

25 MAR. 2015

**PROGETTO POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITA' SPECIALISTICA A DOMICILIO NELLE CURE
ANNUALITA' 2015**

Il progetto è finalizzato al perseguimento degli obiettivi di cui alla DGR n. 49/11 del 9.12.2014, "Finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie Locali per gli interventi finalizzati allo sviluppo del sistema di Assistenza Domiciliare Integrata. Ripartizione fondo regionale 2015"

1. Premessa

Il presente progetto, elaborato in applicazione della DGR n. 49/11 del 9.12.2014, si sviluppa in continuità con i progetti elaborati nel corso del 2013 e del 2014, in applicazione delle DGR n. 51/12 del 28.12.2012 e n. 53/60 del 20.12.2013, rivolti al potenziamento degli interventi specialistici nell'ambito delle cure domiciliari integrate. Nello specifico, esso muove dalle criticità rilevate nel corso della progettazione precedente, che hanno condizionato il raggiungimento del target assegnato per l'anno 2014, rispetto al quale la ASL di Cagliari ha registrato uno scostamento del 67% (2.685 accessi del medico specialista a domicilio a fronte dei 7.602 previsti).

Le criticità di cui sopra sono state sottoposte all'attenzione dell' Assessorato con nota n. PG/2014/0109209 del 18.09.2014, con la quale si chiedeva la rimodulazione del target, che ad ogni buon conto si allega in copia (allegato 1).

Di seguito si sviluppa l'articolazione progettuale prevista per il 2015. Essa tiene conto della necessità di riorientare le azioni strategiche, adottando i correttivi utili al perseguimento del target di risultato individuato per la ASL di Cagliari per il 2015 e corrispondente a 5.633 accessi specialistici da effettuarsi nel corso dell'anno. In particolare, la progettualità prevista per il 2015 persegue:

- l'estensione a tutti i tre livelli di cure domiciliari delle azioni per il potenziamento della specialistica a domicilio già previste per l'anno 2014 per il solo terzo livello;
- la conduzione a regime della riorganizzazione dell'attività complessivamente rivolta alle cure domiciliari, assicurando la piena integrazione delle strutture aziendali coinvolte e degli specialisti già assegnati alle UODI nel corso del 2014 o da assegnare nel corso del 2015.

Destinatari

Il progetto è rivolto:

- ai pazienti inseriti in cure domiciliari integrate;
- ai pazienti inseriti in cure palliative e terminali (indipendentemente dal livello di cure domiciliari assegnato);
- agli operatori coinvolti nei processi assistenziali;
- ai care giver e familiari dei pazienti assistiti.



Obiettivi generali

- favorire l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali e altri soggetti che operano a livello istituzionale e familiare;
- evitare prolungamenti non necessari della degenza ospedaliera facilitando il turn-over dei pazienti;
- assicurare la qualità dell'assistenza medico specialistica a domicilio e la qualità di vita degli assistiti;
- ridurre le riammissioni ospedaliere improprie;
- coinvolgere e formare il gruppo famiglia e/o il Care-Giver.

Obbiettivi specifici

Con il presente progetto si intende facilitare l'accesso alle prestazioni specialistiche dei pazienti seguiti a domicilio risolvendo le criticità evidenziate nelle annualità precedenti, in particolare:

- superando il vincolo restrittivo che preclude l'accesso alle prestazioni specialistiche delle persone con patologie terminali o in cure palliative che non necessitano della presenza a domicilio dell'infermiere o del fisioterapista 7 giorni su 7;
- prevedendo la continuità delle cure specialistiche a domicilio anche laddove le condizioni dell'ammalato o del contesto familiare/sociale consentono la transizione dello stesso dal terzo al secondo o primo livello di cure domiciliari;
- incrementando il coinvolgimento degli specialisti a domicilio.
- assicurando gli interventi specialistici a domicilio a tutte le persone che ne hanno bisogno a prescindere dall'età e dall'inserimento formale in Cure Domiciliari Integrate, inglobando quindi anche i pazienti inseriti in ADP e in Cure Domiciliari Prestazionali.

