema PUA-UVT- Cure Domiciliari

Strutture organizzative e risorse umane						
	Distretto 1 Cagliari- Area Vasta	Distretto 2 Area Ovest	Distretto 3 Quartu- Parteolla	Distretto 4 Sarrabus- Gerrei	Distretto 5 Trexenta	Distretto 5 Sarcidano- Barbagia Seulo
PUA attivati	1	0	1	1	1	1
Il PUA è inserito nel percorso assistenziale	no	no	no	si	si	no
UVT formalmente attivate	4	0	1	1	1	1
UODI attivate	1	1	1	1	1	0
Personale ASL dedicato alle Cure Domiciliari	14	3	4	2	1	3

Come indicato dagli indirizzi di programmazione regionale (DGR n. 52/18 del 03.10.2008 e DGR n. 15/24 del 13.04.2010), la presenza ed il buon funzionamento del sistema PUA-UVT costituisce fattore critico per la qualità delle Cure Domiciliari Integrate.

Nella ASL di Cagliari sono stati attivati 5 PUA:

- 1 per i Distretti 1 (Cagliari - Area Vasta) e 2 (Area Ovest);
- 1 per il Distretto 3 (Quartu – Parteolla);
- 1 per il Distretto 4 (Sarrabus - Gerrei);
- 2 per il Distretto 5 (1 per il sub-ambito PLUS Sarcidano - Barbagia di Seulo e 1 per il sub-ambito PLUS della Trexenta).

Sono state inoltre attivate 9 UVT di cui:

- 4 per i Distretti 1 (Cagliari - Area Vasta) e 2 (Area Ovest);
- 2 per il Distretto 3 (Quartu – Parteolla);
- 1 per il Distretto 4 (Sarrabus - Gerrei);
- 2 per il Distretto 5 (1 per il sub-ambito PLUS Sarcidano - Barbagia di Seulo e 1 per il sub-ambito PLUS della Trexenta).

4.1. Punti di forza e opportunità

- L'attuale gestione del percorso Cure Domiciliari garantisce la presa in carico del bisogno e l'attivazione dell'assistenza nel rispetto della tempistica indicata dalla programmazione regionale; non esiste attualmente lista d'attesa;
- è garantita la presa in carico e la continuità assistenziale attraverso l'integrazione con gli ospedali relativamente alla dimissione dalle Unità Operative di Rianimazione e Terapia Intensiva per i pazienti dell'area critica;
- l'attuale gestione del percorso, con 2.494 valutazioni e rivalutazioni nel corso del 2009 riguardanti persone anziane (≥ 65 anni), ha consentito di raggiungere e superare l'obiettivo intermedio di premialità fissato per il 2009;
- è stato già sperimentato in tutti i Distretti un triennio di programmazione integrata di interventi sanitari, sociali e sociosanitari tramite lo strumento del PLUS, durante il quale sono stati proposti anche progetti di integrazione nell'ambito dell'assistenza a domicilio della persona;
- è presente una forte motivazione della Azienda nel suo complesso, e nelle strutture organizzative maggiormente coinvolte, nell'adeguamento di modelli e processi organizzativi al fine di rendere il servizio più efficace ed efficiente in termini di risposta al bisogno;
- è stato avviato un processo di informatizzazione del sistema sociosanitario e sono presenti in alcuni distretti importanti esperienze nella gestione informatica dei percorsi territoriali anche relativamente alle Cure Domiciliari.

4.2. Criticità e ambiti di miglioramento

- PUA e UVT vivono ancora la fase sperimentale, soprattutto nei distretti periferici;
- ruoli e responsabilità all'interno del percorso PUA-UVT nelle Cure Domiciliari non sono formalmente definiti, né sono omogenei nei diversi Distretti; inoltre, a parte Cagliari, PUA e UVT non hanno personale dedicato alle funzioni specifiche; la popolazione dell'area dei due Distretti 1 e 2 (Cagliari-Area Vasta e

Area Ovest), pari al 67% della popolazione dell'intero territorio della ASL, usufruisce attualmente di un solo PUA; le UODI non sono state formalizzate in ogni distretto.

- il processo assistenziale relativo alle Cure Domiciliari, per quanto segua concettualmente il modello PUA-UVT, non è definito a sufficienza. Analogamente a quanto avviene nel sistema PUA-UVT per altre condizioni sociosanitarie complesse (valutazione inserimento in strutture, progetti "ritornare a casa", etc) l'UODI effettua la presa in carico della persona e dei suoi bisogni, la valutazione multidimensionale e redige il Piano Assistenziale Individualizzato. Tuttavia, le domande e i bisogni di solito non passano per il PUA. Inoltre non vi è una sufficiente valutazione dei bisogni sociali e un sufficiente coinvolgimento dei servizi sociali dei Comuni;
- gli strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale non sono stati definiti in maniera organica a livello aziendale e l'utilizzo di quelli validati in ambito scientifico è lasciato all'iniziativa professionale individuale;
- non sono stati avviati percorsi di condivisione di modelli e procedure con i Medici di Medicina Generale;
- la formazione degli operatori effettuata finora è insufficiente a reggere il cambiamento culturale in corso;
- ad eccezione del Programma Aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1205 del 12.11.2007, non esistono protocolli clinico-organizzativi condivisi tra Distretti Sociosanitari ed Ospedali/Hospice, per gestire le dimissioni e l'elaborazione del piano di assistenza post-dimissione.
- emergono difficoltà di percorso assistenziale, in particolare una limitata integrazione con i servizi sociali dei comuni, essenziale per garantire la presenza di attività socio-assistenziali (cura della casa, pasti, supporto e affiancamento dei familiari), fondamentali per assicurare la permanenza a domicilio delle persone anziane o fragili. Non esistono procedure e strumenti condivisi e agibili per realizzare l'integrazione con i servizi sociali;
- per ciò che concerne i processi collaterali all'attivazione delle Cure Domiciliari, cioè l'erogazione di farmaci, presidi, ausili e consulenze specialistiche, non sono codificati percorsi prioritari o agevolati, strutturati e condivisi con Dipartimento del Farmaco, Cure Primarie e Medici di Medicina Generale e non è stata potenziata l'erogazione diretta;
- la gestione informatica dei processi non è a regime in tutti i territori;
- sono carenti l'informazione e la comunicazione rivolte ai cittadini sul PUA ed i servizi offerti dal Distretto Sociosanitario, comprese le Cure Domiciliari.

5. Piano delle azioni del programma

Il "Piano delle azioni" del Programma di attuazione degli obiettivi del QSN nella ASL di Cagliari prevede:

- la ricerca di un modello funzionale omogeneo e la riorganizzazione delle attività;
- il potenziamento e integrazione delle attività;
- l'integrazioni con le diverse strutture e istituzioni;
- la formazione;
- la comunicazione e l'informazione.

5.1. Il modello funzionale

La ricerca di un modello aziendale omogeneo di Cure Domiciliari si rende necessaria per evitare disparità di erogazione del livello essenziale di assistenza tra i cittadini della stessa ASL e una diversa crescita dei

servizi nel territorio. Appare opportuno distinguere tra un modello funzionale (che dovrà essere omogeneo e coerente in tutti i distretti) e un modello organizzativo (nel quale ogni distretto articolerà i propri processi di attività e sviluppo all'interno della cornice funzionale comune).

Il modello funzionale omogeneo che si propone è coerente con le linee di indirizzo nazionali e regionali, prevede il coinvolgimento del sistema PUA-UVT e la sua integrazione con il sistema delle Cure Domiciliari secondo quanto definito con la DGR n. 15/24 del 13.04.2010 *“Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari”*. Esso prevede inoltre l'integrazione con le azioni ed i servizi offerti dagli Enti Locali in ambito sociale.