I suddetti obiettivi specifici verranno perseguiti attraverso:

- la rimodulazione dei tre sotto progetti (Geriatrics, Hospice, Oncologia) elaborati sulla base delle indicazioni della DGR 51/12 del 2012 e approvati con delibere del Direttore Generale n. 2012 del 15.11.2013, n. 41 del 15.01.2014 e n. 191 del 21.02.2014, prevedendone l'estensione a tutti e tre i livelli di cure domiciliari e a tutti i pazienti in cure palliative e terminali;
- la prosecuzione del Progetto di continuità di cura e assistenza per pazienti dimessi dalle rianimazioni e reparti di Terapia Intensiva;
- l'incremento della presenza e attività settimanali degli specialisti a domicilio del paziente, con il coinvolgimento e la partecipazione delle unità operative ospedaliere, dei poliambulatori aziendali e delle UODI. A questo riguardo occorre osservare che a fronte del potenziamento previsto per l'attività specialistica a domicilio per il 2014, stimato in 226 ore settimanali, l'incremento osservato è stato di 147 ore. Ulteriori ore di medicina specialistica potranno essere integrate come indicato nella deliberazione n. 49/11 del 9.12.2014, attraverso la mobilità interna, anche parziale (rispetto all'orario di servizio settimanale), o la collaborazione con le U. O. dei P. O. e del territorio.

Unità operative, gruppi e persone coinvolte

Nella esecuzione del progetto è previsto il coinvolgimento di:

- Unità Operative Distrettuali Integrate delle Cure Domiciliari (UODI);
- Poliambulatori Distrettuali;
- UU. OO. ospedaliere (per progetti di dimissione protetta e continuità ospedale-territorio attivati o da attivare) e Medici specialisti che operano nelle strutture ospedaliere o territoriali aziendali (mobilità e/o collaborazione);
- Care-Giver (identificato e istruito con affiancamento dal personale di assistenza). Questa figura, anello forte del sistema socio-sanitario, diviene fondamentale nell'affiancamento al paziente e nella funzione basilare di riferimento costante per l'equipe assistenziale, producendo continuità del processo assistenziale attivato attraverso le molteplici vie comunicative messe a disposizione reciprocamente dall'UODI e dal paziente (telefoniche, fax, e-mail etc.).

Ruoli, competenze e integrazioni

Gruppo di progetto

E' prevista la costituzione di un gruppo di progetto la cui cabina regia è composta da Direzione dei Servizi Sociosanitari, Direzioni dei Distretti Sociosanitari, Direzione delle Cure Primarie, Area Nursing, Direzioni dei PP.OO.

Il gruppo di progetto si impegna all'individuazione delle persone che parteciperanno ai project-work tematici indirizzati alla realizzazione delle attività progettuali e all'accompagnamento delle stesse.

Project-work tematici

I Project-work, a partire dalle procedure operative esistenti e in particolare da quelle formalizzate sulle attività di dimissione protetta e di continuità delle cure a domicilio, definiscono le azioni migliorative di carattere organizzativo necessarie ad assicurare il più efficiente ed efficace coinvolgimento delle professionalità specialistiche a domicilio. In particolare, i Project-work provvedono alla verifica del fabbisogno orario delle professionalità specialistiche, della loro disponibilità presso poliambulatori o della necessità della loro acquisizione, nonché dei volumi di incremento dell'attività a domicilio previsti. Provvedono anche all'accompagnamento e verifica della realizzazione delle azioni progettuali attraverso incontri periodici ed alla predisposizione delle azioni formative necessarie.

Quadro organizzativo aziendale di riferimento

La definizione di maggior dettaglio delle azioni e attività progettuali, in capo al gruppo di progetto ed ai Project-work, deve avvenire all'interno del contesto organizzativo esistente che prevede:

- la configurazione delle attività del progetto all'interno del "LEA domiciliare"
- la distribuzione delle responsabilità tecnico-organizzative come di seguito riportato:

Distretto: Unità Operative Cure Domiciliari per quanto riguarda il coordinamento delle attività a domicilio e la garanzia dell'assistenza alla "persona" nel proprio domicilio; Unità Operative delle Cure

Primarie, di concerto con le Unità Operative Cure Domiciliari, per quanto riguarda la competenza specialistica e l'organizzazione degli accessi degli specialisti dei poliambulatori;

Sistema PUA-UVT per le funzioni che le sono proprie in tema di valutazione;

- la responsabilità specialistica (tecnico-professionale) in capo al singolo professionista (specialista) operante a domicilio;
- la responsabilità clinica complessiva per gli interventi a domicilio sull'assistito in capo ai Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- la richiesta per l'accesso del medico specialista al domicilio da parte del MMG o PLS e la sua disposizione da parte della UODI.