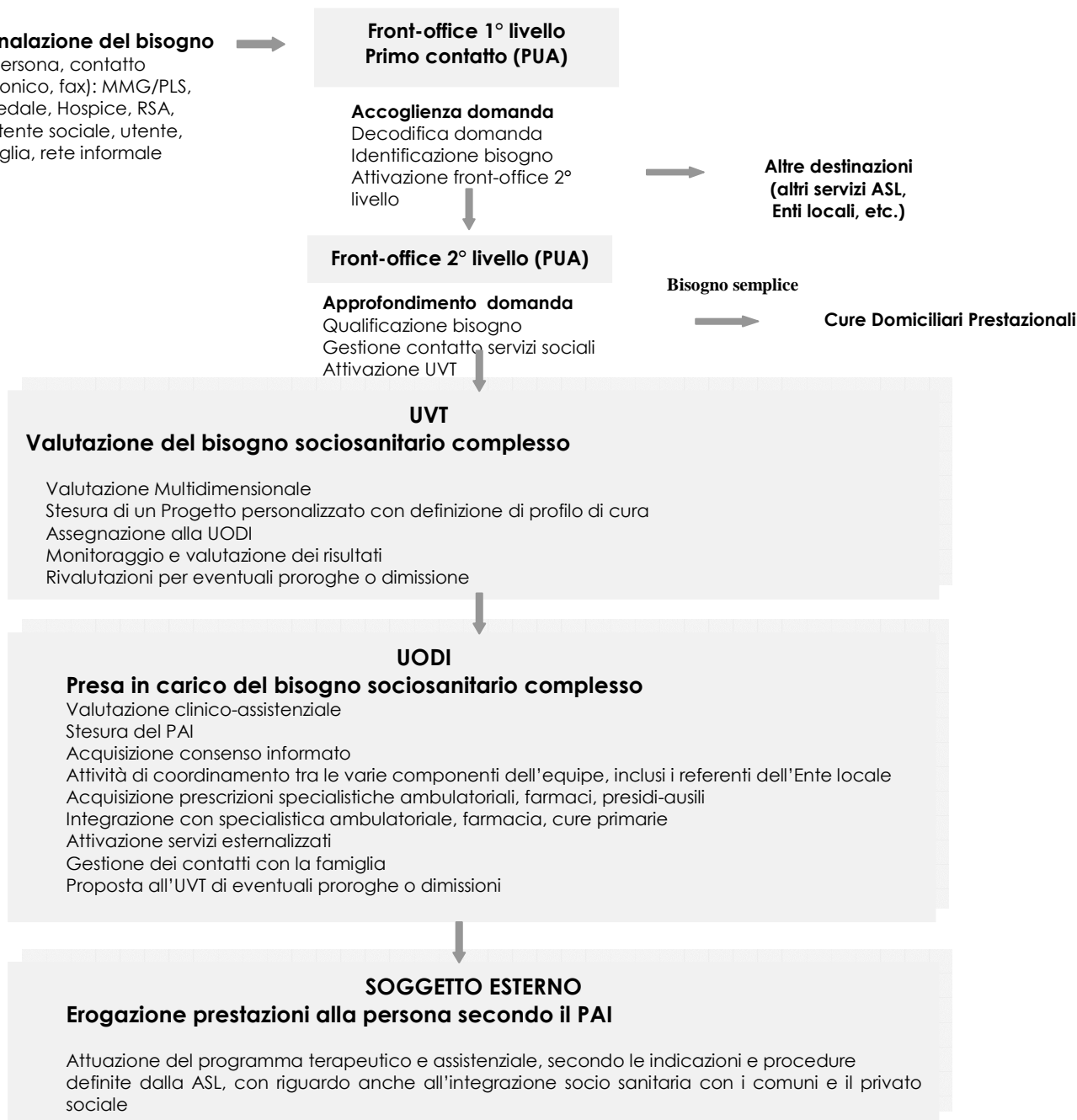
La tabella che segue descrive le strutture organizzative, le funzioni e gli strumenti previsti nel modello funzionale per il processo assistenziale.