Azioni progettuali

Sulla base dei compiti e responsabilità sopra definiti, il progetto per l'anno 2015 si articolerà attraverso la definizione:

- della tipologia e messa a regime dell'attività degli specialisti medici di nuova acquisizione e comunque coinvolti, con priorità per gli ambiti di intervento palliativo, a pazienti terminali o comunque a pazienti anziani inseriti nei tre livelli di cure domiciliari (palliativisti, geriatri, cardiologi, etc.);
- dell' incremento orario previsto per singola specialità e singolo distretto al fine di poter rispondere alle esigenze assistenziali del territorio;
- delle modalità di attivazione dell'intervento a domicilio, a partire dalla richiesta del MMG o PLS alla UODI;

Formazione

I processi formativi saranno indirizzati all'accompagnamento dell'equipe dei professionisti coinvolti nell'implementazione di un sistema assistenziale domiciliare in grado di garantire l'integrazione tra ruoli e sistemi d'appartenenza, oltre che elevati livelli assistenziali. I percorsi formativi saranno costruiti ad hoc per ogni settore d'intervento, al fine di poter rispondere alle specifiche esigenze.

A questo riguardo sono stati programmati 3 processi formativi, indirizzati all'integrazione e alla crescita professionale e all'accompagnamento dei gruppi di lavoro, di seguito elencati:

- Integrazione dei servizi e delle figure professionali che operano nel campo delle cure domiciliari;
- Il sistema PUA-UVT: strumenti per l'accesso, la valutazione e la pianificazione degli interventi socio sanitari;
- Integrazione ospedale-territorio: dimissioni protette e continuità assistenziale a domicilio.

Monitoraggio

Per il monitoraggio e la valutazione del progetto verranno utilizzati, flessibilmente e sulla base delle caratteristiche delle procedure operative definite per le diverse realtà operative aziendali, i seguenti indicatori:

- variazione pre-post del numero di accessi di specialisti a domicilio;
- variazione pre-post della permanenza in cure domiciliari integrate;
- variazione nel tasso di ricovero ripetuto.

Ai fini della rendicontazione periodica saranno resi disponibili i dati riguardanti:

- tutti gli accessi degli specialisti a domicilio nell'ambito del sistema delle Cure Domiciliari Integrate (1°, 2° e 3° livello),
- gli accessi per i pazienti inseriti in area critica,
- gli accessi per i pazienti oncologici e pazienti in cure palliative e in fase terminale,
- gli accessi specialistici a domicilio per richieste dei MMG e in ambito di Cure Domiciliari Prestazionali

Punti di debolezza

Passare dai livelli di assistenza specialistica attuali al livello previsto dall'indicatore numerico di accessi proposto dalla Regione richiede una importante rivisitazione della struttura assistenziale ospedaliera e domiciliare. Tale indispensabile processo innovativo si scontra con una cultura organizzativa aziendale particolarmente rigida nelle azioni di cambiamento, rafforzate, in alcuni casi, dalle resistenze esercitate dagli assistiti per il tardivo inserimento nel sistema di assistenza domiciliare.

Nello specifico da un'analisi dei risultati del progetto iniziale sono emerse le seguenti criticità:

- scarsa partecipazione e motivazione del personale di assistenza delle UU. OO. Ospedaliere;
- assenza nella presentazione del piano individuale di un'eventuale accompagnamento al fine vita presso il proprio domicilio, con l'assistenza del personale ospedaliero di riferimento e del personale afferente all'ADI;
- l'assegnazione dei livelli assistenziali (I, II e III) viene attribuita in modo rigido, esclusivamente sulla base del numero degli accessi settimanali;
- la presenza a domicilio di attività specialistica che esula dalla rendicontazione riferita all'indicatore di risultato elaborato dall'Assessorato.

In particolare si rimarca che l'inserimento nel progetto dei pazienti assegnati al I e II livello che presentano un quadro clinico complesso con prognosi infausta potrebbe comportare la diminuzione del numero dei ricoveri e i tempi di degenza, lasciando maggiore spazio e motivazione al personale di assistenza, oberato dall'attività svolta nell'UU.OO. di appartenenza, per la partecipazione ai progetti ADI.

Inoltre, prevedendo di estendere il progetto di potenziamento della specialistica domiciliare ai pazienti del I e II livello si eviterebbe l'inserimento tardivo in cure domiciliari integrate rispetto al progredire della malattia che produce nel paziente e nei loro famigliari diffidenza e resistenza al passaggio dal processo assistenziale ospedaliero a quello domiciliare.

Sarà compito dei gruppi che lavoreranno sui Project-work sulla base del monitoraggio effettuato predisporre gli eventuali correttivi da proporre alla Regione per il raggiungimento dell'obiettivo assegnato coerentemente con le risorse disponibile.