FASI	STRUTTURA ORGANIZZATIVA	FUNZIONI	STRUMENTI
1	Front Office 1° livello (PUA)	Accoglienza e decodifica della domanda	Scheda di contatto Diario clinico
2	Front Office 2° livello (PUA)	Approfondimento della domanda e qualificazione del bisogno complesso	Schede analisi bisogni Schede rilevazione bisogni
3	UVT CURE DOMICILIARI INTEGRATE	Elaborazione e rivalutazione del Progetto personalizzato con definizione di profilo di cura, modalità erogative, tempi previsti per realizzare il PAI	Schede di Valutazione Multidimensionale, Verbale di sintesi del progetto individuale
4	UODI CURE DOMICILIARI INTEGRATE	Stesura PAI, acquisizione prescrizioni specialistiche ambulatoriali, farmaci, presidi-ausili	PAI, Piano assistenza farmaceutica, Piano assistenza protesica, Piano assistenza specialistica
5	SOGGETTO AGGIUDICATARIO ESTERNO	Erogazione delle prestazioni alla persona	PAI

Il presente modello funzionale può essere adattato per rispondere alle necessità organizzative dei singoli distretti. In particolare è prevedibile che il personale possa svolgere le funzioni dei diversi livelli, fatta salva la necessità di assicurare comunque la strutturazione la funzionalità ed il potenziamento del PUA e delle UVT, seguendo le indicazioni sul personale, l'organizzazione e quant'altro contenuto nella DGR 15/24 del 13.04.2010. Dal punto di vista operativo è necessario avviare un graduale percorso di verifica dell'agibilità del modello funzionale in tutte le sue varie fasi di applicazione e degli strumenti che consentono di attuarlo. Ciò implica un percorso di condivisione di strumenti operativi, moduli e schede di rilevazione e valutazione da utilizzarsi nelle varie fasi della sperimentazione dei processi, nei diversi distretti, al fine di renderli funzionali

ad una loro informatizzazione. La figura che segue riporta il diagramma di flusso ordinario relativo al percorso accoglienza-valutazione-intervento finalizzato.

Percorso funzionale PUA – Cure Domiciliari



5.2. Potenziamento e integrazione delle attività

Il perseguimento dell'obiettivo collegato alla premialità 2007-2013 richiede il potenziamento delle strutture preposte ad assicurare il servizio. Ciò può essere ottenuto attraverso la razionalizzazione e promozione dell'efficienza del sistema cure domiciliari con interventi di carattere organizzativo e attraverso il potenziamento delle risorse umane.

5.2.1 Sistema PUA-UVT

Con la Delibera del Commissario Straordinario n. 1290 del 17.11.09, "*Fondo per la non autosufficienza: potenziamento dei Punti Unici di Accesso e delle Unità di valutazione territoriale (DGR n. 44/11 del 31.10.2007). Approvazione piano di spesa aziendale*", si è provveduto ad indirizzare le risorse trasferite dalla Regione sulla base della DGR n. 44/11 del 31.10.2007 (€ 401.635,27), al potenziamento dei PUA e UVT negli ambiti più carenti (Distretti 2, 3, 4 e 5), secondo le linee progettuali di sviluppo elaborate in ambito PLUS e orientate sia al reperimento delle figure professionali necessarie per assicurare l'integrazione delle valutazioni e degli interventi con gli Enti locali (in particolare gli interventi di carattere socio assistenziale), sia alla definizione dei modelli funzionali e organizzativi.

Per raggiungere e mantenere nel tempo un livello di attività adeguato del sistema PUA-UVT, è necessario monitorare i risultati delle azioni poste in essere ed adottare i correttivi utili ad assicurare l'efficienza del sistema. E' necessario, inoltre, coerentemente con quanto indicato dalla DGR 15/24 del 13.04.2010, individuare formalmente le strutture organizzative e, al loro interno, i livelli di responsabilità.