Punti di forza

La Asl adotta un modello omogeneo di Cure Domiciliari Integrate a partire dalla presa in carico della persona tramite il Sistema PUA-UVT che, sulla base della valutazione multidimensionale dei bisogni, permette di definire sul bisogno del singolo gli interventi, includendo le prestazioni specialistiche nell'ambito del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Con il presente progetto si punta a completare e portare a regime i processi di integrazione ospedale-territorio e di riqualificazione dell'assistenza a domicilio. Il potenziamento dell'attività specialistica a domicilio si inserisce opportunamente in una programmazione aziendale preesistente, orientata a rendere l'offerta del servizio di Cure Domiciliari, per le specifiche categorie di persone e di condizioni socio-sanitarie alle quali si rivolge, competitiva con quella ospedaliera e in linea con gli obiettivi assistenziali e di budget aziendali.

72/14 del 18/03/14



Direzione Generale

ASL 8

PG/2014/ 0109209 del 18/09/2014 ore 13.35

Interno - Direzione Generale

Destinatario: DIREZIONE ASL 8 Cagliari - Direzione Generale

Destinatario: Direzione Generale - 18/09/2014



All'Assessore Regionale dell'Igiene e Sanità e
dell'Assistenza Sociale

Servizio della Medicina di Base, Specialistica,
Materno Infantile, Residenziale, Riabilitativa e
dell'Assistenza Farmaceutica

Via Roma, n. 223

09123 CAGLIARI

OGGETTO: DGR n. 53/60 del 20.12.2013: richiesta revisione del target assegnato alla ASL di Cagliari per il potenziamento degli Accessi del Medico Specialista per pazienti inseriti in Cure Domiciliari Integrate (CDI) per l'anno 2014.

Premessa

La Regione Sardegna, con DGR n. 53/60 del 20.12.2013, "Finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie Locali per gli interventi finalizzati allo sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Ripartizione fondo regionale 2013" ha previsto un finanziamento per il potenziamento del sistema delle Cure Domiciliari Integrate, finanziamento che per la ASL di Cagliari corrisponde a € 2.216.103,70, di cui:

- una quota pari al 40% a seguito della presentazione di un progetto che preveda la realizzazione di interventi a domicilio destinati a pazienti ultrasessantacinquenni inseriti in CDI di terzo livello e Cure Palliative e a malati terminali da parte di figure mediche specialistiche con esperienza nella gestione di casi complessi;
- una quota pari al 60% al raggiungimento dell'indicatore di risultato (**7.602 accessi a domicilio dei medici specialisti per pazienti ultrasessantacinquenni inseriti in CDI di 3° livello e Cure Palliative e a malati terminali nell'anno 2014**)

In attuazione della DGR di cui sopra, le strutture della ASL competenti per le tematiche specifiche hanno elaborato il progetto "Cure domiciliari di terzo livello, ai pazienti terminali e in cure palliative: potenziamento dell'attività specialistica a domicilio" presentato a codesto Assessorato per il finanziamento (nota del Direttore Generale n. PG/2014/0026967 del 06/03/2014)

Il progetto si sviluppava fondamentalmente attraverso due azioni:

1. conduzione a regime di tre sotto progetti già deliberati (Delibera del Direttore Generale rispettivamente n. 2012 del 15.11.2013, n. 41 del 15.01.2014, n. 191 del 21.02.2014), ed orientati ad assicurare la continuità fra le cure ospedaliere e quelle domiciliari in ambito geriatrico, oncologico e palliativo;
2. potenziamento dell'attività specialistica a domicilio attraverso l'incremento dei volumi di prestazioni domiciliari da parte degli specialisti convenzionati dei poliambulatori aziendali e attraverso l'acquisizione di specialisti dedicati, da integrare nel contesto organizzativo delle Unità Operative Cure Domiciliari.