5.2.2. UODI

Negli anni più recenti, l'operatività delle UODI si è avvalsa della collaborazione dei Medici della Continuità Assistenziale, coinvolti sulla base del progetto "*Potenziamento delle attività distrettuali di cure domiciliari*", deliberazione n. 906 del 01.08.2007, ai sensi dell'art. 37 dell'AIR per la Medicina Generale, 10 dicembre 2002, e dell'art. 25 dell'ACN per la medicina generale, 23 marzo 2005. L'attuazione del suddetto progetto ha contribuito al raggiungimento e superamento dell'obiettivo intermedio di premialità. Per il raggiungimento dell'obiettivo di premialità per il 2013, si ritengono opportuni la prosecuzione e il potenziamento del progetto stesso, con la sua estensione all'intero territorio ASL.

5.2.3 Erogazione prestazioni alla persona

Le prestazioni sociosanitarie a domicilio sono state erogate finora in prevalenza da agenzie esterne sulla base di un capitolato tecnico che definiva l'oggetto del servizio, le prestazioni richieste, gli standard di personale e di organizzazione, le forme di coordinamento con le strutture della ASL, il monitoraggio e verifica della sua attuazione. La previsione dell'incremento delle prestazioni a domicilio richiede la rivisitazione delle necessità dell'assistenza, con conseguente rimodulazione del capitolato.

5.2.4. Cure domiciliari di 3° livello, cure palliative e terminali

Affinché la de-ospedalizzazione precoce non si ripercuota negativamente sulla qualità della presa in carico domiciliare, ma abbia, al contrario, una connotazione positiva in termini di umanizzazione delle cure, è necessaria una forte integrazione tra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale socio-sanitaria.

L'esperienza avviata con il programma aziendale per la presa in carico integrata ospedale/territorio nelle cure domiciliari delle persone dimesse da Unità Operative di Anestesia, di Rianimazione e di Terapia Intensiva (Deliberazione n. 1205 del 12.11.2007), prevalentemente orientato alla cura e assistenza nel proprio ambiente di vita delle persone dimesse, ha consentito un progressivo incremento del numero di persone assistite a domicilio per problematiche di alta complessità. Il numero di persone seguite a domicilio o presso strutture residenziali territoriali in cure domiciliari di 3° livello/area critica (con necessità di ventilazione

meccanica continuativa, malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata e/o complicata, alimentazione artificiale parenterale, stato vegetativo e di incoscienza) è passato dalle 12 assistite del 2007 alle attuali 52. L'inserimento in cure domiciliari integrate di queste persone, in attuazione dei singoli PAI, è possibile con l'utilizzo di risorse umane delle Unità Operative Ospedaliere, che per competenza ed esperienza assicurano le integrazioni necessarie al servizio Cure Domiciliari nella gestione di condizioni ad alta complessità assistenziale.

Il potenziamento del programma Cure Domiciliari Integrate di terzo livello richiede la rivisitazione del modello funzionale ed organizzativo e la definizione delle procedure operative tra le strutture coinvolte: in primo luogo i servizi ospedalieri e le unità operative delle cure domiciliari dei Distretti sociosanitari. Il programma di potenziamento delle Cure domiciliari di terzo livello dovrà, inoltre, includere la definizione della rete territoriale e degli interventi domiciliari per le cure palliative.

Nelle more della riorganizzazione complessiva delle attività, e fino alla conduzione a regime del processo, rimangono valide le indicazioni contenute nel Progetto *“Potenziamento delle attività distrettuali Cure Domiciliari - Programma aziendale per la presa in carico integrata ospedale-territorio nelle Cure Domiciliari delle persone dimesse da Unità Operative di Anestesia, U.O. di Rianimazione e U.O. di Terapia Intensiva”* di cui alla Deliberazione n. 1205 del 12.11.2007.

5.3. Integrazione con le diverse strutture e istituzioni

E' necessario provvedere alla realizzazione di percorsi di integrazione degli interventi domiciliari con le altre strutture e istituzioni territoriali e ospedaliere, sulla base di accordi e protocolli tra le unità operative, finalizzati a garantire l'equità dell'accesso e la continuità dell'assistenza nel sistema delle Cure Domiciliari.