Pur ritenendo suddette azioni idonee al perseguimento del target (7.602 accessi di medici specialisti per pazienti ultrasessantacinquenni assistiti in CDI di terzo livello, i cure palliative o fase terminale della vita), l'arco temporale assegnato dal livello Regionale (dicembre 2014) non appariva sufficiente al suo raggiungimento. Come riportato nel progetto medesimo: "passare dai livelli di assistenza specialistica attuali al livello previsto dall'indicatore numerico di accessi specialistici domiciliari proposto dalla Regione richiede uno sforzo riorganizzativo considerevole e cambiamenti di lungo periodo che includono oltre all'acquisizione di nuove figure professionali, la rimodulazione delle attività di Cure Domiciliari, con il coinvolgimento di almeno 5 strutture ospedaliere e 5 Distretti sociosanitari in un territorio diversificato per caratteristiche geografiche, sociodemografiche, dei bisogni di salute e della rete dei servizi". Si era, pertanto, previsto che sulla base del monitoraggio dell'andamento del progetto si proponessero alla Regione gli eventuali correttivi utili al raggiungimento dell'obiettivo assegnato secondo una tempistica coerente con i cambiamenti richiesti.

La prima trince del finanziamento previsto dalla DGR 53/60 del 20.12.2013 è stata assegnata con Determinazione n. 782 del 21.07.2014 del Servizio della medicina di base, specialistica, materno infantile, residenziale, riabilitativa e dell'assistenza farmaceutica.

Azioni Attivate

Per quanto riguarda le azioni relative all'attivazione e conduzione a regime dei tre sotto-progetti di continuità ospedale territorio, si specifica quanto segue

Per il progetto riguardante le dimissioni protette e il potenziamento della specialistica geriatrica a domicilio, per il quale era già stata elaborato un protocollo di dimissioni protette ed effettuata la relativa formazione sono state attivati gli accessi a domicilio degli specialisti (medici e infermieri) della UOC Geriatria del SS Trinità, a partire dal mese di giugno 2014. Sono state, inoltre, effettuate le riunioni di accompagnamento e monitoraggio dell'andamento del progetto, con il coinvolgimento degli operatori

delle cure domiciliari dei distretti e degli operatori della UOC Geriatria del PO SS. Trinità, rivolti in particolare a verificare le criticità relative alla integrazione nel programma di assistenza a domicilio delle professionalità (medici ed infermieri) del reparto ospedaliero.

Per il progetto riguardante le dimissioni protette e il potenziamento della specialistica oncologica a domicilio, è stata effettuata la formazione congiunta, con il coinvolgimento degli operatori delle cure domiciliari dei distretti e degli operatori della UOC Oncologia Medica del PO Businco, sono stati attivati gli accessi a domicilio degli specialisti della Oncologia Medica (Medici e Infermieri), a partire dal mese di luglio, e le riunioni di accompagnamento e monitoraggio dell'andamento del progetto, secondo quanto già detto per il progetto per la Geriatria.

Per il progetto riguardante le dimissioni protette e il potenziamento della specialistica riguardante le cure palliative a domicilio, è stata effettuata la formazione congiunta, con il coinvolgimento degli operatori delle cure domiciliari dei distretti e degli operatori della UOC Hospice di Cagliari. Per quest'ultimo ambito, per il quale non sono ancora stati arruolati dei pazienti, l'avvio degli incontri di accompagnamento e monitoraggio è previsto per il mese di settembre c.a.

Tuttavia, la piena attivazione dei suddetti progetti si scontra con criticità di rilievo, dovute alle diversità normative, regolamentari ed alle consuetudini che storicamente caratterizzano i due contesti assistenziali, non ultima la difficoltà nell'utilizzo dei farmaci ospedalieri a domicilio, per la soluzione della quali si è inoltrata specifica richiesta a codesto assessorato (nota n. PG/2014/0100100 del 26.08.2014).

Per quanto riguarda le azioni relative al potenziamento dell'attività specialistica a domicilio attraverso l'incremento dei volumi di prestazioni domiciliari da parte degli specialisti convenzionati, si è ritenuto prioritario dotare le Unità Operative per le Cure Domiciliari (UODI) di specialisti di riferimento con incarichi orari dedicati specificamente alle cure domiciliari. Tuttavia le procedure richieste per l'acquisizione del personale necessario non hanno consentito l'inizio dell'attività in tempi utili. Ad oggi, sulla base delle richieste formulate da ciascun distretto sociosanitario riguardo alla tipologia di Specialista e al monte orario, la UOC Cure Primarie ha provveduto a pubblicare 146 ore di specialistica da dedicare alle cure domiciliari suddivise per le branche ritenute carenti: Cardiologia, Fisiatria, Chirurgia, Neurologia, Oncologia, Urologia. Del suddetto monte orario risultano ad oggi attribuite 90 ore, di cui: 21 ore di Cardiologia, 29 ore di Fisiatria, 7 ore di Chirurgia, 3 ore di neurologia, 30 ore di oncologia. L'attività degli specialisti è previsto inizi fra settembre e ottobre del corrente anno.

Peraltro, preme segnalare due ulteriori criticità che impattano in maniera rilevante sull'indicatore di esito individuato dalla Regione:

- la prima si riferisce alla pratica oramai consolidata presso la ASL 8, di classificare al 3° livello di CDI, cure palliative e a malati terminali, solo i pazienti per i quali è previsto l'accesso domiciliare 7 giorni su 7. Questa classificazione, basata sulla interpretazione della DGR di riferimento (DGR 51/49 del 20.12.2007), esclude dal suddetto livello assistenziale una parte rilevante di pazienti necessitanti di interventi di elevata complessità, di cure palliative o affetti da patologie terminali che di fatto vengono ricompresi nei livelli 1° e 2°;
- la seconda si riferisce alla necessità, in ragione della equità dell'accesso alle prestazioni e della efficacia dell'intervento specialistico, di estendere l'utilizzo degli accessi degli specialisti di nuova acquisizione anche al 1° e 2° livello di CDI e alle persone di età inferiore ai 65 anni.

Di fatto la numerosità degli accessi specialistici in cure domiciliari al 30 giugno 2014 e la proiezione fino a dicembre del corrente anno è la seguente:

	Accessi al 30 giugno 2014		Proiezione degli accessi al 31 dicembre 2014		Proiezione includendo l'incremento dovuto alle azioni progettuali	
	Per pazienti di ogni età	Per pazienti < 65 anni	Per pazienti di ogni età	Per pazienti < 65 anni	Per pazienti di ogni età	Per pazienti < 65 anni
1°, 2°, 3° livello, palliative e malati terminali	3.340	2.997	6.680	5.994	7.680	6.891
solo 3° livello, cure palliative e a malati terminali *	1.165	1.002	2.320	2.004	2.667	2.330

* Stante le modalità in uso per l'estrazione dei dati delle cure domiciliari presso la ASL non è possibile ricalcolare la numerosità degli accessi includendo anche quelli rivolti a pazienti con bisogni complessi, in cure palliative o a malati terminali seguiti con una frequenza degli accessi inferiore a 7 giorni alla settimana.

Come si evince dalla tabella, il numero di accessi specialistici perseguibile per l'anno 2014 è in aumento di circa il 13% rispetto all'anno precedente, indipendentemente dal livello di CDI considerato e dall'età dei pazienti. Suddetto incremento viene ritenuto ragionevole, considerando che gli effetti concreti della progettazione in via di attuazione si produrranno solo a partire dall'ultimo trimestre del corrente anno per manifestarsi a pieno solo a partire dal 2015.

Tanto si rappresenta, chiedendo che sulla base delle valutazioni e criticità espresse, codesto Assessorato voglia rivedere la tempistica adottata per il perseguimento del target assegnato.

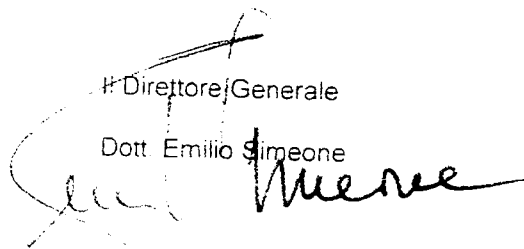
postponendo di almeno un anno il suo raggiungimento. Si propone al contempo di fissare un target intermedio per l'anno 2014 rappresentato da un incremento prudenziale del 10% degli accessi specialistici nelle cure domiciliari.

Si chiede al contempo se sia possibile prevedere l'attivazione di un tavolo regionale di approfondimento e confronto su eventuali ulteriori indicatori da considerare, nonché sulle modalità seguite dalle diverse ASL per la assegnazione dei pazienti alle diverse tipologie e livelli di CDI, ciò nella presunzione che l'insufficiente definizione operativa dei criteri di classificazione abbia comportato una importante eterogeneità nella allocazione dei pazienti, tradottasi per la ASL di Cagliari in una significativa sottostima dei pazienti (e quindi degli accessi) assegnati al livello di complessità superiore.

Confidando nell'accoglimento delle richieste su esposte e disponibili per ogni eventuale approfondimento, si rimane in attesa delle determinazioni che codesto Assessorato vorrà adottare.

Il Direttore Generale

Dott. Emilio Simeone



Dir. Dip. Coord. Dist. GF

Dir. Soc. San. PPP

Il presente allegato è composto da n° 11 fogli di n° 11 pagine.

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 372 DEL 25 MAR. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott.ssa Antonella Carreras IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Pani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Savina Ortu