5.3.1. Cure Primarie e Dipartimento del Farmaco

L'integrazione richiede la costruzione di percorsi codificati nei processi di erogazione dell'assistenza farmaceutica, protesica e specialistica, eliminando procedure burocratiche inutili e percorsi tortuosi che allungano i tempi di attivazione ed erogazione delle prestazioni a domicilio.

5.3.2. Ospedali/Hospice

Perché le cure domiciliari possano essere erogate in maniera efficiente ed efficace, evitando disagi al paziente ed ai familiari e ulteriori ricoveri inappropriati, è necessario prevedere uno stretto collegamento tra assistenza domiciliare ed assistenza ospedaliera. In particolare, il processo di dimissione deve prevedere la segnalazione del caso al PUA del distretto di residenza del paziente e l'attivazione tempestiva della valutazione multidimensionale integrata, secondo le indicazioni di cui alla DGR 15/24 del 13.04.2010, nonché l'elaborazione del piano di assistenza post-dimissione concordato con la struttura ospedaliera, inclusa la gestione di farmaci, presidi e ausili.

A questo riguardo è necessario elaborare linee di indirizzo aziendali per la dimissione concordata dagli ospedali e hospice della ASL di Cagliari e protocolli di intesa per la dimissione concordata dagli ospedali delle altre Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie e del privato accreditato.

5.3.3. Servizi sociali degli Enti locali

L'integrazione sociosanitaria nel territorio è in fase di progressiva costruzione. Mentre sul versante dell'ascolto della domanda, della valutazione dei bisogni e della attivazione di specifici percorsi sociosanitari (inserimenti in RSA, riabilitazione, deistituzionalizzazione con i progetti "Ritornare a Casa"), l'integrazione fra gli interventi ASL e quelli degli Enti Locali è stata perseguita ed in parte realizzata, lo stesso non è accaduto nello specifico delle cure domiciliari. Si sottolinea che l'integrazione sociosanitaria nelle cure domiciliari, particolarmente per la popolazione anziana, è essenziale per assicurare il range di interventi che consentono alla persona la permanenza al proprio domicilio.

Gli ambiti naturali per la elaborazione delle forme della integrazione interistituzionale sono da una parte la Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria di cui all'art. 15 della LR n. 10/2006 e dall'altra i PLUS. In questi ambiti andranno approvati gli accordi che definiscano le aree e le modalità della integrazione interistituzionale per il perseguimento della premialità 2013 e riguardanti i livelli programmatico, amministrativo ed operativo.

5.4. Formazione

Il potenziamento previsto nelle cure domiciliari integrate deve essere accompagnato da un percorso formativo che riguardi tutti i soggetti interessati, a partire dagli operatori coinvolti nella gestione del singolo caso (Medici di Medicina Generale, personale delle UODI). E' necessario che si approfondiscano, oltre alle tematiche tecniche specifiche del settore (valutazione multidimensionale, strumenti di intervento, problematiche cliniche specifiche), quelle correlate al lavoro integrato ed al lavoro di rete. E' inoltre importante che nella formazione siano coinvolti anche gli operatori degli enti che partecipano all'elaborazione ed effettuazione degli interventi.

5.5. Comunicazione e informazione

L'informazione e la comunicazione sulle cure domiciliari integrate è una delle opzioni strategiche individuate dalla DGR 52/18 del 2008, allegato C, per facilitare l'accesso dell'utente ai servizi sociosanitari e più in particolare alle cure domiciliari. E' fondamentale assicurare anche l'informazione e la comunicazione fra i soggetti coinvolti. L'informazione all'utente può essere realizzata, oltre che con la Carta Aziendale dei Servizi Sociosanitari e attraverso il sito web della ASL, con la realizzazione di depliant e poster da distribuire nelle farmacie, negli ambulatori dei medici di medicina generale, negli ospedali, etc.